

Université de Montréal

**L'infirmière libanaise et le sens au travail en milieu
hospitalier**

par

Maha El-Khoury

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* en Sciences infirmières

Février 2015

© Maha El-Khoury, 2015

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
L'infirmière libanaise et le sens au travail

Présentée par :
Maha El-Khoury

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Francine Gratton, Ph.D.
Présidente-rapporteuse

Marie Alderson, Ph.D.
Directrice de recherche

Chantal Caux, Ph.D.
Co-directrice de recherche

Marie Hatem, Ph.D.
Membre du jury

Geneviève Roch, Ph.D.
Examineur externe

RÉSUMÉ

Cette étude vise à étoffer la base conceptuelle du phénomène de sens au travail permettant ainsi de mieux le comprendre et le saisir et cherche à proposer un modèle théorique pouvant expliquer le processus de construction d'un sens au travail par des infirmières libanaises. Le sens au travail se présente à la fois en tant qu'un processus qui émerge suite aux interactions dynamiques qui s'établissent entre un individu et son contexte de travail et en tant que produit qui s'exprime chez un individu au niveau de la satisfaction, la motivation, l'engagement organisationnel, la performance et la santé au travail. L'étude de ce phénomène constitue une nouvelle voie permettant d'apporter un nouvel éclairage à un contexte de travail, tel que le contexte libanais, qui souffre depuis des années d'un problème de pénurie du personnel infirmier.

L'interactionnisme symbolique a constitué le cadre épistémologique et méthodologique de cette étude qui a adopté une approche qualitative par théorisation ancrée. L'étude s'est déroulée dans une région libanaise auprès de neuf infirmières hospitalières exerçant la profession dans des contextes de travail variés. La collecte des données a été faite par le recours à des entrevues individuelles enregistrées sur un support numérique ; les données ont été par la suite transcrites et analysées suivant la méthode constructiviste de Charmaz (2006).

Les résultats ont permis de proposer un modèle théorique qui explique le processus de construction d'un sens au travail qui découle des interactions des infirmières libanaises avec les divers éléments du contexte de travail. Ces infirmières ont développé une représentation du contexte de travail marquée par une surcharge de travail, un salaire inadéquat, des opportunités de développement et d'avancement professionnel réduites, un comportement

inéquitable des supérieurs et un image publique dévalorisée de l'infirmière. Ce contexte porte atteinte à la satisfaction de trois objectifs recherchés par ces infirmières à travers leur travail et qui sont : 1) prendre soin des patients ; 2) subvenir à ses propres besoins ; et 3) être reconnue en tant que professionnelle. Afin de construire un sens au travail et composer avec ce contexte contraignant, les infirmières se basent sur leurs ressources intrinsèques. La valorisation de l'infirmière et du travail infirmier, la satisfaction de l'effort fourni, l'actualisation de soi et l'avancement professionnel permettent à ces infirmières de protéger et de maintenir un sens au travail. Finalement, il était possible de conceptualiser le sens au travail en tant qu'un phénomène subjectif et multidimensionnel, nourri par l'amour de la profession et se traduisant par un travail qui répond aux attentes des infirmières.

Les connaissances qui ont émergé de cette étude pourront aider à mettre en place des stratégies personnelles et contextuelles permettant de favoriser le processus de construction de sens au travail chez les infirmières libanaises afin de réduire le problème de pénurie du personnel infirmier. Des pistes de recherches sont encore avancées et des recommandations pour la formation sont proposées.

Mots-clés : sens au travail, sens du travail, construction de sens, infirmière, théorisation ancrée, pénurie.

ABSTRACT

This study aims to expand the conceptual basis of the phenomenon of meaning at work and seeks to provide a theoretical model to explain the process of constructing meaning at work by Lebanese nurses. The meaning at work is presented as a process that emerges through the dynamic interactions developed between an individual and his work environment and as a product that is expressed by the individual level of satisfaction, motivation, organizational commitment, performance and health at work. The study of this phenomenon is a new way to shed light to a work context, such as the Lebanese context, suffering for years from a problem of shortage of nurses.

Symbolic interactionism was the epistemological and methodological framework of this study based on a qualitative approach using grounded theory. The study was conducted in a region with nine Lebanese hospital nurses practicing the profession in various work contexts. Data collection was done by the use of individual interviews recorded on digital media; data were subsequently transcribed and analysed following the constructivist method developed by Charmaz (2006).

The results were used to propose a theoretical model that explains the process of constructing meaningful work that arises from interactions of the Lebanese nurses with the various elements of their work context. These nurses have developed a representation of the work context marked by an excessive workload, an inadequate pay, an reduced opportunities for development and professional advancement, an unfair behaviour of their supervisors and a devalued nurse's public image. This context affects the satisfaction of these three objectives that emerged threwh analysis witch are pursuit by these nurses through their work: 1) to take care for patients; 2) to meet they one needs; and 3) to be recognized as a professional. These

nurses construct meaning at work and compose with these context constraints by using their personal resources. By enhancing the value of the nurse and the value of her work, by getting satisfied through their effort, by self-actualization and career advancement, these nurses get to protect and maintain meaningful work. Finally, the meaning at work could be conceptualized as a subjective and multidimensional positive phenomenon fuelled by the love of the profession and resulting in work that meets the expectations of nurses.

Knowledge that emerged from this study will help develop personal and contextual strategies to foster the process of construction of meaning at work in order to reduce the shortage of nurses. Research avenues and recommendations for education are suggested.

Keywords: meaning at work, meaning of work, meaning making, nurses, grounded theory, shortage of nurses.

Table des matières

	Page
Résumé	iv
Abstract	vi
Table des matières	viii
Liste des figures.....	xiii
Liste des tableaux	xiv
Remerciements	xv
Dédicace	xvi
CHAPITRE I : INTRODUCTION ET PHENOMENE A L'ETUDE	1
Le but de l'étude	13
CHAPITRE II : RECENSION DES ECRITS	14
Définitions des concepts à l'étude	15
Le sens	15
Le travail	17
Analyse du concept de sens au travail	18
Étape 1 : les différentes définitions du sens au travail	19
Les diverses appellations.....	19
Les niveaux de sens au travail	20
Le sens au travail : un produit et un processus	22
Les dimensions individuelle et sociale du sens au travail.....	23
Les types de sens au travail.....	24
Les sources de sens au travail.....	25
Étape 2 : les caractéristiques du sens au travail.....	31
Les fonctions du travail	31
La centralité du travail	32
La cohérence au travail	33
Étape 3 : la distinction du sens au travail d'un concept apparenté.....	37
La spiritualité au travail	37
Étape 4 : les antécédents et les conséquences du sens au travail.....	38
Les antécédents du sens au travail.....	38
Les conséquences du sens au travail.....	39
Proposition d'une conception du sens au travail.....	42
L'interactionnisme symbolique	43
Principes philosophiques de l'interactionnisme symbolique	43
L'être humain	44
Les interactions sociales	44
La réalité	46

	Page
L'interactionnisme symbolique : pertinence des caractéristiques retenues dans l'étude du processus de construction du sens au travail.....	47
CHAPITRE III : MÉTHODE	49
Le devis de recherche	50
Cadre épistémologique: Interactionnisme symbolique.....	51
Cadre méthodologique : Interactionnisme symbolique.....	52
La théorisation ancrée	53
Les principes méthodologiques de la théorisation ancrée	53
Les perspectives de la théorisation ancrée	53
Le milieu de l'étude	55
Caractéristiques du milieu	56
Caractéristiques des infirmières	56
L'échantillon	57
La stratégie de recrutement	58
La collecte des données et le déroulement de l'étude.....	61
Critères de sélection	61
Critères d'inclusion	61
Critères d'exclusion	62
Outils de collecte des données.....	62
Les entrevues individuelles	63
Le questionnaire sociodémographique	65
Les notes de terrain	66
La méthode d'analyse des données	66
La codification initiale	67
La codification ciblée	68
La codification théorique	71
Les critères de scientificité	74
Les considérations éthiques	76
CHAPITRE IV : RESULTATS	78
Profil sociodémographique et professionnel des infirmières	79
Analyse descriptive des données	82
Choix de la profession infirmière	82
Premiers pas dans le concert du travail	84
Image initiale du travail	85
Vécu au travail	85
Contexte du travail	87
Charge de travail	88

	Page
Salaire	93
Opportunité de développement professionnel	95
Opportunité d'avancement professionnel	96
Comportement des supérieurs	99
Image publique de l'infirmière	101
Gérer les contraintes	105
Soutien des pairs	105
Acceptation	107
Autocontrôle	109
Minimisation	109
Sources de sens au travail	110
Valorisation de l'infirmière	111
Valorisation du travail infirmier	117
Satisfaction de l'effort fourni	123
Actualisation de soi	127
Avancement professionnel	129
Sens au travail : un produit	130
Implication personnelle	130
Satisfaction des attentes	132
Processus de construction de sens au travail par des infirmières libanaises	134
Description du modèle émergent	134
Base de la spirale : « Choix de la profession » et « Premiers pas dans le concret du travail »	136
Flèches rouges : Contraintes du contexte	137
Flèches orange : Gérer les contraintes	137
Flèches vertes : Sources de sens	138
Spirale bleue : Sens au travail	138
Prendre soin des patients	139
Subvenir à ses propres besoins	140
Etre reconnue en tant que professionnelle	141
Cercle jaune : sens au travail : Produit	144
Intégration des composantes du modèle basée sur la théorie des représentations sociales	145

	Page
CHAPITRE V : DISCUSSION	149
Caractéristiques des participantes	150
Discussion des principaux résultats	151
Processus du sens au travail	151
Choix de la profession	151
Premiers pas dans la profession	154
Objectifs et attentes recherchés au travail	155
Prendre soin des patients	155
Subvenir à ses propres besoins	158
Être reconnue en tant que professionnelle	160
Produit du processus : Sens du travail	163
Discussion en fonction des modèles existants	168
Modèle de Guevara et Ord	168
Modèle de Wrzesniewski et Dutton.....	168
Modèle de Pratt et Ashforth	169
Modèle d'analyse de la qualité de vie au travail	170
Contribution de l'étude au développement des connaissances	172
Forces et limites méthodologiques de l'étude	175
Forces méthodologiques	175
Limites méthodologiques	176
Implications de l'étude	178
Au plan de la formation	179
Au plan de la pratique et de la gestion	180
Au plan de la recherche	182
Au plan sociopolitique	183
Conclusion	185
REFERENCES	186
APPENDICES	203
Appendice A : Synthèse des niveaux de sens en lien avec le travail	204
Appendice B : Définitions des différentes appellations du sens en lien avec le travail	205
Appendice C : Guide d'entrevue	208
Appendice D : Appel de participation à une étude concernant le sens au travail des infirmières libanaises	209
Appendice E :	210
Formulaire de consentement arabe	210
Formulaire de consentement français	213

	Page
Appendice F : Guide d'entrevue 2	217
Appendice G : Le questionnaire sociodémographique	218
Appendice H : Certificats d'éthique	219
Appendice I : Modèle d'analyse de la qualité de vie au travail	223

Liste des figures

	Page
Figure 1 : Modèle de Pratt et Ashforth	34
Figure 2 : Représentation schématique du modèle	135
Figure 3 : Modèle d'analyse de la qualité de vie au travail	223

Liste des tableaux

	Page
Tableau 1 : Profil sociodémographique et professionnel des participantes.....	81
Tableau 2 : Synthèse des niveaux de sens en lien avec le travail	204
Tableau 3 : Définitions des différentes appellations du sens en lien avec le travail	205

Remerciements

Au terme de ce projet, je tiens à exprimer ma reconnaissance, ma gratitude et mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont aidée à le concrétiser et le rendre possible :

Mme Claire Zablit, doyenne honoraire de la Faculté des sciences infirmières de l'USJ, qui a été l'instigatrice dynamique du projet de formation doctorale et qui nous a poussées, mes collègues et moi, à entreprendre cette expérience difficile certes, mais enrichissante et gratifiante.

Mme Rima Kazan, doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'USJ pour ses encouragements, son soutien et son aide si précieuse.

Mmes Marie Alderson et Chantal Caux, directrice et co-directrice de recherche. Votre guidance rigoureuse et votre accompagnement m'ont aidée tout au long de ce travail ; vos remarques constructives, vos questions judicieuses et pertinentes, votre disponibilité et votre soutien ont rendu possible la réalisation de ce travail. Le chemin était long et dur mais j'ai eu l'honneur et le plaisir de vous avoir pour compagnes.

Mes collègues de la Faculté des sciences infirmières de l'USJ, qui m'ont soutenue et m'ont encouragée dans mes moments difficiles.

Les participantes à l'étude qui ont accepté de se confier à moi et de me communiquer leurs ressentis et leur vécu.

Ma famille, pour son amour, son soutien et ses encouragements et pour avoir supporté « mes hauts et mes bas » : je vous aime tant.

Dédicace

À toute personne à la recherche d'un sens au travail.

Le travail

Et que veut dire travailler avec amour ?

C'est tisser une étoffe avec un fil tiré de votre cœur, comme si votre bien-aimé devait porter cette étoffe.

C'est bâtir une maison avec affection, comme si votre bien-aimé devait résider dans cette maison.

C'est semer le grain avec tendresse et récolter la moisson dans la joie, comme si votre bien-aimé devait en manger le fruit.

C'est insuffler dans toutes les choses que vous fabriquez l'essence de votre esprit...

Le travail est l'amour rendu visible

Et si vous ne pouvez travailler avec amour mais seulement avec dégoût, il vaut mieux quitter votre travail et vous asseoir à la porte du temple et recevoir l'aumône de ceux qui travaillent dans la joie.

Car si vous faites le pain avec indifférence, vous faites un pain amer qui n'apaise qu'à moitié la faim de l'homme.

Et si vous pressez le raisin de mauvaise grâce, votre rancune distille un poison dans le vin.

Et si vous chantez comme les anges, mais n'aimez pas le chant, vous voilez aux oreilles de l'homme les voix du jour et les voix de la nuit.

Gibran Khalil Gibran
Le Prophète (1923).

CHAPITRE I

INTRODUCTION ET PHÉNOMÈNE À L'ÉTUDE

Le Liban, petit pays du Moyen-Orient, fait face depuis quelques années à un problème de pénurie d'infirmières¹ (Eastern Mediterranean Regional Office, [EMRO], 2006 ; El-Jardali, Dumit, Jamal, & Mouro, 2008 ; Kronfol, 2006). Cette pénurie se manifeste par un ratio réduit du personnel infirmier en activité, comparativement aux ratios retrouvés dans d'autres pays. Effectivement, le nombre d'infirmières au Liban ne dépasse pas 1.3 infirmières pour 1000 habitants alors qu'il atteint par exemple, une moyenne de 4 infirmières pour 1000 habitants dans les pays de l'Est de la Méditerranée (El-Jardali, 2007) et de 8.9 infirmières pour 1000 habitants dans certains pays européens (Organisation de coopération et de développement économiques, [OECD], 2008). Quant au nombre d'infirmières par lits d'hôpital, il est de 1/4.5 lits au Liban comparativement à certains pays de l'Europe de l'Ouest où il atteint 1/2.5 lits (Ammar, 2003). Parallèlement à ce problème, un phénomène de migration du personnel infirmier vers d'autres contrées vient majorer cette pénurie rendant malheureusement la situation encore plus difficile.

En effet, les résultats d'une étude libanaise portant sur les infirmières diplômées des années 2000-2006 dans cinq universités les plus importantes du pays, ont mis en évidence qu'une infirmière sur cinq a quitté le Liban, dans les deux premières années suivant l'obtention de son diplôme, pour travailler dans les pays du Golfe arabe, de l'Amérique du Nord (31.4 %) et de l'Europe (3.8 %) (El-Jardali, et al., 2008). Par ailleurs, il semble que 36.7 % d'un échantillon composé de 1793 infirmières travaillant dans 69 hôpitaux libanais ont manifesté leur intention de quitter le pays dans les années à venir (El-Jardali, Dimassi, Dumit, Jamal, & Mouro, 2009).

¹Pour alléger le texte, le terme « infirmière » inclut l'infirmière et l'infirmier

Une réduction de l'effectif du personnel infirmier se traduit par une majoration du nombre de patients par infirmière et par une augmentation de la charge de travail de celles qui continuent d'occuper leur poste. Cette situation va influencer d'une part la qualité de soins fournis se traduisant par un accroissement des taux de morbidité et de mortalité des patients (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002 ; Baumann, 2006 ; Kovner & Gergen, 1998) ; elle va affecter, d'autre part, la santé des infirmières au travail ainsi que la productivité et les coûts des établissements de santé (Baumann, 2007 ; El-Jardali, 2007). Par ailleurs, la réduction du personnel infirmier au niveau d'un pays met en question la capacité de son système de santé à assurer les soins et à remplir ses fonctions dans la prise en charge de la santé de la population (Brush, 2008 ; Buchan, Parkin, & Sochalski, 2003).

Devant l'importance de ce problème et la gravité de ses conséquences, de nombreux écrits à travers le monde soulignent la nécessité de réaliser des études permettant d'identifier les causes contribuant à la pénurie et à la migration du personnel infirmier (Buerhaus, 2002 ; Censullo, 2008 ; Ingersoll, Olsan, Drew-Cates, DeVinney, & Davies 2002 ; Lu, While, & Barriball, 2007) afin de proposer des interventions permettant de les réduire (Ellenbecker, 2004 ; Manion, 2004 ; Snow, 2002 ; Thyer, 2003).

Les études libanaises ayant traité des phénomènes de pénurie et de migration du personnel infirmier ne sont pas nombreuses. Elles ont porté tantôt sur la satisfaction des infirmières au travail en réponse à un problème de mobilité (Habib, 2006 ; Yaktin, Bou-Raad Azoury, & Doumit, 2003 ; Germanos, 2012), tantôt sur les facteurs qui favorisent leur migration (Rustom, 2002 ; El-Jardali et al., 2008) et leur intention de quitter leur emploi (El-

Jardali et al., 2009). Ces études ont fait ressortir un seul aspect du problème : la satisfaction du personnel infirmier en lien avec l'environnement au travail. Elles ont également souligné la nécessité de mettre en place des stratégies qui ciblent l'amélioration de l'environnement au travail afin de favoriser la satisfaction et de réduire la mobilité et la migration du personnel infirmier (Habib, 2006 ; El-Jardali et al., 2008, 2009 ; Germanos, 2012).

Or, l'influence des stratégies qui ciblent l'amélioration de l'environnement au travail sur la satisfaction des infirmières ne semble pas, selon certains auteurs, déterminante ; elle serait plutôt fonction des personnes et des cultures (Ellenbecker, 2004 ; Ingersoll et al., 2002 ; Lu et al., 2007). Les chercheurs australiens Takase, Maude et Manias (2005) ont même déploré l'intérêt porté par de nombreux écrits à pareilles stratégies qui considèrent les infirmières comme des agents passifs qui subissent l'effet de l'environnement. D'après ces chercheurs, les stratégies qui visent à réduire la mobilité professionnelle des infirmières doivent également prendre en considération les interprétations des infirmières par rapport à leur travail ; ces interprétations se font en fonction de leurs attentes et de leurs besoins relativement au travail.

Parmi les solutions possibles évoquées par de nombreux écrits relatifs aux problèmes de pénurie et de migration du personnel infirmier, le « *Magnet Hospital* » constitue une voie intéressante (Laschinger, Shamian, & Thompson, 2001 ; Laschinger, Almost, Tuer-Hodes, 2003 ; Mackoff & Triolo, 2008 ; Robinson, 2001). Le *Magnet Hospital* ou « Hôpital Aimant » est un programme qui a été institué aux États-Unis au début des années 80 par l'« *American Nurses Credentialing Center* » (ANCC, 2004) ; il se caractérise par un environnement de travail capable de recruter les infirmières et de les retenir (Scott, Sochalski, & Aiken, 1999).

Toutefois, obtenir la désignation d'un « hôpital aimant » n'est pas une mince tâche ; elle constitue en soi un processus long et coûteux qui nécessite la mobilisation d'importantes ressources humaines et financières (Brady-Schwartz, 2005 ; Havens & Johnston, 2004 ; Wagner, 2004). Une telle désignation n'est pas attribuée à tous les hôpitaux ; elle réfère à l'excellence, ce qui est évidemment, rarissime (McClure, 2005). Ceci explique le nombre réduit d'hôpitaux aimants qui ne dépasse pas 401 hôpitaux situés aux États-Unis et à quatre hôpitaux à travers le monde, dont un au Liban² (ANCC, 2014).

Par ailleurs, de nombreux chercheurs (Capuano, Bokovoy, Hitchings, & Houser, 2005 ; DiMeglio et al., 2005 ; Ulrich, Buerhaus, Donelan, Norman, & Dittus, 2007), ayant reconnu l'influence du *Magnet Hospital* sur la satisfaction du personnel infirmier au travail, ont soulevé la nécessité de prendre en compte ce que pensent les infirmières de leur environnement au travail. Selon eux, il est nécessaire de faire parler les infirmières, de les écouter, d'identifier leurs besoins et leurs attentes afin de mieux comprendre ce qu'elles veulent et ce dont elles ont réellement besoin par rapport à leur travail.

Proposer des études qui prennent en compte ce que pensent les infirmières relativement à leur travail revêt donc une importance majeure. Fineman (1991) note que les études quantitatives, réalisées habituellement dans le domaine du travail, ont tendance à recourir à des questionnaires qui orientent les réponses des participants et reflètent la conception des

² L'American University of Beirut Medical Center (AUBMC) a été accrédité en juin 2009 par l'ANCC (AUBMC, 2009 ; ANCC, 2010).

chercheurs plutôt que celle des personnes concernées. Ainsi, il serait important de proposer des études qualitatives qui investiguent et prennent en considération les besoins et les attentes des infirmières en lien avec leur travail. Le recours à des études qualitatives semble être indiqué dans un contexte tel que le Liban où les données relatives à la situation de travail des infirmières sont quasi inexistantes ; de telles études, qui donnent aux personnes concernées la possibilité d'exprimer ce qu'elles éprouvent, permettront d'explorer leurs univers, de mieux connaître et comprendre leur réalité au travail et dès lors, de clarifier leurs besoins et leurs attentes et de considérer leur contexte de travail selon leur perspective. Par ailleurs, ces études pourraient bénéficier d'une perspective plus large dépassant le caractère un peu étroit de la satisfaction au travail pour intégrer à la fois l'infirmière, ce qu'elle pense et ce qu'elle vit par rapport à son travail et à son contexte de travail et les relations qui prévalent entre eux. Le phénomène de sens au travail offre une telle perspective ; elle prend en considération l'individu, ses intentions et ses attentes ainsi que les conditions dans lesquelles le travail s'exécute et les relations dynamiques qui s'établissent entre cet individu et son contexte (Brief & Nord, 1990). En outre, il semble que le phénomène de sens au travail bénéficie plus d'une approche qualitative (Chalofsky, 2003). Une telle approche devrait permettre de concourir à clarifier la situation des infirmières au Liban et de développer des connaissances nouvelles contribuant à une meilleure compréhension du contexte de travail du personnel infirmier.

Le sens au travail représente pour de nombreux auteurs tantôt un processus, tantôt un produit, tantôt les deux à la fois (Brief & Nord, 1990 ; Pratt & Ashforth, 2003). En tant que processus, le sens au travail émerge des relations dynamiques qui s'établissent entre un individu et son contexte de travail (Brief & Nord, 1990 ; Pratt & Ashforth, 2003). Selon cette

perspective, l'individu est perçu en tant que sujet actif qui, au lieu de subir l'influence de l'environnement, interprète ce dernier et le recrée (Cousin, 2007).

Quant au sens au travail en tant que produit, il se traduit chez un individu en termes de satisfaction, de motivation, d'engagement organisationnel, de performance et de santé au travail (Morin, 2000, 2006, 2008, 2010 ; Pratt & Ashforth, 2003 ; Roberson, 1990 ; Wrzesniewski, Dutton & Debebe, 2003). Par contre, un travail qui n'a pas de sens a été pointé du doigt comme étant responsable de situations de détresse et d'épuisement professionnel (Locke & Taylor, 1990 ; Roberson, 1990) ; la santé mentale et le bien-être psychologique de l'employé se trouvent ainsi menacés (Morin, 2000, 2006, 2008, 2010). La perte de sens au travail entraîne également la démotivation de l'employé donnant lieu à la passivité et à la perte de l'engagement et de l'investissement au travail (Autissier & Wacheux, 2007). Par ailleurs, certains employés peuvent adopter une attitude cynique se manifestant par des sentiments de frustration, de désillusion, de rancune et d'absence de confiance envers l'organisation et envers ses membres (Cartwright & Holmes, 2006).

L'accent mis sur l'individu qui, tout au long de sa pratique professionnelle crée et construit un sens au travail, constitue la composante individuelle du sens au travail. Le fait qu'il soit négocié et partagé avec les autres, lui procure sa composante sociale ; c'est ainsi que, dans le cadre d'un groupe de travail, par exemple, les individus construisent des significations relatives au travail et partagent ces significations avec les autres (Currie & Brown, 2003).

Comparativement à l'étude de la satisfaction au travail, le phénomène de sens au travail n'a jamais été étudié auprès du personnel infirmier au Liban. Quelques études portant sur le sens au travail dans le secteur infirmier ont été réalisées aux États-Unis (Abendroth, 2005 ; Secrest, Ioro & Martz, 2005 ; Thomas et al., 1999a, 1999b) et en Europe (Pokorski, van der Schoot, Wickström, Pokorska, Hasselhorn & NEXT-Study Group, 2003). Toutes ces études ont ciblé un personnel soignant appartenant à diverses catégories professionnelles et exerçant dans des unités de soins variées. Les participants à ces études ont évoqué des conditions de travail marquées par l'hostilité et le manque de respect et de contrôle. Malgré de telles circonstances, les participants ont décrit des expériences positives en lien avec un sens au travail qu'ils ont réussi à construire ; le sens ainsi construit a favorisé leur engagement au travail et le maintien d'un état de santé favorable (Pokorski et al., 2003 ; Secrest et al., 2005 ; Thomas et al., 1999a, 1999b).

L'étude du sens au travail ouvre ainsi une voie nouvelle à l'étude du contexte du travail infirmier venant éclairer de manière originale les phénomènes de mobilité et de migration. Ceci s'explique par le fait que le sens qu'un employé donne à un son travail détermine son comportement pouvant se traduire par une rotation ou une fidélisation à son emploi (Brief & Nord, 1991). Ainsi, la relation entre le sens au travail et l'intention des infirmières de rester fidèles à leur profession et à leurs postes mise en évidence par de nombreux chercheurs vient appuyer ce fait (Beukes & Botha, 2013 ; Pokorski, et al., 2003 ; Secrest et al., 2005).

C'est ainsi, qu'une étude portant sur le sens que des infirmières libanaises donnent à leur travail devrait contribuer à identifier, dans l'actuelle pratique infirmière, ce qui est source de

sens ou non pour ces dernières afin de mieux comprendre ce qui est susceptible de favoriser leur rétention ainsi que la réduction de leur mobilité et de leur migration.

Partant du fait que le sens au travail est largement déterminé par les valeurs et croyances individuelles, lesquelles sont influencées à leur tour, par la culture, la société, la famille et le contexte de travail (Abendroth, 2005 ; Morin, 2010 ; Wrzesniewski et al., 2003), il s'avère nécessaire de décrire le contexte libanais ; c'est ce que nous faisons dans les paragraphes ci-après qui présenteront les caractéristiques du pays et celles du secteur de soins ainsi que les caractéristiques de la profession infirmière, en termes de formation professionnelle, d'organisation et de législation de la profession, de recherche scientifique et de données sociodémographiques relatives au personnel infirmier.

Le contexte libanais

Le Liban possède une superficie de 10452 km² ; il est divisé en huit régions administratives³ ou *Mohafazats* et sa population compte près de 4 millions de personnes (Central Administration for Statistics, [CAS], 2008). Il est classé par *l'United Nations Development Program* (UNDP, 2007-2008) dans la catégorie des pays en voie de développement. Son contexte est pluraliste et multiconfessionnel (17 communautés religieuses) ; la langue officielle est l'arabe mais les libanais utilisent également le français et l'anglais (CAS, 2008). Son système de santé est orienté principalement vers les soins curatifs

³ Les 8 Mohafazats sont : ville de Beyrouth, Mont-Liban, Liban-Nord, Liban-Sud, Nabatiyeh, Bekaa et Baalbeck-Hermel

au dépend des soins préventifs et des soins de santé primaires ; ce système est largement prédominé par un secteur hospitalier privé très développé et hautement technicisé (Asmar, 2011).

Par rapport à la formation professionnelle, de nombreuses institutions privées et publiques offrent différents cursus de formation, et ce, en langues française, anglaise et arabe. On délivre des diplômes qui varient selon l'appartenance de ces institutions à l'enseignement académique ou technique. La formation universitaire instituée en 1964 (American University of Beirut, 2009) offre de nos jours, à travers une dizaine d'universités, des diplômes de premier (baccalauréat ou licence) et de deuxième cycle (maîtrise) ainsi que des formations en soins spécialisés. Quant à la formation technique, une vingtaine d'instituts délivrent deux diplômes : un diplôme technique et un diplôme technique supérieur (Sassine Kazan, 2011).

Sur les plans de l'organisation et de la législation relative à la profession infirmière au Liban, un décret promulgué le 17 janvier 1979 a défini « l'infirmière licenciée » et « l'infirmière ». Ainsi, l'infirmière licenciée⁴ est celle qui a bénéficié d'une formation universitaire ou technique supérieure tandis que l'infirmière est celle qui a reçu une formation technique. Par ailleurs, un Ordre des infirmières et des infirmiers du Liban (Order of Nurses in Lebanon [OONL]) a vu le jour en 2002. En dépit de la situation politique et économique instable du pays, l'Ordre a réussi à mettre en place de nombreuses stratégies ayant pour objectifs de développer la profession et de protéger les droits des infirmières, de les soutenir et de répondre à leurs besoins (OONL, 2010). Cependant, la législation relative à l'exercice

⁴ Dans le cadre de ce travail, le terme infirmière désigne l'infirmière-licenciée

professionnel, la réglementation et la réorganisation de la formation ainsi que l'unification des diplômes demeure encore à établir (Akatchérian, 2006) ; ainsi, de nombreux projets de lois proposés par l'OONL en 2009 attendent encore leur ratification (Sassine Kazan, 2012 ; Zablit, 2010).

En ce qui concerne les activités de recherche en sciences infirmières, elles prennent place presque exclusivement dans le contexte universitaire et constituent, dans la majorité des cas, des travaux de fin d'études qui sont rarement publiés. La diffusion de ces travaux est occasionnelle, elle se fait dans des revues internationales étant donné l'inexistence d'une revue professionnelle nationale⁵.

Par rapport aux caractéristiques sociodémographiques, signalons que le nombre d'infirmières inscrites à l'OONL atteint le chiffre de 11727, dont 80.43 % sont des infirmières et 19.57 % des infirmiers. Quant au type de diplôme détenu, 47.46 % d'entre elles sont des bachelières et 51.54 % possèdent un diplôme technique supérieur (32.27 %) ou technique (19.27 %). Le pourcentage des détenteurs d'un diplôme infirmier qui exerce la profession atteint 70.19 % du nombre des inscrits à l'Ordre. La majorité de ces infirmières appartiennent à la tranche d'âge 21 à 35 ans (63.43 %) et exercent dans le secteur hospitalier (87 %) (OONL, 2014).

⁵ Exception faite d'une revue annuelle publiée par l'OONL.

Parallèlement à cette pénurie de personnel infirmier telle que notée auparavant, il existe un surplus de médecins étant donné que le ratio infirmière/habitant est de 1.3 ‰ et celui du médecin/habitant atteint 3.0 ‰ (EMRO, 2006 ; Kronfol, 2006). À signaler que dans certains pays de l'OCDE, cette situation est inversée et le ratio infirmière/habitant est de 8.9 ‰ contre 2.36 ‰ pour le ratio médecin/habitant (OCDE, 2008). Il serait cependant faux de considérer que le surplus des médecins pourrait combler ou compenser le manque d'infirmières. En effet, les compétences professionnelles spécifiques aux infirmières rendent cette profession difficilement substituable par une autre (Buerhaus, 2002 ; Censullo, 2008).

C'est dans le cadre de ce contexte que la présente étude propose de mieux saisir le sens qu'un groupe d'infirmières libanaises donnera à leur travail ; elle ciblera le secteur hospitalier étant donné qu'il représente le lieu d'exercice de la majorité des infirmières et qu'il souffre le plus des effets de la pénurie. Une telle étude devrait permettre la mise en évidence des relations dynamiques qui s'établissent entre les infirmières et l'environnement au travail. À travers des processus d'interprétation et en fonction de leurs besoins et de leurs attentes, ces infirmières construisent leur réalité au travail ; la réalité ainsi construite reflète leurs interprétations et leurs significations relatives à l'environnement et à ses caractéristiques. Une telle étude révélera le rôle actif des infirmières dans le façonnement et la construction de leur réalité au travail.

Comprendre le processus de construction de sens au travail auprès d'infirmières libanaises mettra à la disposition des directions de soins, dans les hôpitaux libanais et éventuellement de l'OONL, de nouvelles données contribuant au développement et à la mise

en place des stratégies adaptées aux besoins et aux attentes des infirmières et dès lors, on peut l'espérer, efficaces. Recruter et retenir un personnel infirmier qualifié est de nature à contribuer à améliorer l'état de santé de la population, à réduire les coûts de la mobilité infirmière et à participer de façon active au développement du pays et au bon fonctionnement de son système de santé (Buchan et al., 2003 ; Marchal & Kegels, 2003).

À cet effet, nous proposons le recours à une étude qualitative qui privilégie une approche par théorisation ancrée. Cette dernière semble indiquée dans l'étude du processus de construction d'un sens au travail ; en effet, la théorisation ancrée qui vise à élaborer une théorie qui explique un processus social et qui repose sur la réalité empirique (Fortin, 2010) constitue une voie de choix dans l'étude du phénomène de sens au travail.

Le but de l'étude

Proposer un modèle théorique conceptualisant le sens au travail d'infirmières libanaises œuvrant en milieu hospitalier.

CHAPITRE II
RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente une synthèse des écrits théoriques et empiriques relatifs au sujet à l'étude : le sens au travail chez les infirmières. Il comporte trois parties. La première introduit les concepts de sens et de travail. La deuxième propose une analyse du concept afin de le définir et de le préciser. Quant à la troisième partie, elle présente l'interactionnisme symbolique en tant que cadre philosophique guidant la présente étude.

Définitions des concepts à l'étude

Cette partie présente les définitions des concepts de « sens » et de « travail » retrouvées dans les écrits recensés.

Le sens

Le terme « sens » possède diverses significations. Selon Le Grand Robert (2001a), le sens est la faculté d'éprouver des impressions, la faculté de juger, la signification, la raison et la valeur ainsi que la direction et l'orientation. Il représente la raison d'être, de vivre (Frankl, 1985) et constitue un besoin pour tout être humain (Baumeister, 1991).

La recension des écrits entrepris à ce sujet nous a permis de noter que ce concept a été défini différemment en fonction des auteurs. Selon Brief et Nord (1990), chercheurs américains dans le domaine du management et des ressources humaines, le sens réfère à la fois au dessein, à l'objectif ou l'intention, à la signification, à la compréhension et au savoir.

Quant à Baumeister (1991), professeur américain en psychologie sociale, il postule que le sens qui constitue un besoin pour tout être humain découle de la satisfaction de quatre

besoins de base : « le dessein », « la rectitude et la justification morale », « l'efficacité » et « la valeur personnelle ». « Le dessein » réfère au besoin qu'ait un individu de considérer que ses activités sont orientées vers un objectif ; l'atteinte de l'objectif visé n'est pas importante étant donné que c'est la poursuite de l'objectif qui constitue une source de sens. Quant à « la rectitude et la justification morale », elles se traduisent par la tendance de tout individu à considérer que ses actions sont correctes, bonnes et justifiables ; la satisfaction de ce besoin se manifeste chez un individu par le sentiment que ses actions présentes et passées ne sont pas mauvaises et désapprouvées et que sa vie possède une valeur positive. Par rapport à « l'efficacité », elle traduit la croyance d'un individu d'avoir un certain contrôle sur les événements de la vie de tous les jours ; elle se manifeste par la capacité de relever les défis et d'atteindre les objectifs. Finalement, « la valeur personnelle » se rapporte d'une certaine façon au sentiment de supériorité ou de valeur personnelle positive ; elle s'exprime par le droit de l'individu d'exiger le respect de soi aussi bien que le respect de la part des autres.

Finalement, selon Park et Folkman (1997), chercheuses américaines dans le domaine de la psychologie de la santé, le sens se présente en un niveau global et un niveau situationnel. Le sens global a trait aux objectifs, aux croyances et aux attentes relatifs au monde. Quant au sens situationnel, il découle des interactions entre le sens global et les circonstances spécifiques d'une interaction qui s'établit entre un individu et son environnement.

À la lumière de ces définitions il est possible de conclure qu'une définition du terme sens ne fait pas consensus. Cependant, nous pouvons déduire que le sens se présente en tant qu'un concept qui possède diverses significations et qui a été traité soit en fonction de ce qu'il représente et soit en fonction de ce qui permet de le développer ; en plus il se manifeste

(présente) en deux niveaux un niveau global qui se rapporte aux croyances et aux valeurs de l'individu et un niveau situationnel qui met à l'épreuve le sens global dans un contexte ou un environnement déterminé. Passons maintenant à la définition du travail.

Le travail

Gini et Sullivan (1987) considèrent le travail en tant qu'une activité inévitable, un fait incontournable de l'existence qui permet à l'individu de gagner sa vie. De même, pour Brief et Nord (1990), le travail est une activité pour laquelle on reçoit une rémunération. Dans la même ligne d'idées, Drenth (1991) considère que le travail est orienté vers un objectif : acquérir des biens et services pour satisfaire les besoins de tout individu. Gini et Sullivan sont d'avis que le travail constitue également un besoin de tout être humain, un moyen d'exprimer sa liberté, de s'accomplir et de se réaliser ; il donne à l'individu un sens de direction et lui permet de développer sa créativité. Étant donné que la recherche de sens constitue une part intrinsèque de la nature humaine (Baumeister, 1991 ; Guevara & Ord, 1996) et compte tenu du temps de plus en plus long passé au travail, il apparaît que l'individu se tourne vers ce domaine pour satisfaire son besoin de recherche de sens (Cartwright & Holmes, 2006 ; Guevara & Ord, 1996).

Après avoir défini les concepts de sens et de travail il est temps de passer à la deuxième partie, l'analyse du concept à l'étude : le sens au travail.

Analyse du concept de sens au travail

Définir le sens au travail se présente en tant qu'activité ambitieuse mais nécessaire à entreprendre. La recension des écrits réalisée dans le cadre de cette étude a rassemblé les différentes publications qui ont parlé du sens en lien avec le travail dans les domaines de la sociologie, de la gestion, du management et des ressources humaines ainsi que de la psychologie ; une attention particulière a été accordée aux études réalisées auprès des professionnels de santé et spécialement des infirmières. Plusieurs points de divergence ont été notés dans ces écrits rendant compte d'un consensus qui fait défaut principalement au niveau des appellations utilisées par les auteurs pour évoquer le sens en lien avec le travail ainsi qu'avec les définitions proposées. Etant donné qu'une distinction nette et claire entre ces appellations est inexistante, nous adopterons dorénavant l'appellation « sens au travail » qui regroupe tous ces termes le temps de pouvoir les analyser et les différencier.

À cet effet, nous proposons une analyse de concept représentant une activité qui prend fin par une proposition de définition dudit concept. Cette analyse qui s'est inspirée des travaux de Walker et Avant (1995) se fera en quatre étapes. La première étape présentera les définitions du sens au travail recensé dans les écrits. La deuxième étape identifiera les attributs ou caractéristiques également recensés dans les écrits. Quant à la troisième étape, elle distinguera le concept de « sens au travail » d'un autre concept apparenté. Une présentation des antécédents et des conséquences du concept constituera la quatrième et dernière étape de l'analyse. Cette partie se terminera par la présentation d'une conception du sens au travail qui sera adoptée dans le cadre de ce travail.

Étape 1 : les différentes définitions du sens au travail

L'analyse de l'ensemble des écrits recensés se rapportant au sens au travail nous a permis de noter certaines constatations qui rendent compte de la complexité de ce phénomène et de l'absence de consensus à son sujet. Ces constatations qui feront l'objet des paragraphes qui suivent se présenteront ainsi : les diverses appellations du sens au travail ; les niveaux de sens au travail, le sens au travail : un produit et un processus ; les dimensions individuelle et sociale du sens au travail ; le type de sens au travail ; et finalement les sources de sens au travail.

Les diverses appellations

La première constatation concerne les nombreuses appellations du sens au travail retrouvées dans les différentes publications telles : « Sens du travail » (*Meaning of work*), « Sens dans le travail » (*Meaning in work*), « Sens au travail » (*Meaning at work*), « Travail ayant un sens » (*Meaningful work*) ainsi que les appellations « *Work meaning* » et « *Meaningfulness* » termes n'ayant pas leurs équivalents en français. Les définitions retrouvées seront présentées au fur et à mesure de notre avancement dans le processus d'analyse du concept. Notons par ailleurs, que la majorité des études réalisées auprès des professionnels de santé sous ce thème, n'ont pas défini le concept à l'étude. Passons maintenant aux niveaux de sens tels que retrouvés dans certains écrits.

Les niveaux de sens au travail

L'analyse des écrits a identifié deux, trois et jusqu'à quatre niveaux de sens au travail. En accord avec certains écrits (Harrison, 2008 ; Park & Folkman, 1997 ; Richer & Ezer, 2000), il nous est possible de distinguer deux niveaux. Le premier niveau concerne le sens existentiel, philosophique, abstrait qu'une personne attribue au travail en général et ceci indépendamment de toute expérience avec le contenu - activités et tâches - aussi bien qu'avec le contexte de travail en question (Isaksen, 2000 ; Harrison, 2008). Ce niveau découle des croyances et des valeurs qu'un individu possède relativement au travail ; il peut être illustré par la représentation ou l'idée qu'une personne se fait soit du travail en général soit du travail d'une infirmière, par exemple. Le deuxième niveau constitue un niveau spécifique, situationnel (Guevara & Ord, 1996 ; Isaksen, 2000 ; Harrison, 2008) qui se rapporte, par exemple au sens expérimenté / éprouvé, par une personne qui assure la fonction d'infirmière dans une institution de santé déterminée ; un tel sens découle des interactions entretenues par cette infirmière avec les divers éléments rencontrés dans le cadre de sa pratique professionnelle telle qu'exercée dans cette institution. À noter que la majorité des écrits recensés n'ont pas précisé sous quel aspect ils ont cherché à étudier le sens au travail.

Il est important par ailleurs de souligner qu'une distinction entre les deux niveaux de sens demeure cependant difficile à établir étant donné l'existence d'une relation complexe entre eux. En effet, Park et Folkman (1997) considèrent que le sens situationnel découle des interactions entre le sens existentiel et les circonstances spécifiques d'une transaction entre un individu et son environnement. Pour leur part, Brief et Nord (1990) proposent d'étudier le travail en fonction de la dimension prospective et de la dimension rétrospective du sens. Selon ces auteurs, la dimension prospective du sens représente la conception de

l'individu relativement au travail basée sur « des informations reçues sans aucune expérience directe avec un emploi particulier ou avec le travail en général » (traduction libre, p.13) ; cette dimension semble s'accorder avec le niveau existentiel de sens. En ce qui concerne la dimension rétrospective du sens, elle a trait « au sens qui change en fonction des expériences directes ; de telles expériences découlent d'événements ou de pensées qui surviennent fortuitement lorsqu'un individu travaille ou réfléchit sur ce qu'il fait ou bien sur ce qu'on lui a fait » (traduction libre, p.13), reflétant ainsi un sens situationnel. Quant à Cavazotte (1999), il relève l'influence mutuelle qui existe entre le sens existentiel et le sens situationnel. Cette distinction entre les deux niveaux de sens nous amène par ailleurs à soulever la notion de stabilité du sens au travail. Ainsi, il apparaît que le niveau existentiel abstrait qui découle des croyances et des valeurs d'une personne relativement à son travail, possède la caractéristique d'être constant et stable à travers le temps (Harpaz & Fu, 2002 ; Harrison, 2008) et d'évoluer de façon très lente sous l'influence de changements significatifs pouvant survenir au cours de la vie d'une personne (Cavazotte, 1999). Par contre, il semble que le niveau situationnel, qui se présente en tant qu'un phénomène dynamique qui dépend des expériences de l'individu dans le contexte de travail (Cavazotte, 1999 ; Harrison, 2008), subit l'influence des changements qui surviennent au quotidien. De tels changements ont été notés dans de nombreuses études à travers les différents pays (Claes & Ruiz Quintanilla, 2001 ; Kanungo, 1991), dans un même pays à travers le temps (England, 1991) et même auprès d'un groupe d'employés rencontrés en premier lieu au début de leur travail et en second lieu après avoir bénéficié d'un programme d'orientation et d'initiation professionnelle (Misumi & Yamori, 1991). À cet effet, il est possible de conclure que le sens situationnel possède une stabilité relative ou ce que Cavazotte (1999) appelle « stabilité à

court terme ». Notons que, dans le cadre de cette étude, nous ciblons le niveau situationnel du sens au travail qui entretient une relation inextricable avec le sens existentiel, abstrait.

Le sens au travail : un produit et un processus

L'analyse des écrits recensés a permis également d'identifier deux conceptions distinctes du sens au travail. La première, retrouvée dans la majorité des écrits, réfère au sens au travail en tant que produit ou résultat attendu / recherché à travers le travail (Beukes & Botha, 2013 ; Denis, 2003 ; Harrison, 2008 ; Hirshi, 2012 ; Isaksen, 2000 ; Morin, 2006, 2010 ; Pavlish & Hunt, 2012 ; Pokorski, et al., 2003 ; Secrest et al., 2005 ; Thomas et al., 1999b). Quant à la deuxième conception, elle a été retracée dans certains écrits qui conçoivent le sens au travail en tant que produit qui se développe et se construit suite aux interactions dynamiques qui s'établissent entre un individu et son contexte de travail ; ces interactions déterminent un processus d'attribution ou de construction de sens (*sensemaking*) dans le contexte de travail (James & James, 1989 ; Pfefferle & Weinberg, 2008 ; Pratt & Ashforth, 2003 ; Rosso, Dekas & Wrzesniewski, 2010 ; Taylor, 1999 ; Wrzesniewski et al., 2003).

On entend par construction de sens au travail le processus qui consiste à interpréter et à attribuer un sens à des stimuli par le recours à des représentations emmagasinées et à des croyances produites par l'expérience et l'apprentissage (James & James, 1989). Un tel processus prend place, dans le cadre d'une situation au travail, lorsque l'individu entreprend d'examiner de près les informations qui se présentent à lui en vue de les interpréter (Taylor, 1999).

Ainsi, le sens au travail à un niveau situationnel se prête à être étudié en tant que processus et produit. Continuons la présentation des constatations retrouvées dans les écrits et passons aux dimensions individuelle et sociale du sens au travail.

Les dimensions individuelle et sociale du sens au travail

Certains écrits relatifs à la construction de sens ont souligné, par ailleurs, l'existence d'une dimension individuelle et d'une dimension sociale du sens au travail. La dimension individuelle relève d'un individu qui, au cours de sa pratique professionnelle, crée et construit un sens au travail ; la construction de sens constitue ainsi un phénomène subjectif qui change en fonction des personnes et des lieux (Brief & Nord, 1990 ; Pratt & Ashforth, 2003). Quant à la dimension sociale, elle découle du fait que la construction de sens est également un phénomène négocié et partagé avec les autres ; un tel phénomène se déploie rarement en exercice solitaire et tend à se construire à l'intérieur d'un groupe (Pratt & Ashforth, 2003). C'est ainsi que, dans le cadre d'un groupe de travail par exemple, les individus construisent des significations relatives au travail et partagent ces significations avec les autres (Currie & Brown, 2003).

Il convient par ailleurs de relever que ces écrits mettent l'accent sur le rôle actif joué par l'individu lui-même dans la construction de sens. Cette notion s'est retrouvée dans les écrits du sociologue français Cousin (2007) qui considère que tout individu arrange et aménage son travail en détournant les règles, en stabilisant ou en en imposant d'autres. Cet individu parvient ainsi à se libérer des exigences de l'organisation et des contraintes du travail et de « son statut de dominé parce qu'une part de son travail, le sens qu'il lui donne et ce qu'il en retire, échappe à l'organisation du travail » (Cousin, 2007, p. 77). Le rôle actif de l'individu

dans la création de sens se retrouve également dans le modèle de « *Job crafting* » développé par Wrzesniewski et Dutton (2001). Selon ces auteurs, le « *Job crafting* » est défini en tant que « processus créatif et improvisé qui traduit comment les individus adaptent leur travail de façon à créer et à maintenir une définition valable de ce qu'ils font et de ce qu'ils sont au travail » (traduction libre, p.180). Ce modèle postule que le « sens du travail » (*Meaning of the work*) dépend de la capacité d'un individu à changer les limites des tâches qu'il accomplit (forme et nombre) ainsi que les limites des relations qu'il établit dans le cadre de son travail (nature et personnes). Dans le but de soutenir leur modèle, les auteurs ont répertorié quelques études réalisées dans des contextes de travail contraignants qui, à leurs dires, constituent des exemples illustrant le modèle de « *Job crafting* ».

Les types de sens au travail

Une autre constatation qui a émergé de l'analyse des écrits recensés se rapporte aux types de sens au travail. En effet, certains chercheurs considèrent que le sens au travail est un concept neutre ; les individus peuvent ainsi développer dans le cadre de leur travail un sens positif aussi bien que négatif (Brief & Nord, 1990 ; Wrzesniewski, 2003). Notons que si certains auteurs ont précisé le type du concept (Pavlish & Hunt, 2012 ; Pfefferle & Weinberg, 2008 ; Pokorski et al., 2003), la majorité d'entre eux ont laissé entendre que le sens au travail possède nécessairement une connotation positive (Isaksen, 2000 ; Morin, 2000, 2006, 2008 ; Thomas et al., 1999b ; Secrest et al., 2005). En mettant l'accent sur la nécessité d'identifier le type du sens, Rosso et ses collaborateurs (2010) suggèrent le recours aux termes « *Meaning of work* » et « *Meaningfulness* ». Le premier qui renvoie au type de sens et à la signification, désigne un sens neutre, positif ou bien négatif ; quant au terme « *Meaningfulness* », il

concerne le degré de signifiante ce qui correspond nécessairement selon ces auteurs à un sens positif.

Les sources de sens au travail

Les écrits recensés ont également fait référence dans les définitions du concept de sens au travail des éventuelles sources de sens à savoir la personne, le contenu du travail, le contexte du travail et les relations établies dans le cadre du travail.

La personne

La personne elle-même, ses croyances et ses valeurs, constituent pour certains auteurs la principale source de sens (Brief & Nord, 1990 ; Cavazotte, 1999 ; Chalofsky, 2003 ; Rosso et al., 2010 ; Wrzesniewski et al., 2003). Ce résultat est apparu dans les études qualitatives réalisées par Thomas et ses collaborateurs (1999a, 1999b) et par Pfefferle et Weinberg (2008). La première étude, celle de Thomas et ses collaborateurs (1999a, 1999b), a comporté deux phases. Durant la première phase, les chercheurs ont invité les infirmières et les cadres qui travaillaient dans deux hôpitaux psychiatriques américains appartenant à l'État à décrire et interpréter, par écrit, une situation au travail qu'ils qualifiaient « de typique ou de commune ou de routine » et une autre situation qu'ils jugeaient « satisfaisante ou problématique ou intrigante » ; 133 infirmières et cadres se sont portés volontaires pour participer à cette phase. Les données collectées dans un hôpital étaient analysées par un petit groupe de participants appartenant à l'autre hôpital, et ce, avec la participation des chercheurs. La deuxième phase a consisté en une analyse secondaire des résultats de la première phase qui ont été révisés et affinés par des *focus group* et des entrevues individuelles réalisées auprès de participants

appartenant aux deux hôpitaux. En fonction de l'analyse de la phase 2, les chercheurs ont révisé les résultats de la phase 1 et ont présenté un bilan final à tous les participants (Thomas et al., 1999a ; 1999b). À la lumière de ces résultats, il s'est avéré que la vigilance manifestée par les participants aussi bien que leur capacité à gérer les problèmes les aient aidées à attribuer un sens à leur travail.

Quant à la deuxième étude, elle a été entreprise aux États-Unis par Pfefferle et Weinberg (2008) dans 16 centres d'hébergement pour les personnes âgées. La collecte des données a été réalisée par le recours à 78 *focus group* réalisés auprès des aides-infirmières dont le nombre n'a pas été précisé. Pour ces participants, leur amour du travail, leur engagement et leur implication les ont aidés à donner un sens à leur travail et à continuer à travailler.

Signalons par ailleurs que le modèle de « *Job crafting* » (Wrzesniewski & Dutton, 2001) présenté auparavant peut s'inscrire dans la même perspective, celle qui conçoit la personne en tant que source de sens. Rappelons que le « *Job crafting* » postule que la personne construit un sens au travail en apportant des modifications aux tâches accomplies et aux relations établies dans le cadre de sa pratique professionnelle. Selon ce modèle, la personne à qui revient la fonction d'attribuer un sens au travail, se présente en tant que source principale de construction de sens. La pertinence de ce modèle dans une étude qui s'intéresse au processus de construction de sens au travail est discutable. En effet, ce modèle place le processus de construction de sens au travail sous la charge de la personne sans tenir compte des autres sources de sens telles le contexte et le contenu du travail dont il sera question plus loin. Il offre ainsi une vision réduite de ce phénomène de telle sorte que le recours à ce modèle, dans le cadre de la présente étude, ne constituerait pas un choix pertinent.

Retenons finalement la perspective de Wrzesniewski, MacCauley, Rozin et Schwartz (1997) qui vient soutenir « la personne » en tant qu'une source primordiale de sens. En effet, selon ces auteurs, la personne possède une conception de son travail pouvant se présenter soit en tant qu'appel, soit en tant que carrière ou encore en tant qu'emploi ; cette conception détermine le sens que la personne développe au travail. Ainsi, la personne qui considère que son travail est un « appel » serait en mesure de développer un sens positif au travail ; par contre, la personne pour qui son travail représente un « emploi » aura tendance à percevoir que son travail n'a pas de sens. Notons à cet égard les résultats des recherches entreprises auprès d'un groupe d'infirmières (Abendroth, 2005 ; Beukes & Botha, 2013), d'aides-soignants (Pfefferle & Weiberg, 2008), d'enseignants (Hirshi, 2012) et d'employés exerçant dans le secteur industriel (Scroggins, 2008) qui ont montré que les participants qui conçoivent leur travail en tant qu'appel sont plus enclins à développer un sens positif au travail. Signalons finalement que Wrzesniewski et ses collaborateurs (1997) considèrent que la façon selon laquelle un travailleur conçoit son travail reste stable indépendamment de la profession et du contexte de travail. En fonction de ce modèle, le sens ainsi développé se rapproche plutôt du niveau existentiel du sens au travail. Le niveau situationnel du sens qui découle des interactions de la personne avec les différents éléments de son contexte de travail qui constitue la cible de la présente étude n'est pas ainsi pris en compte ; étudier le sens au travail par le recours à ce modèle ne s'accorde pas avec la perspective retenue par la présente étude.

Le contenu du travail

Cette source de sens réfère aux types d'activités ou de tâches qu'un individu réalise au travail (Morin, 2010 ; Wrzesniewski et al., 2003) aussi bien qu'au rôle qu'il exerce au cours de sa pratique professionnelle (Pratt & Ashforth, 2003).

Ainsi, pour les participantes à l'étude de Thomas et ses collaborateurs (1999b), « parler avec le patient », « être présent à ses côtés » et « lui donner des soins » représentent autant de situations qui leur ont permis d'attribuer un sens à leur travail ; la gratification reçue dans le cadre de leurs interactions avec les patients constitue pour elles une source de sens. En ce qui concerne les cinq participantes à l'étude d'Abendroth (2005), elles considèrent que la gestion de la douleur ressentie par les patients en fin de vie est une activité leur permettant de développer un sens au travail ; ces infirmières qui exercent dans une unité de soins palliatifs et qui sont confrontées constamment à la mort et à la souffrance ressentent l'impression de « faire une différence » lorsqu'elles parviennent à optimiser la qualité des soins offerts aux mourants. Quant aux participantes à l'étude de Pavlish et Hunt (2012), qui travaillent dans des unités de soins aigus, elles ont noté que l'amélioration de l'état de santé des patients suite aux soins qui leurs sont offerts contribue à donner un sens à leur travail.

Le contexte du travail

Le contexte de travail et principalement les conditions de travail en termes de salaire, de poste occupé et du niveau d'autonomie constituent la troisième source à partir de laquelle l'individu construit un sens au travail (Brief & Nord, 1991 ; Cavazotte, 1999 ; Morin, 2000 ; Pratt & Ashforth, 2003 ; Ruiz Quintanilla, 1991). Les 13 infirmières ayant participé aux

entrevues en profondeur réalisées dans le cadre de l'étude qualitative de Pavlish et Hunt (2012) ont mis l'accent sur les caractéristiques du contexte leur permettant de développer un sens au travail ; parmi les caractéristiques qui ont émergé de l'analyse de contenu de leurs verbatim, notons les opportunités d'apprentissage et le mode organisationnel du travail qui ont permis à ces infirmières d'avoir un temps suffisant pour établir des contacts avec les patients.

Les interactions établies dans le cadre du travail

Cette source de sens réfère aux interactions établies par un individu dans le cadre de son travail avec les collègues, les supérieurs et les clients (Isaksen, 2000 ; Khan, 1990 ; May, Gilson & Harter, 2004 ; Rosso et al., 2010).

L'importance des interactions avec les collègues et les supérieurs en tant que source de sens a été identifiée dans l'étude phénoménologique interprétative réalisée par Abendroth (2005) ; les infirmières ayant participé à des entrevues en profondeur ont insisté sur le soutien formel et informel qu'elles reçoivent de la part de leurs collègues et de leurs supérieurs, leur permettant de donner un sens à leur travail et de rester fidèles à leur emploi. Selon les participantes à l'étude de Thomas et ses collaborateurs (1999b), c'est la reconnaissance des supérieurs qui a été identifiée en tant que source de sens. Quant aux Pavlish et Hunt (2012), ils ont trouvé que la cohésion dans le groupe aide les infirmières à construire un sens positif au travail. Par rapport aux relations établies avec les clients et leurs familles, les études réalisées auprès des infirmières ont permis de noter l'importance de ce facteur en tant que source leur permettant de donner un sens à leur travail (Pavlish & Hunt, 2012 ; Pfefferle & Weinberg, 2008). Ajoutons à cela la reconnaissance des patients et de leurs familles identifiée par des

infirmières cadres (Thomas et al., 199b), des infirmières (Pavlish & Hunt, 2010 ; Thomas et al., 199b,) et des aides-soignants (Secrest et al, 2005), en tant que source de sens au travail.

Par ailleurs, il nous reste à préciser que les interactions établies dans le cadre du travail ont été représentées dans un modèle intitulé « *Interpersonal sensemaking in the creation of meaning at work* » développé par Wrzesniewski et ses collaborateurs (2003) pouvant être traduit par « L'attribution interpersonnelle de sens dans la création de sens au travail ». En fonction de ce modèle, l'employé reçoit des incitations de la part des personnes qu'il côtoie chaque jour dans le cadre de sa pratique professionnelle ; en interprétant les incitations reçues il parvient à donner une signification aux trois dimensions du « sens au travail » : la signification de l'emploi (*Job meaning*), la signification du rôle (*Role meaning*) et la signification de soi (*Self meaning*). Notons que ce modèle considère que les caractéristiques du travail - tâches et rôle - aussi bien que les caractéristiques de la personne se présentent en tant que dimensions du sens au travail. Cette conception qui va à l'encontre de divers écrits, selon lesquels ces éléments constituent plutôt des sources de sens, vient accentuer les points de divergence déjà notés entre les conceptions. Néanmoins, force est de reconnaître la contribution apportée par l'une ou l'autre de ces sources à l'attribution de sens au travail aussi bien qu'au processus de sa construction.

La première étape d'analyse du concept étant terminée, il convient de passer à la deuxième étape ; il s'agit de l'identification des caractéristiques du sens au travail, qui fera l'objet des paragraphes suivants.

Étape 2 : les caractéristiques du sens au travail

Lors de cette étape les différentes caractéristiques ou attributs permettant de préciser et de spécifier le concept de sens au travail, seront identifiés à savoir les fonctions du travail, la centralité du travail ainsi que la cohérence au travail.

Les fonctions du travail

La première référence à cette caractéristique a été retracée dans une définition qui remonte à l'année 1955 lorsque Morse et Weiss ont réalisé leur étude auprès de 326 Américains qui travaillent dans des divers secteurs (industrie, commerce, agriculture, etc.) ; la définition proposée par ces auteurs reflète les fonctions du travail ou les rôles que joue le travail dans la vie des personnes. La notion des « Fonctions du travail » a été également retrouvée dans les définitions de Loscocco et Kalleberg (1988) et de Wrzesniewski, et ses collaborateurs (2003). D'autres termes ayant été évoqués par de nombreux auteurs peuvent être assimilés à cette caractéristique ; citons, le sens en termes de dessein, intention, objectifs, finalités et résultats attendus du travail (Brief & Nord, 1990 ; England & Whitley, 1990 ; Nord, Brief, Atieh & Doherty, 1990 ; Roberson, 1990 ; Rosso et al., 2010 ; Ruiz Quintanilla, 1991) qui laissent entendre ce que l'individu cherche à accomplir ou à atteindre à travers son travail. Finalement, la notion de « Raisons qui poussent un individu à travailler » utilisée par certains auteurs (England & Whitley, 1990 ; Isaksen, 2000) rejoint également celle des « Fonctions de travail » ; le travail ainsi conçu ne constitue pas une fin en soi, il se présente plutôt en tant que moyen permettant à la personne de satisfaire ses attentes et de réaliser ses objectifs. À la lumière de ces définitions, nous pouvons conclure que l'idée qu'un individu se fait de son travail change en fonction de ce qu'il attend de son travail et de ce qu'il cherche à

accomplir ou à réaliser à travers son travail. Signalons par ailleurs, que cet attribut n'a pas été étudié dans les recherches disponibles portant sur le sens au travail chez les professionnels de santé en général et chez les infirmières en particulier.

La centralité du travail

La centralité du travail est la deuxième caractéristique ayant été évoquée dans des écrits qui remontent aux années 50 (Dubin, 1956 ; Orzasck, 1959). Elle réfère à la valeur et au degré d'importance que les personnes accordent à leur travail comparativement à la valeur et à l'importance accordées aux autres domaines de la vie tels la famille, les loisirs, etc. Cette caractéristique s'est également retrouvée plus tard dans les écrits de Loscocco et Kalleberg (1988), d'England et Whitely (1990), de Ruiz Quintanilla (1991) aussi bien que dans la définition du sens au travail proposée par Wrzesniewski et ses collaborateurs (2003).

Dans le cadre des recherches entreprises auprès des infirmières, cet attribut a été retrouvé dans deux études quantitatives de type corrélationnel. La première était celle réalisée en 1959 par Orzasck qui a mesuré le degré d'importance accordé par 150 infirmières travaillant dans un hôpital américain à leur travail comparativement aux autres activités de la vie ; les résultats ont montré que 79 % des participantes considèrent que leur travail occupe une place importante dans leur vie. Quant à la deuxième (Pokorski et al., 2003), elle a cherché à étudier la perception des infirmières de l'importance de leur mission. L'échantillon de cette étude comportait 38802 infirmières provenant de 10 pays européens⁶ et exerçant leur travail

⁶ Les pays sont : Belgique, Allemagne, Finlande, France, Royaume-Uni, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne et Slovaquie.

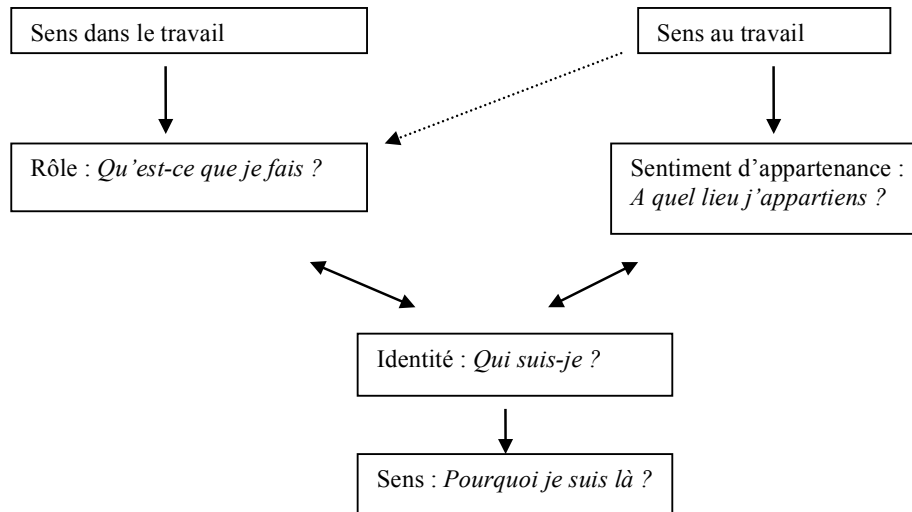
dans divers centres de soins⁷. En général, les résultats ont montré que les infirmières accordaient de l'importance à leur travail ; reste à signaler que le score le plus haut traduisant l'importance du travail a été retrouvé chez les infirmières de Norvège et le score le plus bas a été noté chez celles qui exercent en Pologne.

La cohérence au travail

Finalement certains auteurs ont inclus, dans leurs définitions du sens au travail, la cohérence au travail ou la correspondance entre ce que l'individu cherche dans son travail et ce qu'il y trouve (Denis, 2003 ; Isaksen, 2000 ; Morin, 2006, 2010 ; Morin & Aranha, 2008 ; Morin & Forest, 2007). D'autres ont utilisé le terme « ajustement » (*fit*) pour décrire jusqu'à quel point le travail correspond aux attentes ou aux objectifs que la personne recherche ou souhaite atteindre dans son travail (May et al., 2004). Quant à Pratt et Ashforth (2003), ils ont proposé un modèle intitulé « *Creating meaningfulness in working and at work from an identity perspective* » qui s'accorde avec la cohérence au travail (cf. Figure 1).

⁷ Les centres de soins sont : hôpitaux, maisons de retraite, soins à domicile et soins ambulatoires.

Figure 1. Modèle de Pratt et Ashforth (2003, traduction libre, p. 313).



Ce modèle commence par établir une distinction entre « le sens au travail » qui découle du sentiment d'appartenance de l'individu à un groupe et le « sens dans le travail » qui dérive d'un alignement entre l'identité et le rôle. En fonction de ce modèle, des relations mutuelles existent entre le rôle, l'appartenance, l'identité et le sens positif. Ainsi, l'alignement (*alignment*) entre « Qu'est-ce que je fais ? », « À quel lieu j'appartiens ? », « Qui suis-je ? » et « Pourquoi suis-je là ? » explique comment et pourquoi un individu arrive à considérer que son travail a un sens. Cependant, il n'est pas dit que les individus doivent fonctionner toujours en alignement ; en fait, Pratt et Ashforth admettent que les personnes sont capables de travailler avec des poches de non alignement (*misalignment*), de vivre avec de nombreux conflits latents et de côtoyer l'ambiguïté et l'ambivalence. Notons finalement que ce modèle qui s'inscrit dans une perspective identitaire ne semble pas en accord avec la conception du sens au travail retenue dans la présente étude. En effet, comme l'affirment Ashforth et ses collaborateurs (2008), la relation entre l'identité professionnelle et le sens au travail n'est pas

encore claire et il reste beaucoup à apprendre relativement à ce sujet ; par ailleurs, les écrits recensés qui ont présenté diverses conceptions n'ont pas fait référence à un éventuel rapport entre le phénomène à l'étude et l'identité professionnelle.

Par rapport aux écrits empiriques qui ont étudié la cohérence au travail selon le point de vue des infirmières, la recension des écrits a identifié deux études ayant fait partie du projet de recherche entrepris par Morin et ses collaborateurs ; de nombreuses publications ayant rapporté ce projet ont été répertoriées dans le présent chapitre (Denis, 2003 ; Morin 2000, 2006, 2008, 2010 ; Morin & Arhanna, 2008 ; Morin & Forest, 2007). Ces études ont été menées suivant la perspective qui considère que « le sens du travail est défini par un effet de cohérence entre les caractéristiques qu'un sujet recherche dans son travail et celles qu'il perçoit dans le travail qu'il accomplit » (Morin 2006, p. 13). L'objectif de ce projet était de déterminer les facteurs qui ont un impact sur l'engagement organisationnel et la santé mentale au travail. Dans ces études, les chercheurs ont mesuré « le sens du travail » en termes d'importance, de signification et de valeur. Ils ont étudié sa relation avec les six caractéristiques du travail que sont : la rectitude morale, les occasions d'apprendre et de se développer, l'autonomie au travail, les relations au travail, la reconnaissance au travail et l'utilité au travail.

La première étude (Denis, 2003 ; Morin & Aranha, 2008) a été entreprise dans un centre de santé montréalais ; elle a intégré plusieurs catégories professionnelles dont un groupe de préposés aux bénéficiaires qui représentaient 23.7 % d'un échantillon formé de 262

participants. Quant à la deuxième (Morin & Aranha, 2008), elle a ciblé, entre autres⁸, un centre de santé et de service sociaux qui comportait différentes catégories professionnelles dont un groupe d'infirmières. L'échantillon qui a participé à cette enquête était formé de 554 professionnels de santé représentant un taux de réponses de 31.2 %. Les résultats décrivant l'importance accordée par les participants à leur travail n'ont pas été présentés par les auteurs étant donné le devis prédictif de ce projet. Quant aux relations observées entre le sens du travail et les six caractéristiques du travail, les résultats de la première étude ont montré que les relations les plus significatives se situaient entre le sens du travail et « la rectitude morale » suivie par « les occasions d'apprendre et de se développer » et ceci pour toutes les catégories professionnelles dont les préposés aux bénéficiaires. Quant aux résultats de la deuxième étude, les participants (dont un groupe d'infirmières) ont mis en évidence des relations positives et significatives entre le sens du travail et « les occasions d'apprendre et de se développer » suivie par « l'utilité sociale » du travail. À la lumière de ces résultats, il nous est possible de noter que les caractéristiques du travail retenues par ces chercheurs peuvent être assimilées au « contexte de travail » qui réfère aux conditions de travail et qui représente pour de nombreux auteurs une source de sens. Il est possible par ailleurs de considérer que la caractéristique « utilité sociale » se rapproche plutôt d'une autre source de sens, « le contenu du travail » qui réfère aux types d'activités et de tâches réalisées dans le cadre de la pratique professionnelle. Ainsi, la perspective offerte par Morin et ses collaborateurs qui regroupe à la fois un attribut du sens au travail - l'importance du travail - et une source de sens - le contexte de travail -

⁸ Les autres centres sont : un centre de recherche en agriculture et une société conseil en ingénierie.

semble ajouter de la complexité à un concept déjà fort complexe. Passons maintenant à la troisième étape de cette analyse.

Étape 3 : la distinction du sens au travail d'un concept apparenté

Cette étape établira une distinction entre le sens au travail et un concept apparenté, la spiritualité au travail.

La spiritualité au travail

Les écrits portant sur le concept de la spiritualité au travail s'entendent pour considérer que le sens au travail constitue une des dimensions de la spiritualité au travail (Ashmos & Duchon, 2000 ; Dik & Duffy, 2009 ; Kinjersky & Skrypnek, 2004 ; Milliman, Czaplewski & Ferguson, 2003 ; Pratt & Ashforth, 2003). Cependant, l'analyse de ces écrits nous permet de relever différents points de divergence de façon à pouvoir établir une distinction entre les deux concepts. La première distinction se situe au niveau de la façon suivant laquelle ces concepts sont appréhendés. Ainsi, le sens au travail se présente en tant que produit qui se manifeste suite à un processus évolutif et qui se développe au cours des expériences d'un individu et de ses interactions au travail. Quant à la spiritualité, elle est décrite en termes de force, d'énergie et d'aspiration et se présente en tant qu'état ou situation pouvant exister ou non chez une personne (Ashmos & Duchon, 2000 ; Dik & Duffy, 2009 ; Kinjersky & Skrypnek, 2004). Par rapport au sens au travail, ses caractéristiques mettent en évidence l'importance accordée à la personne que ce soit en termes de fonctions du travail ou bien en termes d'ajustement entre le travail et les souhaits et les buts recherchés par la personne. Quant à la spiritualité au travail, elle met l'accent sur le dessein du travail qui transcende la personne et revêt la forme d'une

cause qui l'anime. En fonction de cette perspective, les conséquences recherchées du travail dépassent le soi individuel et se manifestent au niveau des autres ; ainsi le travail n'a de sens que dans la mesure où il est utile aux autres et il est fait dans leurs intérêts et non dans l'intérêt du travailleur. En plus, il semble que la spiritualité au travail se présente indépendamment du type d'emploi et du contexte de travail. En fonction de cette conception, la spiritualité au travail s'écarte ainsi du sens situationnel spécifique qui tient compte d'une personne qui assure une profession donnée dans un contexte de travail déterminé ; l'influence du contexte de travail est ainsi occultée.

Étape 4 : les antécédents et les conséquences du sens au travail

L'identification des antécédents et des conséquences du concept représente la dernière étape de cette analyse.

Les antécédents du sens au travail

Les antécédents d'un concept réfèrent aux incidents ou événements qui doivent le précéder et sans lesquels nous ne pouvons pas parler de sens au travail. L'analyse des écrits recensés concernant l'identification des antécédents du sens au travail n'a pas permis de dégager un consensus. En effet, certains auteurs considèrent que la personne, avec ses caractéristiques personnelles, culturelles et ses expériences antérieures au travail constitue un antécédent du sens au travail (Cavazotte, 1999 ; Scroggins, 2008). Or, nombreux sont les écrits qui ont identifié « la personne » en tant que source primordiale de sens au travail. Ainsi, il est légitime de se demander s'il est possible qu'une source de sens constitue un antécédent qui détermine l'existence de sens ? Peut-on placer « la personne » « à cheval » entre ce qui

constitue le point de départ du sens et ce qui favorise sa construction ? Pour leur part, Milliman et ses collaborateurs (2003), considèrent que la spiritualité au travail constitue un antécédent du sens au travail. Rappelons que la spiritualité au travail a été identifiée auparavant en tant que dimension du sens au travail et a été également retenue en tant que concept qui se distingue du sens au travail. Les ambiguïtés qui se manifestent à ce sujet rendent compte de l'absence de consensus notée auparavant et de la diversité des conceptions suivant lesquelles le concept de sens au travail a été défini.

Néanmoins, il nous est possible de considérer que la quête de sens constitue un antécédent de sens au travail. En effet, l'être humain est poussé tout au long de sa vie à rechercher un sens à tous les aspects de son existence principalement dans le cadre de son travail (Baumeister, 1991 ; Brief & Nord, 1990 ; Cartwright & Holmes, 2006 ; Gini & Sullivan, 1987 ; Guevara & Ord, 1996). Ainsi, le sens au travail ne peut s'opérer sans cette quête de sens qui anime la personne et qui l'incite à poursuivre la satisfaction de ce besoin.

Les conséquences du sens au travail

Les conséquences du sens au travail en termes de résultats attendus qui en découlent représentent un sujet qui a été très évoqué dans les écrits. En effet, nombreux sont les chercheurs qui ont montré que l'individu qui trouve que son travail a un sens manifeste une satisfaction et une motivation se traduisant par un engagement organisationnel et une performance accrue au travail (Autissier & Wacheux, 2007 ; Cartwright & Holmes, 2006 ; Morin, 2006, 2008, 2010 ; Morin & Aranha, 2008 ; Morin & Forest, 2007 ; Pavlish & Hunt, 2012 ; Pratt & Ashforth, 2003 ; Roberson, 1990 ; Wrzesniewski et al., 2003). Par ailleurs, notons la relation entre le travail ayant un sens et la santé mentale de l'individu et son bien-

être psychologique, ladite relation ayant été identifiée par Morin (200, 2006, 2008, 2010), par Locke et Taylor (1990) et par Roberson (1990) aussi bien que par Wrzesniewski et ses collaborateurs (1997). Finalement, il semble que le sens au travail soit à l'origine du comportement des employés au travail se traduisant par une baisse de la rotation et une fidélisation accrue à leurs postes (Brief & Nord, 1990 ; Beukes & Botha, 2013 ; Pokorski, et al., 2003 ; Secrest et al., 2005) ; ces résultats justifient le recours à la présente étude qui tente d'identifier ce qui permet aux infirmières de construire un sens au travail et de rester fidèles à leur emploi.

En somme, cette partie de la recension des écrits nous a permis de relever certaines limites conceptuelles et méthodologiques notées au niveau de l'ensemble des études portant sur le sens au travail. Par rapport aux limites conceptuelles, nous pouvons avancer les divers aspects relatifs au sens au travail ayant émergé des définitions recensées, sans toutefois parvenir à un consensus. Par ailleurs, nous admettons que l'absence du consensus nous a permis d'observer les diverses facettes de ce phénomène mettant en valeur la richesse et la complexité d'un concept qui n'a pas encore atteint sa maturité. Quant aux divers modèles qui expliquent le processus de construction de sens, ils ont offert une perspective jugée réduite du sens au travail ; en effet, les modèles déjà présentés se sont intéressés à expliquer un seul aspect du phénomène, soit le développement d'une de ses caractéristiques ou bien l'intervention de l'une ou de l'autre de ses sources. Un modèle permettant d'expliquer ce phénomène et d'offrir une perspective assez large permettant de tenir compte de sa richesse et de sa complexité est encore absent. En effet, les modèles présentés auparavant n'ont pas pris compte de la complexité de ce phénomène ni de ses différentes sources à partir desquelles un

individu peut puiser un sens au travail. Par ailleurs, il est utile de rappeler que le choix d'un cadre de référence n'est pas nécessairement recommandé dans le cadre d'une recherche qualitative dans le sens où semblable pratique serait susceptible de limiter le chercheur et d'influencer les résultats (Corbin & Strauss, 2008). Cependant, il serait utile de revenir sur l'un ou l'autre de ces modèles (Wrzesniewski & Dutton, 2001 ; Wrzesniewski, et al., 2003 ; Pratt & Ashforth, 2003) afin de comparer les résultats émergents et pouvoir les situer par rapport aux connaissances existantes (Corbin & Strauss, 2008). En ce qui concerne les études entreprises auprès des professionnels de santé et spécialement des infirmières, elles ne comportaient pas de définition claire du concept ni sous quel aspect il a été étudié. Quant aux limites méthodologiques, elles se manifestent au niveau des diverses approches adoptées par ces études qui étaient dans la majorité des cas qualitatives. Ces études ont permis de dégager des thèmes pouvant se rapporter au sens au travail ; toutefois, aucune étude n'a adoptée une approche par théorisation, méthode de recherche recommandée dans l'étude d'un processus tel le processus de construction de sens au travail.

A la lumière de cette analyse du concept il nous est possible de présenter la conception du phénomène de sens au travail qui sera retenue dans la présente étude ; il en sera question dans le paragraphe qui suit.

Proposition d'une conception du sens au travail

Le sens au travail constitue un besoin que l'individu cherche à satisfaire au cours de sa pratique professionnelle et revêt une connotation positive. Il se présente par ailleurs en tant que concept subjectif qui change en fonction des personnes aussi bien que concept intersubjectif qui se modifie en fonction des interactions de l'individu avec les personnes rencontrées au travail. Il cible le niveau situationnel de sens et constitue en tant que tel un phénomène dynamique qui change en fonction des situations et des lieux ; étant largement déterminé par le niveau existentiel de sens au travail, il garde une certaine stabilité à travers le temps traduisant l'influence du niveau existentiel sur le niveau situationnel du sens au travail. Il réfère aux fonctions du travail ainsi qu'à son importance et sa centralité qui se présentent en tant que dimensions interreliées. En effet, l'importance des objectifs de travail d'un individu aussi bien que l'importance des raisons qui le poussent à travailler vont déterminer la valeur et la centralité de son travail ; ainsi, plus les objectifs recherchés sont importants pour l'individu plus la valeur accordée à son travail est grande. Quant à la cohérence au travail, elle illustre le résultat du processus de construction de sens au travail : ainsi un sens positif au travail se manifeste chez le travailleur qui trouve que son travail s'accorde avec ses croyances, répond à ses attentes et satisfait ses souhaits. Par rapport aux éventuelles sources de sens, elles sont : 1) l'individu lui-même avec ses caractéristiques personnelles et socio-culturelles, ses croyances et ses valeurs relatives au travail ainsi que ses expériences antérieures en matière de travail ; 2) le contexte de travail avec ses différentes caractéristiques qui le distinguent d'un autre contexte ; et 3) les interactions qui s'établissent entre l'individu et les personnes qu'il

rencontre au cours de sa pratique professionnelle. Nous considérons que ces sources de sens sont importantes étant donné qu'elles interviennent dans la construction de sens au travail entreprise par l'individu tout en reconnaissant le rôle actif joué par l'individu à qui revient la tâche de développer le processus de construction de sens au travail.

Avant de clôturer le chapitre de la recension des écrits, il nous reste à exposer le cadre philosophique qui nous offre une façon de voir le monde qui s'harmonise avec la nôtre, à savoir l'interactionnisme symbolique (IS) ; il fera l'objet de la dernière partie de ce chapitre.

L'interactionnisme symbolique

L'IS est une théorie psychosociale qui cherche à étudier l'action humaine à travers la description et la compréhension du processus de construction de sens (Schwandt, 1994). Cette perspective, qui représente une façon de comprendre la réalité, se base sur les travaux de George Herbert Mead (1863-1931) et puise ses fondements philosophiques dans le pragmatisme américain, la théorie de l'évolution de Darwin ainsi que le behaviorisme (Charon, 2004). Herbert Blumer (1969) étudiant et ami de Mead, à qui cette perspective doit son appellation, a rassemblé et synthétisé les notes de cours de son professeur et a posé ainsi les assises théoriques de l'IS (Benzies & Allen, 2001). La partie qui suit présente les principes philosophiques de l'IS et qui constitue le cadre de l'étude.

Principes philosophiques de l'interactionnisme symbolique

L'IS se base sur les trois principes suivants développés par Blumer (1969) :

1) l'être humain agit à l'égard des choses sur la base de ce que ces choses signifient pour lui ; 2) les significations émergent des interactions sociales entre les êtres humains ; 3) ces significations sont manipulées et modifiées à travers un processus d'interprétation développé par l'être humain dans le cadre de ses interactions (traduction libre, p. 2).

Ces principes déterminent comment l'IS explique l'être humain, les interactions sociales et la réalité.

L'être humain

Pour l'IS, l'être humain est perçu en tant qu'un organisme *agissant* et non comme un organisme *réagissant* ; il donne des indications aux autres personnes et interprète les leurs. C'est un acteur dynamique et actif et non pas un être passif qui réagit aux autres et qui subit passivement l'influence de son environnement ; il échappe ainsi à un déterminisme qui se produit dans un seul sens et entretient une relation réciproque avec son environnement (Annells, 1996). L'être humain peut agir de façon individuelle ou collective et en tant que représentant d'un groupe ou d'une institution (Blumer, 1969 ; Charon, 2004). Ainsi, les membres appartenant à un groupe qui occupent une position sociale donnée dans la structure sociale développent des modèles mentaux et des patterns de comportement leur permettant de composer avec les situations rencontrées (Benzies & Allen, 2001).

Les interactions sociales

Les interactions sociales constituent la cible de l'IS (Charon, 2004). Elles peuvent se présenter à deux niveaux : 1) un niveau d'interactions non symboliques qui constituent une réponse réflexe et qui surviennent lorsqu'un individu réagit directement à l'action d'un autre sans l'interpréter ; 2) un niveau d'interactions symboliques qui implique que l'individu interprète l'action de l'autre avant d'agir. Interpréter l'action de l'autre veut dire l'examiner, la comprendre, la prendre en considération et agir en fonction (Blumer, 1969). Cette interprétation va déterminer jusqu'à un certain point, l'action de l'individu. Dans ce sens, l'interaction symbolique guide le comportement (Blumer, 1969 ; Charon, 2004). Même si dans certaines situations, l'individu agit de façon spontanée ou impulsive, l'interaction symbolique reste son mode caractéristique d'interactions (Blumer, 1969). Par ailleurs, l'IS reconnaît l'influence mutuelle exercée par les interactions sociales sur les comportements des uns et des autres.

Par ailleurs, Blumer (1969) accorde aux interactions sociales une autre caractéristique : elles se déroulent entre les individus ou acteurs et non pas au niveau des facteurs sociologiques (e.g. position sociale, normes, valeurs, culture) ou psychologiques (e.g. motivations et attitudes) considérés en tant que déterminants du comportement humain. En effet, au cours des interactions sociales, les individus évaluent, révisent et manipulent leurs sentiments, leurs attitudes et leurs souhaits ainsi que les normes et les valeurs, et les adaptent afin de prendre en considération les actions des autres. En outre, l'interaction sociale produit des objets et des symboles.

Les objets sont des créations sociales qui se forment et se transforment suite au processus d'interprétation et de définition (Blumer, 1969). Un objet représente tout ce qu'un individu désigne, indique, se réfère ; il peut être de nature physique (arbre), social (étudiant) ou abstrait (principe moral). Un objet peut exister dans sa forme objective, cependant sa nature physique, sociale ou morale dépend de la signification qu'un individu lui attribue. La signification attribuée à un objet détermine la façon suivant laquelle un individu le conçoit, agit à son égard ou en parle. Chaque objet peut avoir des significations différentes en fonction des personnes et des situations (Blumer, 1969 ; Charon, 2004). Par ailleurs, un groupe de personnes, suite à des interactions mutuelles, peuvent construire des significations communes en relation à un objet. Un ensemble d'objets désignés par un groupe, représente le monde de ce groupe. Identifier le monde des individus constitue une étape importante permettant de mieux comprendre leurs actions (Blumer, 1969).

Quant aux symboles, ils constituent pour l'IS une catégorie d'objets utilisée pour représenter quelque chose. L'individu ne réagit pas à ces objets, il les interprète et détermine ce qu'ils sont censés représenter. Comprendre les représentations permet à l'individu de comprendre les symboles et de les utiliser. À part la représentation, les symboles assurent la fonction de communication. Ils sont utilisés par l'acteur pour communiquer ; ils véhiculent l'identité, la pensée, les buts et les ressentis de l'acteur (Charon, 2004). Le langage constitue pour l'IS le symbole le plus important.

La réalité

L'IS reconnaît l'existence d'une réalité objective indépendante de l'individu ; la nature de cette réalité n'est pas importante étant donné que l'individu n'y réagit pas de façon directe, mais plutôt à travers son interprétation et sa définition de cette réalité, déterminées par les interactions sociales (Blumer, 1969). La réalité interprétée et définie est classée, par Charon (2004), en deux types : une réalité sociale et une réalité individuelle. La réalité sociale est construite suite à des interactions entre les individus ; quant à la réalité individuelle, elle est spécifique à chaque individu qui, en interaction avec lui-même et à partir de la réalité sociale, construit une réalité propre à lui. Ainsi, la réalité sociale qui se présente à l'individu sera examinée, manipulée et transformée par cet individu, et ce, afin de traduire sa propre interprétation du monde.

L'interactionnisme symbolique : pertinence des caractéristiques retenues

dans l'étude du processus de construction de sens au travail

L'IS constitue une perspective qui s'accorde avec l'étude du sens au travail auprès d'infirmières libanaises. Conformément à cette perspective, l'infirmière est une personne dynamique qui pense et qui réfléchit ; elle interagit avec les autres et les éléments de la situation auxquels elle fait face. Ces interactions se produisent à un niveau symbolique qui implique que l'infirmière interprète les actions des autres (équipe multidisciplinaire, patients et familles, etc.), les examine, les comprend et les prend en compte. Les éléments de la situation au travail ne se présentent pas à elle de façon directe ; c'est l'infirmière qui sélectionne les informations qui lui paraissent significatives, importantes, les interprète, les définit et construit

sa réalité au travail. Les conditions de travail, la structure organisationnelle, le style de leadership n'ont pas une nature propre à eux, ils dépendent des significations que l'infirmière leur accorde. C'est ainsi que l'infirmière, suite à ses interactions avec son contexte de travail, développe sa représentation du contexte au travail et y agit. Selon Schwandt (1994), l'IS appelle à l'interprétation du sens en vue de le comprendre. L'investigateur doit élucider le processus de construction de sens et clarifier le quoi et le comment les significations sont exprimées dans le langage et les actions des acteurs sociaux. Le monde de la réalité vécue et la signification de la situation spécifique qui constituent l'objet général d'investigation sont perçus en tant que construits par les acteurs sociaux. Pour atteindre une compréhension complète du processus social, le chercheur a besoin de saisir les significations qui sont expérimentées par les participants dans un contexte donné (Chenitz & Swanson, cité par Jeon, 2004).

Il reste à souligner que l'IS est une perspective qui cible l'action humaine. Toutefois, dans le cadre de l'étude du sens au travail auprès d'infirmières libanaises, l'action individuelle ou collective ne constitue pas une finalité en soi. Ce qui importe, ce sont les processus de sélection et d'interprétation qui sont à la base de la construction du sens au travail. Suite à une analyse des significations individuelles, il est possible, par ailleurs, d'identifier des significations partagées qui peuvent amorcer le processus d'émergence d'une théorie susceptible d'expliquer le phénomène de sens au travail. Les points de divergences sont admissibles, ils traduisent le caractère actif de l'interprétation qui change en fonction de la subjectivité de l'infirmière.

En guise de synthèse, il peut être dit que l'IS se présente en tant que cadre philosophique susceptible de favoriser la compréhension et l'exploration du phénomène de sens au travail. Ses conceptions relatives aux interactions sociales, à l'être humain et sa capacité à construire sa propre réalité constituent une perspective intéressante permettant d'appréhender le sens au travail auprès d'un groupe d'infirmières libanaises.

Par ailleurs, l'IS constitue la base philosophique de la méthode de recherche de la théorisation ancrée (Charmaz, 2005 ; Cohen, 2006). Une approche par théorisation ancrée semble être indiquée dans l'étude du sens au travail et sera ainsi retenue en tant que cadre d'analyse permettant de guider ce travail. Elle fera l'objet du chapitre suivant qui présente la méthode propre à l'étude.

CHAPITRE III

MÉTHODE

Ce chapitre présente les aspects méthodologiques relatifs à l'étude : le devis de recherche privilégié, le milieu de l'étude, l'échantillon, la stratégie de recrutement, la collecte des données et le déroulement de l'étude, la méthode retenue pour l'analyse des données et les critères de scientificité ; il se termine par les considérations éthiques inhérentes à la réalisation du projet.

Le devis de recherche

Afin de comprendre et d'expliquer le processus de construction de sens au travail chez des infirmières libanaises, cette étude a privilégié une approche qualitative basée sur la théorisation ancrée. Cette approche cible l'étude d'un processus afin d'en approfondir l'analyse (Laperrière, 1997) et utilise « un ensemble systématique de procédés permettant de développer de façon inductive une théorie relative au phénomène à l'étude » (Strauss & Corbin, 1990, p. 24) (traduction libre). Ladite approche s'harmonise avec le phénomène de sens au travail qui se présente en tant que processus et produit ; elle se présente ainsi en tant qu'une méthode qui s'accorde avec le but de l'étude et qui pourra nous aider à l'atteindre. L'inexistence d'un modèle pouvant expliquer le phénomène de sens au travail justifie le recours à la théorisation ancrée en tant que méthode de travail. Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'une approche par théorisation ancrée a été recommandée par Brief (1991) afin de mieux comprendre le phénomène de sens au travail.

Avant de présenter cette approche, il convient de resituer cette étude dans son cadre épistémologique et méthodologique : l'IS. Le cadre épistémologique réfère à la position du chercheur par rapport à la relation chercheur-sujet (Guba, 1990) ; cette position peut se traduire par une attitude subjective ou objective, tout au long du processus de la recherche. En ce qui concerne le cadre méthodologique, il réfère aux divers moyens et méthodes permettant au chercheur d'arriver aux résultats recherchés (Guba, 1990).

Cadre épistémologique : Interactionnisme symbolique

Le cadre épistémologique de l'IS retenu dans le cadre de cette étude se base sur les écrits de Blumer (1969) ; la référence à la nature de la position chercheur-participant dans les écrits de cet auteur n'est pas évidente. Pourtant, Benzies et Allen (2001) ont attribué à la perspective classique de Blumer (1969) une position subjective. Effectivement, la perspective de Blumer (1969) laisse entendre une telle orientation. Ainsi, plusieurs caractéristiques avancées par cet auteur permettent de dégager une relation « chercheur-participant » marquée par l'intersubjectivité. Notons :1) l'accent placé sur la réalité subjective construite par un individu ; 2) la nécessité de comprendre les significations à partir du point de vue des personnes concernées ; et 3) le caractère flexible de la procédure qui engage la réflexibilité et la créativité du chercheur en lui laissant la liberté de décider de la meilleure façon d'appréhender le phénomène à l'étude.

Sur la base d'une telle position, la chercheuse en tant que personne, est impliquée tout le long du processus de recherche, ce qui constitue un atout dans le cas d'une étude portant sur les représentations du sens au travail. En effet, il est difficile ou même impossible d'arriver à

une compréhension approfondie du phénomène de sens au travail via une position objectiviste. Le caractère subjectif de sens au travail qui change en fonction du contexte, la complexité de ce phénomène et sa base conceptuelle et théorique réduite, l'absence de données libanaises à son sujet constituent autant d'arguments pouvant justifier le recours à une position intersubjective. Ainsi, à travers les interactions que nous établirons avec les infirmières, nous allons avoir la possibilité de se rapprocher de la réalité du travail telle que construite par elles ; par conséquent, nous serons en mesure de nous mettre à leurs places, saisir ce qu'elles voient, expérimentent, se représentent, et ce, en fonction de leurs points de vue.

Cadre méthodologique : Interactionnisme symbolique

En ce qui concerne son cadre méthodologique, la position de l'IS est explicitée par les principes méthodologiques avancés par Blumer (1969) qui sont : 1) le caractère flexible du devis ; 2) le recours à des techniques de collecte de données adaptées en fonction des circonstances ; et 3) le processus qui débute par la détermination du problème et aboutit à l'émergence d'un ensemble de concepts ou de catégories et à l'identification des relations entre eux.

Quant aux principes méthodologiques de l'IS, ils semblent convenir à l'étude du sens au travail, phénomène subjectif, déterminé par les interactions entreprises par un travailleur dans le cadre de sa pratique professionnelle. La flexibilité de la procédure nous permet d'avancer et de progresser en tenant compte des circonstances, de modifier et d'adapter notre approche en fonction de ce que nous rencontrons et de ce que nous découvrons ; l'opportunité de sortir

avec un matériel riche et dense devient ainsi plus grande. Passons maintenant à la théorisation ancrée qui constitue l'approche propre à cette étude.

La théorisation ancrée

La théorisation ancrée a été développée par Glaser et Strauss (1967) dans le but « d'élaborer une méthode de construction de théories capable à la fois de refléter la richesse du social et de produire des analyses valides et systématiquement vérifiées par un échantillon rigoureux de données » (Laperrière, 1997, p. 311). En tant qu'approche de recherche, la théorisation ancrée se base sur les principes philosophiques de l'IS (Charmaz, 2000 ; Cohen, 2006 ; Strauss & Corbin, 1990, 1998) ; elle constitue une approche de choix. Rappelons que cette décision se justifie également par la nature du phénomène de sens au travail qui se présente en tant que processus social et qui s'harmonise ainsi avec la spécificité d'une approche par théorisation ancrée et qui nous permet d'atteindre le but de cette étude.

Les principes méthodologiques de la théorisation ancrée

Les principes méthodologiques de la théorisation ancrée sont les suivants :

1) se rapprocher du contexte en vue de mieux le comprendre ; 2) donner de l'importance à une théorie enracinée dans la réalité pour le développement de la discipline ; 3) souligner le rôle actif des participants dans le façonnement de leur monde ; 4) mettre l'accent sur le processus et le changement, la variation et la complexité de la vie ; 5) noter l'existence d'interrelations entre les conditions, les significations et l'action (Strauss & Corbin, 1990, p. 24-25) (traduction libre).

Les perspectives de la théorisation ancrée

Les écrits relatifs à la théorisation ancrée identifient différentes perspectives (Annells, 1996 ; Eaves, 2001 ; Jeon, 2004) classées, en général, en fonction du paradigme de recherche

ou des croyances philosophiques du chercheur relatives au monde (Cohen, 2006). Ainsi, Hallberg (2006) identifie trois perspectives : 1) la théorisation ancrée classique de Glaser et Strauss, appartenant au paradigme positiviste ; 2) la théorisation ancrée reformulée de Strauss et Corbin, qualifiée de post-positiviste ; et 3) la théorisation ancrée constructiviste de Charmaz, classée sous le paradigme constructiviste.

Dans le cadre de ce travail, nous avons adopté la perspective constructiviste de Charmaz (2005) qui réfère à « un ensemble de consignes analytiques flexibles ayant pour but de construire de façon inductive des théories intermédiaires qui reflètent les mondes des participants et les processus de leur construction » (traduction libre, p. 507). Cette perspective « assume l'existence de plusieurs réalités, vise une compréhension interprétative des significations des participants et reconnaît la création mutuelle du savoir par le chercheur et le participant » (Charmaz, 2000 p. 510) (traduction libre). En fonction de cette perspective, la relation chercheur-participant est déterminée par l'intersubjectivité : le chercheur n'aborde pas le terrain de façon neutre, il voit et entend en fonction de son cadre de référence, de son histoire et de ses intérêts et partage avec les participants la construction des résultats (Charmaz, 2005). Ainsi, avec la participation d'infirmières libanaises, nous avons tenté de comprendre et de parvenir à donner une explication du phonème de l'étude ; ceci a été rendu possible grâce aux échanges que nous avons établi avec les participantes lors de la collecte des données et plus tard à chaque fois que nous avons fait un retour aux données et les avons réexaminées.

Afin d'atteindre le but de l'étude, nous avons retenu la méthode de comparaison constante des données telle que proposée par Charmaz (2006). Cette méthode considère que l'analyse et l'interprétation des données se font sur la base de la perspective à priori du chercheur ; plutôt que de considérer cette perspective en tant que vérité, nous reconnaissons notre part de subjectivité et admettons que les catégories identifiées et les relations établies reflètent le sens que nous avons donné aux résultats (Charmaz, 2006). À cet effet, il est possible qu'un autre chercheur puisse développer une interprétation différente des significations et sortir avec des résultats différents. Une éventuelle variation dans les résultats traduit l'interprétation du chercheur et dénote la part de subjectivité sur laquelle il s'est basé dans son travail d'analyse ; cette variation émerge des interactions du chercheur avec les données émergentes (Charmaz, 2005).

Le milieu de l'étude

Une recherche par théorisation ancrée privilégie les choix du milieu de l'étude et des sources de données en fonction de leur pertinence théorique par rapport à la question de recherche et de leur capacité à éclairer le mieux possible le phénomène à l'étude (Laperrière, 1997). Pour les besoins de la présente étude, nous avons retenu l'échantillonnage par choix raisonné suivant lequel le chercheur se base sur son jugement pour déterminer les critères de sélection des éléments de la population représentatifs du phénomène à l'étude (Fortin, 2010). Dans cette optique, le secteur hospitalier libanais a été retenu. Plusieurs raisons justifient ce choix : 1) le système de santé libanais est principalement curatif ; 2) le secteur hospitalier constitue le lieu de choix pouvant répondre aux besoins de santé de la population ; 3) la

majorité des infirmières en activité exercent la profession dans les hôpitaux ; 4) le secteur hospitalier souffre d'une pénurie et rencontre de la difficulté à recruter et à retenir un personnel infirmier qualifié. À cet effet, quelques hôpitaux situés dans la région de Mont-Liban ont constitué le milieu de l'étude ; le choix du milieu a été déterminé en fonction des caractéristiques du Mont-Liban et spécialement de son secteur hospitalier ainsi que des caractéristiques des infirmières qui travaillent dans cette région ; il en serait question dans les paragraphes suivants.

Caractéristiques du milieu

Les caractéristiques de la région du Mont-Liban, milieu de l'étude, sont les suivantes :

- 1) elle représente géographiquement le cœur du Liban ;
- 2) elle est formée d'une part, d'une zone urbaine comportant la banlieue de la ville de Beyrouth et des villes côtières et d'autre part, d'une zone rurale qui s'étend du littoral jusqu'aux sommets de la chaîne des montagnes qui sépare le Mont-Liban de la région de la Békaa;
- 3) elle constitue le lieu d'habitation de plus d'un million et demi de personnes (CAS, 2008) ;
- 4) elle comporte 47 hôpitaux privés et 5 publics, représentant à peu près 31% des hôpitaux du Liban (Ministry of Public Health, 2010 ; Syndicat des hôpitaux libanais, 2010) ;
- et, 5) elle constitue le lieu d'exercice de 35 % des infirmiers inscrits à l'OONL (OONL, 2013).

Caractéristiques des infirmières

Concernant les infirmières libanaises qui exercent la profession dans les hôpitaux de la région du Mont-Liban, les données disponibles relatives à leur situation proviennent d'une étude nationale réalisée par El-Jardali et collaborateurs (2009) portant sur l'intention

d'infirmières libanaises de rester / quitter leur emploi / le pays. Les infirmières qui travaillaient dans les hôpitaux du Mont-Liban représentaient 36 % des participantes à l'étude ; 43.7 % de ces infirmières avaient manifesté leur intention de demeurer en poste, 33.3 % d'entre elles ont souhaité quitter leur emploi et finalement 34.6 % ont exprimé leur intention de quitter le pays.

Sur la base des caractéristiques du milieu, la région du Mont-Liban nous offre la possibilité de joindre divers types d'hôpitaux et de toucher des contextes de travail variés. Quant aux infirmières qui y travaillent dans cette région, elles manifestent un degré varié de fidélisation à leur poste et à leur profession. Étant donné que le sens au travail se développe dans le cadre de milieu de travail, rejoindre des infirmières qui exercent la profession dans de différents contextes semblait pertinent.

L'échantillon

Dans le cadre de cette étude, un échantillonnage théorique de type non probabiliste qui constitue le mode propre à la théorisation ancrée a été adopté ; Charmaz (2006) le définit comme étant une méthode de collecte des données guidée par les catégories qui émergent de l'analyse. Il est déterminé au départ par la question de recherche, le milieu et les personnes seront choisis en fonction de leur pertinence par rapport à celle-ci. Par la suite, l'échantillon se construit au fur et à mesure de l'avancement dans les analyses. En effet, les situations et les groupes choisis le sont en fonction de leur pertinence au regard de l'élaboration des catégories conceptuelles et de leurs relations. Ne pouvant pas être entièrement déterminé à l'avance,

l'échantillon se construit par étapes successives (Laperrière, 1997). Le chercheur adapte ainsi les sources de données en fonction de leur pertinence dans l'élaboration et le raffinement des catégories émergentes. Un échantillonnage initial nous a permis de débiter la collecte des données ; les différentes décisions relatives à cet échantillonnage ont été modifiées avec l'avancement dans les étapes de la collecte et de l'analyse des données et seront présentées dans la partie relative à l'analyse. Quant au nombre de participantes, il a été déterminé par une saturation des données ce qui revient à dire qu'il n'y a plus de nouvelles données qui viennent s'ajouter aux catégories déjà développées (Charmaz, 2006). Le nombre de participants pourra paraître réduit dans une telle approche qui tend à sortir avec une théorie intermédiaire du phénomène à l'étude. Étant donné que nous sommes parvenue à une saturation des données, il était devenu clair que la poursuite de la collecte des données risquait de devenir non productive. En fait, dans une approche qualitative telle que la théorisation ancrée, le nombre des participants n'est pas aussi important que la profondeur et des données recueillies et leur pertinence par rapport au phénomène à l'étude (O'Reilly & Parker, 2012).

La stratégie de recrutement

La stratégie de recrutement a comporté trois étapes respectant ainsi le caractère flexible propre à l'échantillonnage théorique (Laperrière, 1997). En préparation à la collecte des données, nous avons obtenu de la part de l'OONL une liste comportant les noms et les adresses des hôpitaux situés au Mont-Liban ainsi que les coordonnées des directeurs de soins. Ces hôpitaux ont été ensuite classés en fonction de leurs caractéristiques relatives à leur emplacement en zone urbaine ou rurale, à leur capacité en nombre de lits et à leur

appartenance au secteur privé ou public et à but lucratif ou non lucratif. La sélection des hôpitaux a été faite de manière arbitraire et les hôpitaux ayant accepté de participer à l'étude ont été retenus.

La première étape a été réalisée dans un hôpital privé non lucratif situé dans la zone montagnarde du Mont-Liban. Nous avons entrepris auprès de la direction de cet hôpital de nombreuses démarches (lettre, courriels, appels téléphoniques et visites) afin d'obtenir son accord. Trois infirmières ont accepté de participer à l'étude.

Quant au milieu de la deuxième étape de collecte des données, il était constitué d'un hôpital privé à but lucratif situé en région urbaine. L'accord a été obtenu suite à un appel téléphonique et une visite à la direction de soins durant laquelle nous lui avons remis les documents préparés à cet effet. Quatre participantes ont été rencontrées dans cet hôpital.

Finalement, la troisième étape de collecte des données s'est faite suite à un contact personnel avec les éventuelles participantes sans passer par la direction des hôpitaux. Des personnes informateurs nous ont permis de joindre ainsi une infirmière qui travaille dans un hôpital public urbain et une autre exerçant sa profession dans un hôpital privé urbain à but non lucratif. L'échantillon de cette étude était ainsi formé de neuf infirmières.

Lors de nos contacts avec la direction des deux hôpitaux qui ont constitué le milieu de la première et de la deuxième étape de collecte des données, nous avons veillé à leur fournir les documents suivants : 1) une lettre de demande d'approbation expliquant le but et la nature de

l'étude; 2) une copie du guide d'entrevue (Appendice C) ; 3) une invitation à la participation comportant le but de l'étude, les critères de sélection ainsi que nos coordonnées incitant les éventuelles participantes à rentrer en contact avec nous (Appendice D) ; et 4) une copie du formulaire d'informations et de consentement à donner aux infirmières qui souhaitent participé à l'étude (Appendice E). Lors des visites, nous avons rencontré une représentante de la direction ; cette personne s'est chargée de nous communiquer les numéros de téléphones des participantes. Afin de programmer les entrevues, nous avons contacté les participantes et nous nous sommes mises d'accord avec elles sur la date et l'heure des entrevues.

Par ailleurs, il est important de relever certaines difficultés que nous avons rencontrées relativement aux démarches entreprises auprès des hôpitaux de la région urbaine. Ainsi, quatre hôpitaux ont été contactés par le biais d'une lettre de demande envoyée aux directions de soins ; deux n'ont répondu ni à la lettre ni aux courriels de relance. Deux autres ont accepté de nous rencontrer pour leur remettre les documents préparés à cet effet. Les démarches se sont étalées sur plusieurs mois, les directions avançaient constamment des excuses et nous demandaient d'attendre. En fin de compte, un hôpital a refusé et le deuxième n'a plus répondu aux nombreux contacts de relance que nous avons entrepris ; au bout de quelques mois d'attente nous avons décidé de ne plus insister. C'est le cinquième hôpital urbain contacté qui a donné finalement son accord pour le projet et qui a constitué ainsi le milieu de la deuxième étape de collecte des données.

La collecte des données et le déroulement de l'étude

La collecte des données de la présente étude a respecté les consignes préconisées par la méthode de théorisation ancrée de Charmaz (2000, 2005, 2006). Elle a débuté par la sélection de participantes suivant des critères de sélection déterminés qui ont été par la suite modifiés en cours d'analyse. Le choix de ces critères a été fait de façon à répondre aux caractéristiques du phénomène à l'étude, le sens au travail. En effet, c'est en fonction des interactions que l'infirmière établit avec la direction, les collègues de travail et les patients dans un milieu de travail bien déterminé qu'elle va construire un sens au travail. La partie qui suit décrit le déroulement de cette étude et présente les critères de sélection et les différents moyens de collecte des données.

Critères de sélection

La sélection des participantes à l'étude a été faite sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion présentés ci-après.

Critères d'inclusion

L'échantillon initial a comporté des participantes répondant aux critères suivants : 1) occuper un poste d'infirmière ayant un contact direct avec les patients ; 2) travailler à temps plein ; 3) avoir au moins un an d'exercice dans son poste actuel ce qui lui a permis de se familiariser avec son travail et avec le milieu ; 4) être prête à communiquer, en arabe ou en français, son expérience quant au phénomène à l'étude, le sens au travail ; et 5) accepter de participer à l'étude en dehors des heures de travail. Retenir les infirmières ayant un contact

direct avec les patients se justifie par deux raisons ; la première découle du nombre important des infirmières soignantes par rapport à celles qui occupent un poste de cadres. En plus, il semble que les infirmières cadres peuvent expérimenter un sens au travail différent des infirmières soignantes (Beukes & Botha, 2013).

Critères d'exclusion

Dans le cadre de cette étude, deux critères d'exclusion ont été retenus. Seront exclues de l'échantillon les infirmières qui occupent un poste qui n'est pas en contact direct avec les patients. Cette exclusion se justifie par le caractère du sens situationnel du travail qui change en fonction de la nature des tâches ; ainsi, les infirmières cadres qui ont en général un contact réduit avec les patients sont appelées à exercer des tâches différentes de celles réalisées par les infirmières soignantes. De même, les infirmières qui exercent un deuxième emploi (infirmière ou autre) ne feront pas partie de l'échantillon étant donné l'influence prépondérante du contexte de travail sur le phénomène à l'étude. Ainsi, les personnes qui travaillent dans des lieux différents établissent des interactions avec des personnes et des contextes de travail différents. Étant donné l'importance du contexte de travail dans la construction du sens, il semblait pertinent d'exclure de l'étude les infirmières qui occupent des postes administratifs ou qui exercent deux emplois dans deux milieux différents.

Outils de collecte des données

La collecte des données a été faite sur la base d'entrevues individuelles, d'un questionnaire sociodémographique et de notes de terrain prises par l'étudiante-chercheure.

Les entrevues individuelles

Les entrevues individuelles ont été réalisées au moyen d'un guide d'entrevue comportant des questions initiales assez larges ayant pour but d'amorcer la collecte des données (Appendice C). Elles se sont déroulées dans le lieu de travail des participantes. À noter que la direction des hôpitaux qui ont constitué le milieu des deux premières étapes de collecte de données nous a permis de rencontrer les infirmières durant leur temps de travail et a mis à notre disposition une salle privée pour la rencontre ; ainsi, le cinquième critère relatif à la rencontre en dehors des heures de travail a été respecté seulement lors de la troisième étape de collecte de données. Au début de chaque entrevue, nous avons pris le temps de réexpliquer à la participante le but et la nature de l'étude. Nous lui avons remis le formulaire de consentement (Appendice E) et lui avons donné le temps de le lire et avons répondu à ses questions. À noter qu'une participante s'est montrée un peu réticente par rapport à l'enregistrement. Tout en la rassurant quant à la confidentialité des données recueillies et en lui demandant de ne pas mentionner des noms de personnes ou de lieux, nous avons réitéré le caractère volontaire de participation, la participante a fini par accepter de son propre gré. Toutes les participantes ont signé le formulaire de consentement avant de commencer l'entrevue et en ont gardé une copie.

Les entrevues ont duré de 60 à 90 minutes représentant ainsi 12 heures d'enregistrement. Dans le souci de respecter les consignes avancées par les écrits (Deslauriers, 1991 ; Doody & Noonan, 2013 ; Mayer & Saint-Jacques, 2000 ; Poupart, 1997) relatives à la conduite d'une entrevue nous avons veillé à créer une ambiance détendue et à démontrer aux participantes une ouverture d'esprit et de la disponibilité ; nous avons manifesté également

notre empathie et notre compréhension face aux problèmes et aux difficultés que toutes les participantes ont évoqué. Tout en respectant leur silence, nous les avons encouragées à s'exprimer en posant des questions de relance ou bien en leur demandant d'explicitier leurs idées et de les illustrer par des exemples issus de leur vécu. De même, nous avons invité les participantes à nuancer et à expliciter leurs expressions afin d'éviter tout biais d'interprétation et de valider la concordance des significations. Certaines infirmières insistaient auprès de nous pour que nous confirmions l'exactitude ou la pertinence de leurs réponses ; nous leur affirmions constamment qu'il n'y avait pas de réponses justes ou fausses et que nous étions intéressées à comprendre et à saisir leurs points de vue, ce qu'elles pensaient et ce qu'elles ressentaient par rapport à ce sujet.

À la fin de chaque entrevue, nous avons pris le temps de prendre l'avis de chaque participante relativement au déroulement de l'entrevue, à son ressenti et à ses impressions ainsi qu'en termes d'éventuelles suggestions pouvant améliorer notre approche. Les participantes étaient toutes satisfaites du déroulement de l'entrevue et n'ont pas exprimé de remarques notables. Toutes les participantes ont également donné leur accord pour des éventuels contacts ou rencontres ultérieurs.

Le guide d'entrevue qui a servi à faire la collecte des données a été modifié à la troisième étape ; la nouvelle version a comporté des questions qui ont ciblé les catégories qui ont émergé de l'analyse et une liste de thèmes à couvrir (Appendice G).

Les entretiens réalisés en langue arabe ont été enregistrés sur un support numérique et retranscrits de façon intégrale par une secrétaire qualifiée . La transcription intégrale des entretiens a comptabilisé 172 pages⁹. Nous avons traduit en français de façon intégrale les deux premières entretiens de la première vague ; une personne qui maîtrise les deux langues a ensuite retraduit en arabe la version française afin de valider la traduction et de répondre ainsi aux exigences de la méthode de traduction inversée (Hacooun, 1987). Il est important de préciser que les participantes ont utilisé dans leurs propos des termes et même des phrases en français et en anglais ; lors de la traduction, nous avons pris soin de garder ces propos dans la même langue, tels qu'ils étaient exprimés. À noter que la version française de la première entrevue a été parcourue par les directrices de recherche afin de valider sa conduite ainsi que la formulation des questions de relance.

Par la suite, seules les unités de sens retenues pour l'analyse ont été traduites en français. Le recours à la traduction de toutes les unités de sens a permis aux directrices de recherche de suivre / guider les étapes de l'analyse qui ont été faites sur la version française du matériel transcrit.

Le questionnaire sociodémographique

Le questionnaire sociodémographique a permis de recueillir les informations relatives au profil sociodémographique des participantes et a été complété à la fin de la rencontre (Appendice H).

⁹ Sur un logiciel : Word ; format de feuille : A4 ; police de caractère : 12 ; fonte : Times New Roman

Les notes de terrain

Les notes de terrain permettent au chercheur de consigner par écrit ces impressions, ses sentiments et ses réflexions (Deslauriers, 1991) aussi bien que ses observations contextuelles et ses interprétations (Loiselle et al. 2007). C'est ainsi que nous avons entrepris à la fin de chaque entrevue de noter nos ressentis, nos observations et nos impressions ainsi que les réactions des participantes de façon à garder une description globale de l'entrevue et de son contexte. Après avoir écouté l'enregistrement de l'entrevue le jour même, nous avons noté par écrit nos impressions et notre évaluation de la conduite de l'entrevue et s'il y avait des notions que nous aurions dû approfondir pour enrichir les données ; ces notes nous ont permis d'améliorer les entrevues ultérieures. Lors des étapes de l'analyse nous avons fait un retour à ces notes afin de mieux situer les expressions des participantes permettant de mieux les comprendre et de recontextualiser les données analysées.

La méthode d'analyse des données

Dans le cadre d'une étude par théorisation ancrée, il est recommandé au chercheur de mener les étapes de la collecte et de l'analyse des données de façon simultanée. À cet effet, l'analyse a débuté avec la première entrevue. Nous avons pris le temps de réécouter l'enregistrement audio et de le comparer aux transcriptions et d'y apporter les corrections nécessaires.

Au fur et à mesure de l'avancement dans les étapes de l'analyse, nous avons eu recours à la rédaction de mémos et de diagrammes tel que recommandé par de nombreux écrits relatifs à la théorisation ancrée (Charmaz, 2006 ; Corbin & Strauss, 2008 ; Laperrière, 1997). Les

mémos qui représentent la forme écrite du fruit de la réflexion du chercheur évoluent en fonction de son avancement dans les étapes de l'analyse ; ils permettent au chercheur de consigner ses réflexions, les comparaisons et les relations proposées et de noter les questions et les orientations à prendre (Charmaz, 2005). Quant aux diagrammes, ils constituent la représentation visuelle, schématique des relations entre les concepts et permettent de synthétiser les liens mis au jour et de les saisir rapidement (Laperrière, 1997).

L'analyse proprement dite a été effectuée en fonction de deux niveaux majeurs proposés par Charmaz (2000, 2005, 2006) et qui sont la codification initiale et la codification sélective ou ciblée. Enfin, la codification théorique est venue clôturer cette analyse. Notons que nous l'analyse a été faite sur des documents *Word* sans le recours à un logiciel d'analyse qualitative.

La codification initiale

La codification initiale consiste à examiner les données collectées ligne par ligne et à leur donner un nom qui résume et rend compte de façon concise ce qui se passe, ce qui a été dit et exprimé (Charmaz, 2006). Lors de cette étape, il est recommandé au chercheur d'être ouvert dans son codage et de rester proche des données. Les codes retenus sont ceux qui saisissent et représentent le mieux les significations et les actions des participants ; ces codes sont considérés provisoires étant donné qu'il est possible au chercheur de les reformuler afin qu'ils s'accordent mieux avec les données émergentes (Charmaz, 2006). A cette étape, nous avons lu à plusieurs reprises la transcription intégrale de chaque entrevue. Nous avons écouté attentivement le document enregistré et avons comparé et validé les transcriptions et les avons corrigées au besoin. À noter que le retour aux enregistrements a été fait à plusieurs reprises

afin de se replonger dans le contexte de l'entrevue, de valider l'analyse, d'enraciner les résultats et de s'assurer qu'ils émanent des verbatim et qu'ils ne sont pas le fruit de notre interprétation. Par la suite, nous avons découpé les verbatim des participantes en unités de sens qui représentent des segments significatifs du texte ; ces unités ont été identifiées et codées. Par ailleurs, la méthode de comparaison constante des données qui consiste à examiner les unités de sens afin de relever les similitudes et les divergences a été adoptée à toutes les étapes de l'analyse. Il s'agit de comparer les unités de sens d'une même entrevue entre elles et de les comparer avec les unités de sens de toutes les entrevues avec les unités de sens appartenant à la même catégorie et avec celles appartenant à toutes les catégories (Charmaz, 2000). Notons que nous avons veillé à appliquer la comparaison constante des données tout au long du processus d'analyse. Les unités de sens ayant émergé de l'analyse des entrevues ont comptabilisé 92 pages.

Les consignes d'une codification initiale telle que recommandées par Charmaz (2006) ont été appliquées lors de l'analyse de toutes les entrevues afin de préparer le matériel au deuxième niveau d'analyse, la codification ciblée.

La codification ciblée

La codification ciblée constitue le deuxième niveau d'analyse des données selon la méthode de Charmaz (2000, 2005, 2006). Elle consiste à réviser les codes initiaux à la lumière des unités de sens et à retenir ceux qui catégorisent les données de façon complète et englobante (Charmaz, 2006). Cette étape permet d'améliorer la concordance des codes avec

les données et de les élever à un niveau abstrait en les transformant en des catégories plus conceptuelles.

C'est ainsi que nous avons entrepris d'examiner les codes initiaux de toutes les entrevues ; certains codes, considérés assez abstraits, ont été conservés et certains autres ont été regroupés dans des catégories plus conceptuelles.

Nous avons appliqué les deux niveaux de codification de façon simultanée. En restant le plus proche possible des verbatim des participantes, l'analyse des trois premières entrevues réalisées dans un hôpital rural a généré 127 codes que nous avons regroupés dans 37 catégories. Afin de prendre en compte une éventuelle variation dans le phénomène de sens au travail en fonction des éléments contextuels, la collecte des données a été reconduite auprès de quatre participantes exerçant la profession dans un hôpital privé situé dans la région urbaine. La décision de garder le même guide d'entrevue a été retenue ; ceci nous a permis de valider les codes et les catégories émergents et de les comparer à ceux nouvellement identifiés. Quatre infirmières exerçant dans cet hôpital et répondant aux mêmes critères de sélection ont accepté de participer à l'étude. Pour éviter le risque de perdre ces infirmières le temps de réaliser la transcription, nous avons pris la décision d'accélérer le rythme des entrevues et de les effectuer en l'espace d'une semaine. C'est ainsi qu'à la fin de chaque entrevue, nous avons pris soin d'écouter et de réécouter les enregistrements audio de façon très attentive et avons entrepris un pré codage à la recherche de données nécessitant une éventuelle réorientation dans la tenue de l'entrevue subséquente. Ces quatre entrevues ont été également transcrites, les

enregistrements audio comparés aux textes, les unités de sens identifiées et traduites en français. Les données transcrites ont été codées et regroupées en des catégories conceptuelles.

Suite à ce travail, un retour a été fait au niveau des trois premières entrevues rurales qui ont été réexaminées et recodées. Le deuxième codage a été comparé au premier afin de noter les similitudes et les divergences et, par la suite, au codage des entrevues urbaines. Les codes et les catégories ont été minutieusement examinés et comparés entre eux. Ce travail a permis la réduction du nombre des codes et des catégories. À titre exemple, les codes « charge de travail », « effectif du personnel », « heures supplémentaires » ont été regroupés sous un seul intitulé « charge de travail ». Ce code a été assimilé à une catégorie plus conceptuelle intitulée « contexte de travail ». Ce travail de regroupement a été validé par les directrices de recherche.

La comparaison constante des données entreprise tout au long de l'analyse a permis de raffiner les catégories et d'identifier des relations possibles entre elles ; notons par exemple, la relation entre la « charge de travail » qui appartient à la catégorie « contexte de travail » et « s'occuper des patients et les soigner » de la catégorie « sens au travail ». Il était alors possible de statuer qu'une charge adéquate de travail puisse être associée à une meilleure prise en charge du patient favorisant ainsi le développement d'un sens au travail ; par contre, une grande charge de travail pourrait empêcher l'infirmière de prendre soin du patient et de sentir que son travail n'a pas de sens. À la fin de cette étape huit catégories ont été retenues.

La codification théorique

La codification théorique représente le niveau le plus fin de codage. Elle suit la codification ciblée et permet de sélectionner les catégories majeures, celles qui intègrent le plus les données et d'identifier les relations entre elles. Cette étape va permettre au chercheur de donner une forme aux catégories ayant émergé du codage ciblé et « de raconter une histoire analytique cohérente et de la mobiliser dans une direction théorique» (Charmaz, 2006, p. 62).

Les catégories semblant suffisamment denses, exception faite pour le « sens au travail », une modélisation a été amorcée permettant d'identifier les relations entre les différentes catégories. Deux ébauches de modélisation ont été réalisées suite à des séances de discussion et d'échanges avec deux chercheuses libanaises familières avec cette méthode d'analyse ; la dernière ébauche a été ensuite validée par les directrices de recherche.

Afin de cerner la catégorie « sens au travail » et de parvenir à développer une idée plus claire de ce phénomène, il a été décidé de cibler les infirmières qui détiennent un diplôme d'étude de deuxième cycle. A cet effet, la collecte des données a été poursuivie auprès d'une infirmière détenant un Master en sciences infirmières. Le contact à cette étape a été fait de façon directe par l'intermédiaire d'un informateur. Une nouvelle version du guide d'entrevue a été adoptée comportant des questions ciblées et une liste de thèmes à couvrir (Appendice G). Trois infirmières répondant à ce critère ont été contactées par appel téléphonique et une d'entre elles a accepté de participer à l'étude. L'entrevue s'est déroulée en dehors des heures de travail dans une salle de repos à l'hôpital où elle exerce ; notons que cette participante, qui travaillait la nuit, a signalé en cours d'entrevue qu'elle exerce un second emploi le jour. La

transcription et l'analyse de cette entrevue ont été faites suivant la démarche adoptée pour toutes les autres. Les données recueillies sont venues se greffer sur les codes et les catégories déjà existants sans apporter de données nouvelles et ont permis d'étoffer la catégorie « sens au travail ». En concertation avec les directrices de l'étude, nous avons préféré poursuivre la collecte des données afin de confirmer la saturation des données. C'est ainsi qu'une nouvelle participante a été rencontrée ; étant en congé, l'entrevue a eu lieu dans la maison de la participante. La même procédure a été utilisée pour analyser cette dernière entrevue. La concordance des nouvelles données avec la théorie émergente a légitimé l'arrêt de la collecte des données. Ainsi, la saturation a été obtenue au bout de neuf entrevues. Cette saturation semble correspondre plutôt à une saturation dite « empirique » qui signifie que les nouvelles informations n'apportent plus de données différentes concernant le phénomène à l'étude (Pires, 1997). Quant à la saturation théorique, notion propre à la théorisation ancrée, elle signifie que les nouvelles données ne contribuent plus à mieux comprendre le phénomène, à enrichir les catégories ou à élargir la théorie émergente (Lapperrière, 1997). Toutefois, Strauss et Corbin (1998) considèrent que la saturation est une question de degré et que plus le chercheur examine, se familiarise et analyse les données plus il aurait la possibilité de faire émerger de nouveaux thèmes ; le nombre de ces derniers pourrait ainsi être illimité et risque de pas se traduire nécessairement par des informations plus pertinentes (O'Reilly & Parker, 2012 ; Strauss & Corbin, 1998). À cet effet, Strauss et Corbin (1998) recommandent au chercheur, d'arrêter la collecte des données lorsqu'il remarque que ces dernières n'apportent pas des notions importantes au modèle qu'il vient d'élaborer. Ce qui a été le cas dans le cadre de ce travail.

Lors de cette étape nous avons réexaminé les catégories identifiées et avons fait encore une fois un retour aux données collectées. Ainsi, Charmaz (2006) recommande au chercheur qui se sent « bloqué » de retourner aux données et de les recoder pour identifier d'éventuels nouveaux fils conducteurs. Les huit catégories qui ont fait partie de l'ébauche de modélisation ont été encore une fois comparées entre elles et avec les données ; certaines catégories ont été remaniées et les noms d'autres ont été modifiés. Par rapport à la catégorie « sens au travail », elle a été réexaminée à plusieurs reprises, les données décontextualisées ont été replacées dans leur contexte ; par la suite la décision était prise : classer ces verbatim en deux catégories, « sources de sens au travail » et « se retrouver ». Par ailleurs, une fois la modélisation réalisée, nous avons invité les participantes à une rencontre collective afin de leur présenter le fruit de notre analyse. Nous avons pu contacter par téléphone huit participantes, la neuvième n'a pas répondu à nos appels. Pour des contraintes de temps, nous avons pu joindre quatre participantes en deux rencontres qui ont eu lieu dans leurs milieux de travail respectifs : une infirmière dans la première rencontre et trois dans la deuxième. Lors de ces rencontres restitutions des données et de la présentation du modèle émergent, la catégorie « se retrouver » a été sujette à une discussion et, en fonction des réponses des participantes présentes, elle a été renommée « sens au travail ». À la fin de ce travail d'analyse, six catégories ont été retenues pour faire partie du modèle émergent enraciné dans les données qui propose une compréhension et une interprétation du processus de construction de sens au travail chez des infirmières libanaises.

Les critères de scientificité

Parmi les critères pouvant garantir la scientificité de l'étude, nous retenons ceux développés par Guba et Lincoln (1989) relatifs à la recherche qualitative. Ces critères sont : la crédibilité et la confirmation, la transférabilité et la fiabilité. Etant donné que ces critères semblaient plus explicites, la décision de les choisir aux dépens de ceux proposées par Charmaz (2006) a été prise.

La crédibilité de la recherche est assurée lorsque les participantes à l'étude se reconnaissent dans les résultats rapportés par le chercheur (Guba & Lincoln, 1989). En vue d'assurer ce critère, le chercheur est appelé à passer un temps suffisant sur le terrain, à observer les différents éléments de la situation afin de gagner une compréhension approfondie du phénomène à l'étude. À cet effet, le fait que la chercheuse soit une infirmière, qu'elle ait exercé pendant quelques années dans le secteur hospitalier au Liban et qu'elle ait entretenu un rapport constant avec certains hôpitaux en tant que tuteur de stage, lui confère une bonne connaissance et une meilleure compréhension du contexte du travail des infirmières. Cette situation répond, par ailleurs, aux recommandations de Blumer (1969) qui considère qu'il est important que le chercheur soit familier et reste proche du contexte de l'étude. Par ailleurs, le recours à l'enregistrement des entrevues et la transcription intégrale des verbatim constituent des moyens de garantir la crédibilité de la recherche.

La confirmation suppose que les données, les interprétations et les résultats proviennent du contexte et des participants et ne sont pas le produit de l'imagination du chercheur (Guba & Lincoln, 1989). Les données brutes de l'étude ainsi que nos interprétations ont été examinées

par les directrices de recherche en vue de les confirmer ; ce travail nous a permis de mettre à l'épreuve notre raisonnement et de valider la correspondance des codes et des catégories avec les verbatim des participantes. Lors des rencontres de validation, les participantes se sont retrouvées dans les données présentées et ont constamment noté que la synthèse présentée reflétait fidèlement leurs propos. C'est ce que Guba et Lincoln appellent un audit de confirmation (*confirmability audit*).

Par ailleurs, d'autres moyens ont été pris afin d'assurer à la fois la crédibilité et la confirmation des données. C'est ainsi que le travail de codage et de catégorisation de l'ensemble des unités de sens a été validé par trois collègues infirmières. De même, nous avons entrepris la validation de notre travail d'analyse et de modélisation auprès de deux chercheuses libanaises familières avec la méthode de la théorisation ancrée.

La transférabilité traduit la possibilité de transférer les résultats à d'autres situations similaires. Pour Guba et Lincoln (1989), la responsabilité de vérifier ce critère revient au *receveur* et non au chercheur ; le chercheur, quant à lui, peut favoriser la transférabilité, en fournissant une description dense et riche relative au contexte à l'étude et aux participantes (Creswell & Miller, 2000). Nous avons pris soin de présenter les données sociodémographiques des participantes. Nous avons veillé, tout en respectant l'anonymat des participantes, à ce que le rapport de recherche comporte une description détaillée et riche du processus de la recherche ainsi que de son contexte afin de fournir aux lecteurs toutes les informations leur permettant de s'appropriier les résultats et de les transférer éventuellement à leurs contextes.

La fiabilité concerne la stabilité des données à travers le temps (Guba & Lincoln, 1989). La description détaillée des différentes étapes du processus de la recherche et des décisions méthodologiques retenues par l'étudiante-chercheuse vise à répondre à ce critère. Ainsi, l'enregistrement des données et leur transcription intégrale par une personne qualifiée ont permis de ne pas manquer des données importantes. Le recours à une comparaison régulière entre l'enregistrement auditif et les notes transcrites constitue un autre moyen de contrôler la fiabilité des données transcrites. Par ailleurs, nous avons pris soin de conserver tous les documents et toutes les notes qui ont consigné ses réflexions et ses questionnements lors du processus d'analyse.

Les considérations éthiques

Un certificat d'éthique (Appendice H) a été obtenu auprès du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal ; suite au retard dans la période de collecte de données, un renouvellement du certificat d'éthique nous a été accordé (Appendice H). Afin de s'assurer que le consentement des participantes soit éclairé, une information écrite et claire explicitant les objectifs de l'étude, la description de l'étude, la nature et la durée de la participation, les éventuels avantages et inconvénients qui découlent de la recherche et ses buts, a été fournie aux participantes (Appendice E). Ces dernières ont pris le temps de lire ces informations avant de prendre une décision ; elles étaient ainsi au clair qu'elles pouvaient se retirer en tout temps jusqu'à la fin de l'étape de l'analyse, et ce, sans aucun préjudice et que leur participation était indépendante au regard de leur milieu de travail.

Les droits des participantes relatifs à la confidentialité ont été assurés et respectés : a) un nom fictif a été assigné à chaque participante ; b) les fiches qui comportaient les données sociodémographiques des participantes sont conservées sous clé dans au bureau de la chercheure pendant sept ans après la fin de l'étude et seront détruites par la suite ; c) le matériel (enregistrements, transcriptions, notes d'observation...) sera conservé et protégé pendant sept ans ; d) l'utilisation du matériel par la chercheure, la directrice et la codirectrice de la recherche, a été exclusive aux besoins de l'étude ; e) le rapport de recherche et les publications présenteront les résultats en veillant à éviter toute possibilité d'identifier les participantes à partir des extraits d'entrevues ou de toute autre combinaison d'information.

CHAPITRE IV
RÉSULTATS

Ce chapitre présente l'analyse des résultats de la collecte des données réalisées auprès de neuf infirmières libanaises exerçant la profession dans des hôpitaux du Mont-Liban. La première partie décrit le profil sociodémographique et professionnel des participantes¹⁰. La seconde partie présente les catégories ayant émergé de l'analyse descriptive des données. Finalement, une modélisation du processus de construction de sens au travail, vient clore ce chapitre.

Profil sociodémographique et professionnel des infirmières

L'échantillon de cette étude est composé de neuf infirmières exerçant la profession dans des hôpitaux de la région du Mont-Liban. Par rapport à leur profil sociodémographique, l'échantillon est formé de huit femmes et d'un seul homme. La majorité d'entre elles appartiennent à la tranche d'âge 20 à 30 ans et deux sont âgées de 31 ans à 40 ans. Six participantes sont célibataires et trois sont mariées. Quatre d'entre elles ont un Master en sciences infirmières, quatre autres ont un diplôme technique et une seule détient une licence en sciences infirmières.

Quant à leur profil professionnel, ces infirmières exercent la profession dans trois hôpitaux urbains et un hôpital rural. Parmi ces hôpitaux, un seul appartient au secteur public et trois appartiennent au secteur privé, dont deux sont à but non lucratif et un seul à but lucratif. La capacité de ces hôpitaux en nombre de lits est également variable ; elle est de 35 lits pour l'hôpital urbain public, de 100 lits pour l'hôpital privé rural, de 150 lits pour l'hôpital

¹⁰Pour alléger le texte le terme « participante » inclut le participant

privé urbain et de 250 lits pour le dernier hôpital privé et urbain. La majorité des participantes occupent des postes d'infirmières dans des services spécialisés principalement aux soins intensifs et une seule exerce dans une unité de chirurgie générale. Leurs années d'expérience dans la profession varient entre 3 et 18 ans, leurs années de pratique dans leur lieu d'exercice actuel se situent entre 2 et 10 ans et leurs années d'exercice dans leur poste actuel sont de 2 à 10 ans.

Le tableau 1 présente le profil sociodémographique et professionnel des neuf infirmières ayant participé à cette étude.

Tableau 1 :

Profil sociodémographique et professionnel des participantes

Code entrevue	Nom ficif	Genre	Tranche d'âge	Etat civil	Plus haut diplôme obtenu	Type	Lieu d'exercice	Nb de Hts	Unité	Années d'expérience dans...		
										Profession	Institution	Unité
1	Maya	F	20 - 30	Mariée	B.S.	Rural - Privé - Non lucratif	100	Pédiatrie	5	5	5	
2	Rana	F	20 - 30	Célibataire	T.S.	Rural - Privé - Non lucratif	100	Unité coronaire	10	10	10	
3	Sami	M	20 - 30	Célibataire	T.S.	Rural - Privé- Non lucratif	100	Soins intensifs	3	3	3	
4	Lara	F	20 - 30	Mariée	T.S	Urbain - Privé - Lucratif	150	Hôpital de jour / Oncologie	5	3	2	
5	Lina	F	31 - 40	Célibataire	T.S.	Urbain - Privé - Lucratif	150	Orthopédie	18	3	3	
6	Nina	F	20 - 30	Célibataire	Master	Urbain - Privé - Lucratif	150	Soins intensifs	7	2	2	
7	Rola	F	20 - 30	Célibataire	Master	Urbain - Privé - Lucratif	150	Chirurgie	6	3	3	
8	Sola	F	20 - 30	Mariée	Master	Urbain - Public	35	Soins intensifs	11	5	5	
9	Dima	F	31 - 40	Célibataire	Master	Urbain - Privé - Non lucratif	250	Soins intensifs	9	9	9	

Analyse descriptive des données

Cette partie du chapitre présente les résultats de l'analyse descriptive des données recueillies. Ces résultats ont été obtenus en respectant les étapes de la méthode de la théorisation ancrée telles que recommandées par Charmaz (2006). Ainsi, les deux étapes de codification initiale et ciblée, décrites dans le chapitre précédent, ont permis d'identifier six catégories, soit : choix de la profession infirmière, premiers pas dans le concret du travail, contexte de travail, gérer les contraintes, sources de sens au travail et sens au travail. Ces catégories sont exposées ci-après et illustrées par quelques extraits de verbatim des participantes. Avant d'exposer les catégories émergentes il est utile de préciser que dans leurs verbatim, les participantes réfèrent au travail, à l'infirmière et à la profession de façon interchangeable.

Choix de la profession infirmière

Cette catégorie réfère aux motifs qui ont incité les participantes à devenir infirmière. Ces motifs sont explicités ci-après.

La majorité des participantes ont signalé que leur choix de la profession infirmière a été principalement influencé par l'amour de la profession infirmière et du travail infirmier. En effet, pour Lara : « *c'est quelque chose que j'aime, ma profession, j'ai choisi cette profession !* (Lara, L.10)¹¹. Quant à Sola, elle considère que son travail : « *c'est toute ma vie.*

¹¹Les extraits d'entrevues utilisés dans ce chapitre seront identifiés comme suit : le prénom réfère au prénom fictif assigné à la participante ; les deux chiffres indiquent les numéros de lignes du début et de la fin de la citation. Les entrevues ont été réalisées en arabe et traduites en français, les mots exprimés par les participantes en français ou en anglais sont mis en italiques et en gras.

*J'ai fait cette formation parce que j'aime travailler en tant qu'**infirmière** » (Sola, L. 2). Cette même idée se retrouve également chez Maya qui déclare : « ... j'aimais beaucoup travailler en tant qu'**infirmière**. J'aimais donner au patient... » (Maya, L. 7).*

L'amour de la profession qui a poussé ces participantes à choisir la profession infirmière fait défaut chez Sami et Rola. En effet, Sami a fait son choix sur la base des critères suivants : étant un jeune homme, il cherchait une profession lui garantissant un emploi et un revenu. La disponibilité de débouchés de travail et la présence d'un institut de formation d'infirmière dans son village l'ont encouragé à devenir infirmier :

Lorsque j'ai débuté dans ce domaine je ne l'ai pas fait par amour de la profession infirmière, je suis un jeune homme qui doit penser à son avenir et comme le travail est assuré dans ce domaine et qu'il y a un institut [de formation]¹² tout près... je me suis dit « je vais essayer... c'est une affaire de 3 ans et le travail est assuré » (Sami, L. 11-18).

Pour sa part, Rola avance divers motifs pouvant justifier le choix d'une profession : « *la personne choisit la profession qu'elle aime ou peut-être la profession la plus **courante**, là où il y a le plus de **manques** et le plus de débouchés de travail* » (Rola, L. 3-4), pour ensuite déclarer le motif de son propre choix : « ... moi, j'ai choisi une **profession** qui ne faisait pas vraiment sens pour moi, pour laquelle je n'éprouvais pas une vocation, je l'ai choisie comme ça ! Je suis endurante, j'ai de la **patience**, voilà ! » (Rola, L. 228-229). À part l'amour de la profession et la disponibilité des débouchés de travail, les propos de Rola identifient trois

¹²Les crochets sont utilisés pour ajouter des mots afin de faciliter la compréhension des verbatim ou pour traduire en français les termes exprimés en anglais par les participantes.

sources de choix. La première se rapporte au choix d'une profession qui a du sens pour la personne et qui lui convient. La deuxième, celle qui conçoit la profession infirmière en tant que vocation, considère le choix professionnel comme une inclination, un appel qui pousse l'individu à s'y engager. Quant à la troisième source de choix, elle reflète l'idée d'une profession qu'on peut qualifier de difficile étant donné qu'elle fait appel à l'endurance et à la patience de la part de la personne qui la choisit ; ainsi, il est possible de conclure que cette participante qui semble chercher tout simplement un emploi, paraît quand même assez motivée pour s'engager dans une profession pareille.

En somme, il ressort de ces extraits que le choix de la profession de la majorité des participantes ait été déterminé principalement par un facteur personnel, l'amour de la profession. Par ailleurs, il est possible de conclure que la disponibilité des débouchés de travail se présente en tant que facteur environnemental qui est venu renforcer la décision de ces infirmières de s'engager dans cette voie. Finalement, les propos des participantes reflètent le caractère volontaire et délibéré de ce choix étant donné qu'elles n'ont pas évoqué une éventuelle influence de la part de leurs parents ou leurs amis.

Premiers pas dans le concret du travail

Cette catégorie décrit les ressentis des infirmières lorsqu'elles ont débuté l'exercice de la profession et ont établi leur premier contact avec le contexte de travail. Elle se décline en deux temps. Le premier temps, image initiale du travail, réfère à l'idée, aux attitudes et aux attentes que les participantes avaient au départ du travail de l'infirmière. Le deuxième temps décrit

leur vécu qui a découlé de leurs premières interactions avec le travail infirmier dans son contexte.

Image initiale du travail

Selon les participantes, les images qu'elles avaient au début relativement au travail infirmier n'étaient pas claires. Toutes ont soulevé le fait qu'elles ne connaissaient pas exactement en quoi consistaient la profession ou le travail infirmier ; selon elles, les activités de l'infirmière se résumaient à soigner le patient, à s'occuper de lui, à l'aider à surmonter ses difficultés et à recouvrer sa santé. Les propos évoqués par Dima et par Sola illustrent bien cette réalité :

Au début, franchement je ne savais pas en quoi consistait le *poste d'infirmière, vraiment !* Je pensais qu'une *infirmière* c'était quelqu'un qui aide (Sola, L. 73-74).

Au début, je pensais que notre travail c'était faire les soins aux patients, s'occuper d'eux... aider le patient durant une *période* déterminée de temps en attendant que son état s'améliore et qu'il devienne, tout seul, capable et indépendant (Dima, L. 393-395).

Ces deux extraits reflètent une image-type de l'infirmière qui se résume à soigner et aider le patient et qui se base sur des informations plutôt restreintes. Ils permettent également de noter que ces infirmières ont commencé à prendre conscience du décalage existant entre l'image qu'elles avaient au début du travail infirmier et ce qu'elles sont en train d'expérimenter suite à leur contact avec le contexte de leur travail.

Vécu au travail

Les participantes qui se sentaient animées par le désir de soigner les patients et de les aider à se rétablir se sont retrouvées face à un contexte de travail auquel elles ne s'attendaient pas. Le terme « choc » illustre bien le vécu de ces infirmières ; en effet, les extraits suivants rendent compte des contraintes et des difficultés éprouvées par les participantes dans le cadre de leur travail :

Ce fut choquant : on est surchargé, on est contraint. Par exemple, je pensais que personne ne toucherait à mes jours de congé... or non, on a des contraintes ! (Maya, L. 924-926).

Personnellement... je ne m'attendais pas à ce qui m'est arrivée, je ne m'attendais pas à avoir des problèmes, à supporter des choses, le *stress*, tout ce qui m'arrive, pas du tout ! Je n'ai pas pensé à ça ! (Rana, L. 275-278).

Ces propos reflètent le malaise ressenti par ces infirmières lorsqu'elles ont commencé l'exercice de leur profession. Le décalage noté entre l'image du début et leur réalité au travail a entraîné, chez ces infirmières, des tensions et des problèmes auxquels elles ne s'attendaient pas. Ainsi, les participantes se trouvent confrontées à des nouvelles règles et pratiques qui semblent en désaccord avec leur représentation du travail et du contexte.

L'état grave de certains patients et le contact des infirmières avec la souffrance et la mort représentent également d'autres situations ayant été évoquées par certaines participantes et qui ont joué un rôle dans l'évolution de leurs ressentis ; notons Lara qui côtoie des patients cancéreux et qui a été obligée de remettre en question la vision de « *la vie en rose* » qu'elle avait au départ :

Je n'ai jamais pensé que cette *profession* va affecter autant ma vie privée. Lorsque tu viens là et tu vois des patients qui meurent, des jeunes de 18 ans avec des

métastases et des douleurs, des familles épuisées. Lorsque tu vois le patient de tous les côtés, du côté économique, du côté santé, du côté psychologique, tous ces côtés ! Tu ne peux pas partir à la maison en oubliant tout ça ! Le *nursing* laisse toujours des traces sur toi, tu regarderas la vie autrement, tu ne verras plus *la vie en rose* [elle rit, les larmes aux yeux] ... tu commences à faire autant que possible un *détachement* (Lara, L. 72-80).

Les propos exprimés par cette participante soulignent l'influence pouvant être exercée par la profession infirmière et le travail sur la vie et le ressenti de l'infirmière ; ce travail semble toucher l'infirmière au plus profond de son être, l'obligeant à remettre en question sa représentation d'une vie paisible et heureuse et à adopter une attitude de détachement pour se séparer et se protéger de l'idée de la souffrance et de la mort.

En somme, les expressions formulées par les participantes suite aux contacts avec le contexte de travail traduisent une confrontation entre l'image qu'elles avaient de la profession et leur réalité au travail. Cette confrontation et le décalage noté semblent expliquer l'étonnement, voire le choc qu'elles ont éprouvé suite à leur entrée dans le monde du travail. L'exercice professionnel et les interactions avec les différents éléments du contexte ont élargi leur champ informationnel relatif au travail infirmier ; l'image qui en résulte reflète ainsi les interprétations de ces infirmières d'une réalité au travail déterminée par le contexte. Ces participantes commencent ainsi à mettre en doute leur capacité à atteindre l'objectif qui les a poussées à s'engager dans la profession : de s'occuper et de soigner les patients ; dans de telles situations il est possible de se demander si ces participantes arriveront un jour à remettre en question leur choix professionnel et à considérer une éventuelle réorientation professionnelle.

Contexte de travail

Cette catégorie réfère aux divers éléments évoqués par les participantes en lien avec le contexte de travail et qui sont au nombre de six : la charge de travail, le salaire, les opportunités de développement personnel, les opportunités d'avancement professionnel, le comportement des supérieurs et l'image publique de l'infirmière ; ils sont présentés ci-après.

Charge de travail

La charge de travail constitue un élément qui caractérise le contexte et qui a été très souvent évoqué par toutes les participantes. Cette charge est décrite comme excessive tant par le nombre de patients à prendre en charge que par la complexité des soins à réaliser. Ainsi, selon certaines infirmières, la grande charge de travail provient d'un ratio infirmière / patients jugé élevé ; pour d'autres, c'est la situation critique des patients et la lourdeur des soins à leur dispenser qui font augmenter cette charge. Ces deux situations illustrent, selon les participantes, des contextes de travail qui souffrent d'un effectif réduit du personnel infirmier. Afin d'arriver à bien soigner les patients et à assumer leurs responsabilités, l'ensemble des participantes se sentent obligées de faire des heures supplémentaires, ce qui contribue à majorer une charge de travail déjà grande. Ajoutons que les participantes signalent que la rémunération des heures supplémentaires ne respecte pas les dispositions du code du travail libanais¹³.

En plus de la charge physique qui découle de l'état critique des patients nécessitant des soins lourds, une charge psychique vient peser sur ces infirmières. C'est ainsi que Lara par

¹³L'article 33 du code de travail au Liban stipule que le salaire des heures supplémentaires fournies par le salarié doit être majoré de 50 pour cent sur le taux des heures ordinaires (Ministère du travail au Liban, 2014)

exemple, qui s'occupe de patients en fin de vie, se retrouve constamment face à la souffrance et à la mort : « ... *le médecin vient pour quelques temps et prescrit le médicament ... mais c'est nous qui donnons ce médicament, qui vivons avec les nausées et les vomissements, avec la fin de vie...* » (Lara, L. 57-60). Cette participante semble avoir de la difficulté à prendre en charge des patients en fin de vie et à accepter la notion de la souffrance et de la mort comme faisant partie intégrante de son travail. Rappelons également que cette participante a déjà exprimé l'influence de la profession sur l'infirmière, ladite profession affecte son ressenti et l'empêche de voir la vie en rose.

Lara ajoute, par ailleurs, que la situation des patients la poursuit jusqu'à sa maison ; c'est ainsi qu'après avoir quitté son travail, elle continue à se préoccuper des patients, à se demander si elle a réussi à tout faire et à s'inquiéter des conséquences de ses actions et de ses décisions.

Quant à Dima qui travaille dans une unité de soins intensifs, elle soulève d'autres types de problèmes :

... par exemple lorsque tu prends à charge des patients aux *soins intensifs* [tu te demandes est-ce] de *l'acharnement thérapeutique* ou des *soins palliatifs* ... *Ok, ce n'est pas à nous de décider mais on se trouve face à de telles situations, on y pense et on se demande : est-ce qu'on est face à l'un ou à l'autre ? Et nous sommes affectés indirectement* (Dima, L. 341-352).

Les propos de Dima dénotent ses soucis et sa préoccupation ; en effet, dans des situations où les limites entre l'acharnement thérapeutique et les soins palliatifs semblent être difficiles à distinguer, cette infirmière éprouve de la peine à faire face à l'ambiguïté et à l'incertitude qui en découlent. Les ordres médicaux qu'elle reçoit ne s'accordent pas avec sa représentation du

travail infirmier. Le décalage entre ce qu'elle fait et ce qu'elle pense devoir faire entraîne chez elle des conflits et des tensions difficiles à supporter.

L'ampleur du travail administratif évoquée par certaines participantes les empêche parfois de prendre soin du patient. La charge administrative semble occuper une grande part du travail de l'infirmière de telle sorte qu'elle parvient à peine à donner au patient les soins nécessaires et à temps :

Il [travail administratif] prend de mon temps et me fait sentir que mon travail n'est pas correct... s'il y avait quelqu'un qui s'occupe de tout ce qui est papiers *administratifs* et moi, je prendrai sa tension artérielle à temps, je répondrai à ses appels, rapidement ! (Lara, L. 297-300).

Ces propos reflètent la préoccupation des infirmières quant au temps passé dans la réalisation des activités d'ordre administratif ; en effet, l'absence d'un poste de secrétaire médicale telle que notée par une participante pouvant accomplir de telles activités et les nombreuses fiches introduites par les démarches d'accréditation et de certification expliquent cette charge. L'infirmière se trouve ainsi obligée d'accorder du temps à ce type de travail aux dépens des soins infirmiers. Le travail administratif, placé par l'infirmière à un niveau d'importance moindre par rapport aux autres aspects de son travail, semble en fait occuper une grande part de son temps ; l'infirmière semble ainsi vivre une tension et des conflits découlant du décalage entre ce qu'elle fait et ce qu'elle considère important à faire.

Une majoration de la charge de travail peut également se produire lorsque certaines infirmières se voient contraintes d'accomplir des activités qui ne rejoignent pas leur profil de poste. C'est le cas de Lina qui travaille dans un service d'orthopédie et qui est appelée, à

certaines occasions, à réaliser le travail des aides-soignantes ; c'est également le cas de Sola qui travaille aux soins intensifs et qui, selon elle, remplit parfois en plus de son travail certaines fonctions relevant du corps médical : « *le trois quart du travail des **résidents** et des **internes** de **whatever** tombe sur toi, et si tu es compétente tu fais parfois le travail des **médecins*** » (Sola, L. 28-30). A part la charge additionnelle dans le travail qui se dégage de cet extrait, il est aussi légitime de s'interroger sur un possible conflit de rôle qui risque de se manifester lorsqu'une infirmière réalise des activités qui ne s'accordent pas avec son profil de poste représentant ainsi une éventuelle source de tensions.

Par ailleurs, ces participantes évoquent dans leurs propos les retentissements divers de la charge excessive de travail qui affectent la performance de l'infirmière au travail et la qualité des soins. En effet, une infirmière contrainte de travailler 12 heures d'affilée va avoir de la peine à rester dynamique et à manifester le même élan ; au bout de quelques heures, elle va se sentir exténuée et : « *... son énergie va nécessairement baisser* » (Lina, L. 27). Devant les nombreuses tâches et activités à faire, cette infirmière est poussée à prioriser ses actions et à négliger certains soins aux dépens d'autres ; elle aura ainsi l'impression de manquer à ses obligations étant donné qu'elle n'a pas réussi à offrir au patient une prise en charge holistique : « *... tu te sens gênée parce que tu n'as pas fait du **patient care**, tu as juste donné le médicament et tu as écrit au dossier et à peine tu as réussi à le faire !* » (Lara, L. 170-172). La surcharge de travail risque également de porter atteinte à la qualité des soins : « [la charge de travail] *affecte ton travail, je peux ne pas respecter toutes les étapes de désinfection de la peau avant d'installer une perfusion parce j'ai beaucoup de choses à faire... ça influence la **qualité du travail**.* » (Maya, L. 833-835). Enfin, ce qui vient aggraver la situation est le fait que

l'infirmière surchargée ne se rend même pas compte de son comportement et des erreurs qu'elle commet et risque de ne pas avoir conscience de ses manquements ou erreurs : « *lorsque tu as trop de choses à faire, tu ne vas pas bien t'occuper de lui [patient], en donnant le médicament il se peut que tu te trompes de patient, sans même le savoir, n'est-ce pas ?* » (Lara, L. 175-176). Cette idée s'oppose également à la raison d'être de l'infirmière qui consiste à faire du bien au patient : la situation qui vient d'être évoquée entraîne des conséquences qui se situent à l'encontre de ce que les infirmières sont supposées faire.

Les conséquences de la charge excessive de travail, telles que signalées par les participantes, touchent aussi leur santé physique et psychique. En effet, certaines infirmières se disent fatiguées et stressées et ont de la difficulté à bien soigner les patients. Ainsi, Dima se dit « *obligée de faire un double effort pour rester dans mon état habituel, le patient n'est pas censé être soigné par une personne maussade, au contraire, il ne doit pas me voir avec une mine grincheuse parce que j'ai mal [au dos]...* » (Dima, 158-161). Quant à Rana, la fatigue et le stress semblent l'amener à : « *... rechercher une autre profession, quelque chose de plus reposant... la charge de travail a beaucoup augmenté... il y a des jours où je pense que ça y est ! Il faut que je quitte le travail pour me reposer* (Rana, L. 114-119). À part les problèmes touchant la performance de l'infirmière au travail, leurs propos mettent en évidence d'autres conséquences de la charge excessive de travail ; ce n'est plus simplement une question de repos physique et psychique à assurer à l'infirmière mais plutôt une question mettant en jeu sa capacité à continuer à fournir des soins de qualité, à occuper son poste et à exercer sa profession.

En somme, il apparaît que toutes les participantes, indépendamment de leurs années d'expérience ou de leurs lieux d'exercice, considèrent la surcharge de travail comme un problème qui les empêche de soigner et de s'occuper des patients de la façon qu'elles jugent convenable. La surcharge de travail se présente ainsi en tant qu'un obstacle entravant la raison d'être de la profession et empêchant ces participantes d'atteindre leur objectif : de soigner et de s'occuper des patients. Par ailleurs, les propos exprimés par les participantes laissent entendre l'intérêt qu'elles portent à une prise en charge holistique des patients. Finalement, même lorsque ces participantes évoquent la fatigue et le stress, elles le font en référence à leurs conséquences, non pas sur leur propre santé et leur bien-être, mais plutôt en fonction de leur influence sur leur capacité à dispenser des soins de qualité ; ainsi, la santé et le bien-être du patient restent leur priorité, alors que la santé et le bien-être des infirmières semblent plutôt relégués par elles à un niveau de moindre importance.

Salaire

Le salaire est le second élément se rapportant au contexte de travail et qui a été évoqué par toutes les participantes. Quant à son importance, elle a été estimée différemment en fonction des infirmières. Certaines participantes qualifient leur salaire d'« *acceptable* » tout en soulignant qu'il n'est pas proportionnel à la fatigue de l'infirmière et qu'il ne tient pas compte de la charge de travail ni de l'effort fourni : « ... *on ne touche pas autant qu'on travaille, pas autant qu'on se fatigue c.-à-d. que l'infirmière donne plus et touche moins qu'il faut* » (Maya, L. 695-696). De tels propos semblent évoquer une autre source de tensions, celles qui surviennent lorsqu'une personne ressent que ses efforts ne sont pas équitablement récompensés.

D'autres participantes considèrent que leur salaire est « *insuffisant* » (Dima, L. 284) parce qu'il n'arrive pas à couvrir leurs besoins. Notons par ailleurs que, si le salaire perçu ne satisfait pas les besoins des participantes, il ne constitue pas à lui seul une raison qui les pousse à quitter le travail ou à changer de profession. En effet, la majorité des participantes semblent prêtes à continuer à travailler indépendamment de la rémunération reçue. Il n'empêche qu'il y a d'autres infirmières qui manifestent leur désir de quitter le travail ou bien de changer d'emploi si on leur offre un meilleur salaire ; en effet, Lina qui a choisi la profession infirmière par amour du travail infirmier déclare : « *...si je gagne au **loto** [loterie nationale] ou si je trouve un autre emploi avec un meilleur salaire, je quitterai mon travail. J'ai un problème d'argent sinon je ne continue pas à travailler* » (Lina, L. 247-250). Quant à Sami, qui a basé son choix professionnel sur la présence d'un institut de formation tout près de sa maison et la certitude d'avoir un travail, il continue à exercer sa profession juste le temps de trouver un emploi à l'étranger, ce qui va lui permettre d'amasser de l'argent et de construire son avenir. Les propos de Sami reflètent la situation du pays qui souffre depuis de nombreuses années de situation de crise économique poussant les professionnels qui se considèrent mal payés à quitter le pays à la recherche d'un meilleur avenir.

En somme, le salaire constitue une particularité de toute occupation ou emploi et chaque professionnel s'attend à recevoir une rémunération pour ses activités ou son effort fourni. Par ailleurs, il est possible de noter que l'importance accordée par les participantes au salaire n'est pas en lien avec l'amour de la profession qui a motivé le choix professionnel. En effet, toutes les infirmières, même celles qui ont basé leur choix sur l'amour de la profession, s'attendent à

ce que le salaire reçu en contrepartie du travail rendu soit suffisant pour qu'elles arrivent à subvenir à leurs besoins et soit équitable compte tenu de l'effort fourni.

Opportunités de développement professionnel

Les expressions des participantes relativement aux opportunités de développement professionnel traduisent l'importance pour elles de travailler dans un contexte qui leur offre la possibilité d'accroître leur savoir théorique et pratique et de développer leur expérience. Ainsi, pour ces infirmières, les procédures d'accréditation¹⁴ et de certification¹⁵ entreprises par les différents lieux de travail constituent un terrain favorable à un tel développement. Les infirmières appelées à participer à la préparation et à la mise en place des procédures et des protocoles basés sur les données probantes vont accroître leur expertise à ce sujet ; elles vont avoir également la possibilité de développer leurs compétences et leurs capacités professionnelles et d'enrichir par le fait même leur *Curriculum vitae*. En dehors des démarches d'accréditation et de certification, de telles possibilités peuvent se présenter à chaque fois que le besoin des infirmières d'introduire un changement dans la pratique se fait sentir. À cet effet, Dima déplore, dans son lieu d'exercice, l'absence d'un comité de recherche qui pourrait, selon elle, favoriser l'émergence d'une culture de recherche permettant aux infirmières d'initier une pratique basée sur des données probantes. Enfin pour Lina, qui capitalise à son compte 18 ans d'exercice professionnel, le développement professionnel de l'infirmière peut également se produire grâce à la mise en place d'un système de formation continue lui permettant « ...d'apprendre des nouveautés, une nouvelle **technique**, un nouveau **traitement**...

¹⁴Démarche d'évaluation obligatoire pour tous les hôpitaux privés supervisée par le ministère de la santé libanais

¹⁵Démarche d'évaluation optionnelle supervisée par des organismes privés.

[L'infirmière] *acquiert ainsi de l'expertise et devient compétente...* » (Lina, L. 115-117) ; la formation continue va également donner à l'infirmière la possibilité : « *d'évoluer et de ne pas se sentir limitée, parce que c'est une profession où il y a de la **routine** si tu te décides de ne pas bouger* » (Lina, L. 9-11).

Ainsi, il est possible de conclure que les participantes, qui ont suivi une formation infirmière avant d'entreprendre l'exercice de la profession, soient enclines à continuer le développement de leurs connaissances et de leurs compétences en cours d'emploi. Rester à l'affût des éventuelles nouveautés semble être aussi un moyen permettant à ces infirmières d'éviter la routine et la monotonie des activités quotidiennes et de combattre l'ennui. Il est également permis de considérer que le développement du savoir et l'augmentation des connaissances constituent pour ces participantes un objectif à poursuivre tout au long de la vie professionnelle.

Opportunités d'avancement professionnel

Les opportunités d'avancement professionnel constituent pour ces participantes un autre élément qui caractérise le contexte de travail ; leurs expressions laissent entendre qu'il revient à ce contexte de mettre à la disposition des infirmières des postes de responsabilité qui répondent à leurs attentes. Selon la majorité des participantes, leurs lieux d'exercice ne semblent pas répondre à cette condition, de telles opportunités sont absentes ou du moins limitées. Ajoutons que les infirmières qui ont évoqué cet aspect présentent un profil sociodémographique varié. La majorité d'entre elles sont celles qui possèdent un Master en sciences infirmières ; ces personnes se disent capables d'assumer les responsabilités qui

découlent d'un poste plus élevé. « *Que l'hôpital me donne un poste de responsabilité et qu'il voit ce que je peux faire !* » (L. 331) déclare Nina qui croit posséder les compétences et les capacités requises. Ces propos traduisent chez la participante un niveau élevé de confiance de soi de telle sorte qu'elle se sente prête à relever le défi qui découle de l'exercice d'un poste de cadre ; il semble que le Master en sciences infirmières et les sept ans d'expérience professionnelle aient favorisé le développement d'une telle confiance. En ce qui concerne les autres participantes, nous retrouvons Lina qui n'a pas suivi une formation de second cycle mais qui a déjà développé une expérience notable suite à 18 ans de pratique professionnelle et qui pense avoir le droit de réclamer le poste de surveillante, par exemple. Quant à Sami, il cultive l'ambition d'occuper un jour un poste de responsabilité, animé par le besoin de « *penser à son avenir* » et par la nécessité de « *poser les fondements de sa vie* » (Sami, L. 164) ; ses propos laissent entendre que le poste est convoité dans la mesure où il s'accompagne d'une rémunération plus importante que celle qu'il reçoit présentement en occupant la fonction d'infirmier.

Ajoutons également que ces infirmières qui se sont engagées dans l'exercice de leur profession semblent manifester le désir de le poursuivre pendant des années, d'avancer dans la hiérarchie et de développer une carrière. Cette situation s'est retrouvée aussi bien chez les infirmières qui ont suivi une formation de deuxième cycle que chez celles qui ont développé une expérience professionnelle basée sur de nombreuses années d'exercice professionnel. Notons finalement que l'absence d'opportunités d'avancement tel que soulevé par ces infirmières semble ajouter aux situations de tensions déjà évoquées :

... avec ces *postes vacants*, on ne t'offre rien et on engage des personnes de l'extérieur [de l'hôpital], tu vas penser que d'ici 10 ou 15 ans, je vais occuper la

même position ! Cette idée seule entraîne une *démotivation*, c'est que je travaille et puis après ? (Rola, L. 175-177).

Ne pas bénéficier d'un poste qui s'accorde avec ses compétences et ses attentes constitue pour ces participantes une source de frustration pouvant majorer ainsi les tensions ressenties.

L'absence de telles opportunités pousse les infirmières à remettre en question leur emploi et même leur profession ; c'est ainsi que Sami déplore l'absence de toute possibilité d'avancer dans son travail : « ... *pour combien de temps vais-je continuer à travailler en tant qu'infirmier ?... C'est ce qui me pousse ... à quitter ce **domaine** et à chercher autre chose* » (Sami, L. 30-31). La même situation se présente chez Lara qui se sent découragée face à la difficulté de développer sa carrière : « *Lorsque tu arrives à un point où tu sens que tu ne vas pas avancer... Tu te dis : dois-je rester une **infirmière** toute ma vie ? C'est tout ? Tu penses quitter, changer de domaine...* » (Lara, L. 247-248). Les propos de ces participantes reflètent leur déception face à l'absence d'une éventuelle promotion professionnelle. Devant un avenir plutôt limité, l'infirmière manifestera nécessairement une démotivation étant donné que son travail ne lui permet pas de satisfaire son ambition d'avancement dans la carrière ; elle serait ainsi encline à remettre en question son choix professionnel, ce qui pourra se traduire éventuellement par une rotation, une migration ou une réorientation professionnelle.

Notons que Sami et Lara détiennent tous les deux un diplôme technique supérieur ; le fait qu'ils soient les seuls à évoquer ce problème s'explique par la décision mise en vigueur dans la majorité des hôpitaux, dont ceux où exercent ces deux participantes, suivant laquelle l'infirmière doit avoir au moins une licence, si ce n'est un Master, pour occuper un poste d'infirmière-chef ou de surveillante. L'absence d'une législation nationale à ce sujet fait que

de telles décisions restent arbitraires et peuvent changer en fonction des hôpitaux. Quant aux autres participantes, il semble qu'elles se considèrent pour le moment en période d'attente et gardent quand même l'espoir de réussir un jour un tel avancement.

Comportement des supérieurs

Dans le cadre de son travail, l'infirmière entre en relations avec différents acteurs, principalement la direction de l'institution et les supérieurs hiérarchiques. En fonction des données recueillies il semble que la qualité de relations des participantes avec leurs supérieurs ne soit pas optimale. En effet, toutes les participantes déplorent le comportement de la direction à leur égard et évoquent diverses situations traduisant une attitude marquée par du favoritisme et de l'incompréhension de la part de la direction. À titre d'exemple, citons Lara qui prétend que la direction de l'hôpital a refusé de lui donner un congé non payé pour s'occuper de son bébé : « *tu sais ce qu'on prend en **maternity leave** [congé de maternité] ? 49 jours ! ... Je leur [direction] ai demandé deux mois de congé sans solde, on ne me les a pas accordé !* » (Lara, L. 239-241) et Nina, qui n'a pas eu le poste qu'elle pense mériter, tel poste ayant été octroyé à une personne « *pistonnée* » ; quant à Sola, la direction de l'hôpital appartenant au secteur public dans lequel elle travaille a refusé de la libérer les jours de la formation, privilège accordé aux infirmières qui exercent dans d'autres hôpitaux appartenant au même secteur. Terminons par les propos de Maya qui témoigne une certaine déception face à l'attitude inéquitable de la direction : « *... disons une personne qui accomplit son travail et personne ne la remarque et une autre qui, pour la moindre des choses, **oh lala !** Son travail est très apprécié...* » (Maya, L. 228-229).

En plus, la majorité des participantes ont insisté sur la nécessité et l'importance d'avoir une direction qui leur accorde des droits, tels droits ont été énoncés par Rola comme suit :

Elle [infirmière] doit prendre ses droits, c'est le plus important, le *congé annuel*, *des holidays*, un bon *basic salary*, de bons [frais] de *transport*, un *bonus*... un *13^{ème} mois* ... le droit à l'erreur, disons habituellement tu te donnes à fond et un jour tu as oublié d'écrire des *notes* sur un dossier, qu'on n'en fasse pas toute une histoire ! Tu as droit à un *sick leave* [arrêt maladie] tu es malade et on te fait venir au travail, tu as *39-40 de fièvre* et on ne te donne pas un *sick leave*. Dans certains hôpitaux, on considère que le nombre de *sick leave* à accorder au *nursing* [personnel infirmier] ne doit pas dépasser par exemple 7 [arrêts maladie] par année, on ne les contrôle pas et on ne vérifie pas si telle personne se dit malade parce qu'elle souhaite prendre un jour de congé ; ainsi la personne qui en a le plus besoin peut ne pas en bénéficier (Rola, L. 278-291).

Quant à Lara, elle déplore la conduite d'une surveillante qui l'a empêchée de tirer son lait et de le garder pour son bébé ce qui l'a poussée à changer d'unité ; selon cette participante, un tel comportement constitue un « *abus psychologique* » qu'il convient de ne pas tolérer ou accepter.

En fonction des propos exprimés par ces participantes, il est possible de conclure que la direction ne se comporte pas de façon juste et équitable envers l'ensemble des soignants et ne répond pas aux attentes et aux souhaits des participantes. Ces dernières se sentent frustrées et lésées étant donné que leurs directeurs ne prennent pas en compte leur situation familiale et manifestent un comportement discriminatoire envers l'une ou l'autre. Cependant, il est utile de noter que le nombre d'infirmières qui souhaitent développer leur carrière et avancer sur le plan professionnel est élevé et que les postes de responsabilité disponibles sont en fait réduits ; répondre aux attentes de ces infirmières semble être une entreprise difficile à réaliser. Ajoutons que les sentiments de compétition et de rivalité, qui peuvent des fois se retrouver

dans le cadre des équipes de travail, risquent d'accentuer l'impression de discrimination ressentie par ces participantes.

Image publique de l'infirmière

Cette catégorie se présente en tant qu'un élément qui découle des interactions des infirmières dans le cadre du contexte de travail ; elle décrit l'image publique de l'infirmière telle que perçue par les participantes. Selon la majorité des participantes, l'infirmière reste mal connue et non reconnue par la société : « *Les gens ne comprennent pas ce qu'est une infirmière, ils pensent que typiquement l'infirmière donne des médicaments, fait des injections et tout ce que le médecin lui demande de faire !* » (Rola, 27). Ces propos soulèvent l'importance de connaître l'infirmière et de connaître ce qu'elle fait afin de la reconnaître. Ils décrivent, d'autre part, une société qui n'est pas consciente du savoir de l'infirmière ni de ses capacités et de ses compétences ; l'infirmière apparaît ainsi en tant que technicienne qui travaille sous la dépendance du médecin. Par conséquent, ladite société ne reconnaît pas l'infirmière et ne lui donne pas la valeur et l'importance que ces participantes pensent qu'elle mérite. Les propos suivants illustrent ces idées :

Les gens pensent que nous ne sommes pas instruits, ils ne savent pas ce que tu peux faire ... les *connaissances* que tu possèdes... Sérieusement, les gens ne connaissent pas ça, ils pensent que ce que tu fais est banal, tu donnes des médicaments [avec dédain] ! Je déteste cette idée [ton agacé] ! (Nina, L. 230-233).

L'image d'une infirmière technicienne émerge également de ces propos et se présente en tant que source de tensions ; par ailleurs, il apparaît que l'accent mis sur la dimension technique du travail infirmier ne rend pas compte de la formation qu'une infirmière reçoit et du savoir et des connaissances qu'elle possède. Accorder de l'importance au savoir détenu par l'infirmière

constitue ainsi un moyen permettant aux participantes de jouir d'une reconnaissance et d'un prestige.

Par ailleurs, ce manque de reconnaissance de l'infirmière et de son travail noté auparavant s'accroît lorsque certaines participantes la comparent à d'autres professionnels. Ainsi pour Lara, une infirmière est aussi importante qu'un architecte ou un médecin. Pourtant, la société libanaise ne lui confère pas le statut et le prestige qu'elle accorde aux autres professionnels : « ... une *infirmière libanaise*, ce n'est pas un *poste social*, tu dois être un *docteur*, un *architecte* pour avoir un *poste* » (Lara, 270-271). Cette idée rend compte de l'influence de la place occupée par une profession dans la hiérarchie des professions sur le statut et le prestige social qu'elle en tire ; selon cette participante, la profession infirmière ne jouit pas de l'estime et du prestige dont bénéficient les autres professions. Il apparaît ainsi que les participantes considèrent que la formation des autres professionnels qui bénéficient d'un prestige social élevé et le rôle qu'ils jouent dans la société ne sont pas plus importants que le savoir de l'infirmière et le travail qu'elle accomplit.

En plus, certaines infirmières relient l'opposition manifestée par leurs proches quant à leur choix professionnel à l'image publique de l'infirmière : « mon *entourage* me disait « *infirmière ? Est-ce possible ? Tu vas être une infirmière ? Qu'est-ce qui t'arrive ? Choisis autre chose !* » (Sola, L. 78-79) ; ces propos rejoignent ceux exprimés par Dima qui a choisi cette profession à l'encontre de l'avis et des conseils de ses parents : « ... déjà, à mes débuts, beaucoup de gens, même mes parents me disaient : « *Mais qu'est-ce qui t'arrive ? Tu n'es pas obligée ! [de la choisir]* » (Dima, L. 117-118). A part l'image négative de la profession telle

que perçue par leur entourage, ces extraits témoignent également de l'importance de la motivation que ces participantes avaient au départ, lors de leur choix professionnel ; cette motivation les a poussées à s'engager dans une profession qui n'est pas bien vue par leurs proches et à s'opposer à la volonté parentale qui désapprouvait leur choix.

Néanmoins, Dima note qu'une amélioration de cette image commence à émerger et il revient aux infirmières aussi bien qu'à l'Ordre¹⁶ de jouer un rôle à ce niveau :

Actuellement, l'image en *comparaison* avec le passé est acceptable mais j'aime qu'elle soit meilleure et il est temps que l'Ordre fasse quelque chose à ce niveau, et nous on doit l'aider et l'Ordre doit nous aider (Dima, 384-386).

Cet extrait place l'image publique de l'infirmière sous un angle nouveau ; ce ne sont pas les gens qui ne savent pas ce que fait l'infirmière ou c'est la société qui ne la reconnaît pas, c'est plutôt l'infirmière qui ne s'implique pas suffisamment pour refléter une image qui rend compte de ce qu'elle est et de ce qu'elle fait. Sous cet angle, le soin d'améliorer l'image publique de l'infirmière revient ainsi à chaque infirmière aussi bien qu'à l'Ordre national qui est appelé à s'intéresser et à prendre à charge ce sujet.

Il est possible ainsi de conclure que l'image publique de l'infirmière telle que perçue par les participantes n'est pas avantageuse ; cette image continue à accentuer la dimension technique du travail infirmier et ne rend pas compte du savoir et des compétences de l'infirmière. D'autre part, les participantes semblent relier la question de la reconnaissance à la notion d'hierarchie des professions en soulevant la situation de dépendance de la profession

¹⁶ Ordre des infirmières et des infirmiers au Liban

infirmière par rapport à la profession médicale ; la société conçoit l'infirmière en tant qu'exécutrice qui applique les ordres du médecin lequel détient le pouvoir de déterminer les activités professionnelles de celle-ci. Les problèmes de statut et de prestige sociaux évoqués par ces infirmières découlant de cette situation de dépendance semblent ainsi porter atteinte à la satisfaction du besoin de reconnaissance chez ces participantes.

Somme toute, il apparaît que les six éléments déjà présentés reflètent une représentation d'un contexte de travail exerçant diverses contraintes et difficultés sur le ressenti et le vécu des participantes. Suite à leurs interactions avec ce contexte, ces infirmières ont développé une image de l'infirmière et de son travail qui ne s'accorde pas tout à fait avec leurs représentations initiales de l'infirmière et de son travail. Ajoutons que le contexte de travail ne semble pas répondre aux besoins et aux attentes de l'infirmière ; leurs propos donnent l'impression que le contexte en question ne leur permet pas d'accomplir leur travail, de s'occuper et de soigner les patients ainsi que de les aider à recouvrer leur santé. D'autre part, ce contexte ne reconnaît pas l'infirmière et le travail infirmier et ne permet pas toujours à ces infirmières d'avancer sur le plan professionnel et d'occuper des postes de responsabilités en accord avec les compétences et les expertises qu'elles considèrent détenir.

Notons finalement que les différents milieux de travail décrits par les participantes présentent plus ou moins les mêmes éléments indépendamment de leur localisation en zone urbaine ou rurale et de leur appartenance au secteur hospitalier privé ou public. Ces milieux semblent affecter le vécu des participantes au travail rendant leur exercice plutôt contraignant. En effet, c'est en fonction de la qualité des interactions entretenues avec les divers éléments du

contexte de travail en termes de charge de travail, de salaire et d'opportunités de développement et d'avancement aussi bien que de reconnaissance que l'infirmière serait en mesure d'accomplir son travail, de prendre soin des patients et de satisfaire ses besoins et ses attentes.

Gérer les contraintes

Les participantes évoquent dans leurs propos les difficultés et les contraintes qui semblent les accompagner tout au long de leur expérience professionnelle. A cet effet, elles recourent à diverses stratégies leur permettant de gérer ces contraintes et de composer avec les situations problématiques rencontrées au travail. Parmi ces stratégies les plus utilisées par les participantes citons : 1) Soutien des pairs ; 2) Acceptation ; 3) Autocontrôle ; et 4) Minimisation.

Soutien des pairs

La majorité des participantes soulèvent l'importance des relations significatives établies entre les différents membres de l'équipe de soins, principalement les collègues infirmières, comme étant le principal moyen leur permettant de gérer les problèmes rencontrés au travail.

Le « *team work* », « *la coopération* » et « *l'harmonie* » sont les termes les plus utilisés par ces infirmières pour expliquer ce qui leur permet d'accomplir leur travail : « *l'équipe, ils [les membres] doivent être coopérants, tous doivent coopérer... penser à la même chose, avoir le même objectif... ils vont travailler ainsi en parallèle* » (Lina, L. 183-185). Les participantes ont également évoqué l'importance de la solidarité qui leur permet de s'entraider afin de

parvenir à réaliser leur travail : « *et si on [membres de l'équipe] n'est pas solidaires, ça ne va pas ! C'est vrai que chacun prend à charge un patient mais ... il est bon qu'on remarque qu'il y a quelqu'un qui est plus occupé qu'un autre et qu'on l'aide* » (Sami, L. 337-339). Le travail en synergie et la poursuite d'un même objectif constituent les caractéristiques de toute équipe de travail ; ajoutons la solidarité et l'entraide qui se présentent en tant que moyens permettant à ces infirmières d'accomplir leur travail dans le contexte déjà décrit qui se caractérise par une grande charge de travail et une absence de reconnaissance et de soutien de la part de la direction.

Par ailleurs, bénéficier du soutien de l'équipe et des collègues permet aux participantes de supporter les contraintes du travail : « *... sortir de la chambre d'un patient insupportable et trouver une personne à tes côtés pour te reconforter et t'encourager à être plus patiente, sinon tu ne peux pas continuer ... j'ai besoin d'un **support psychologique*** » (Lara, L. 141-145) ; selon Dima, le soutien de l'équipe lui est nécessaire pour mener à bien son part de travail et régler les problèmes quotidiens : « *comment vais-je terminer ma journée de travail si **l'équipe** ne me donne pas un **support** ?* » (Dima, L. 325). Le soutien offert par les membres de l'équipe aux infirmières constitue un moyen qui semble aider les participantes à supporter les contraintes et les difficultés qui découlent de l'exercice de la profession. La cohésion de l'équipe se présente ainsi en tant que « bouée de sauvetage » permettant aux membres de l'équipe de composer avec le contexte contraignant et d'accomplir leur travail.

Acceptation

Cette stratégie regroupe divers moyens entrepris par les participantes afin de gérer les contraintes et les difficultés inhérentes au travail qui constituent leur quotidien ; elles apprennent ainsi à les accepter, à les dépasser et à vivre au jour le jour afin de pouvoir continuer : « *Il y des jours où je me réveille avec un mood [humeur] différent...j'oublie un peu ce que j'ai et j'essaie de vivre au jour le jour* » (Sami, L. 50-51). D'autres ont développé une sorte d'immunisation leur permettant de continuer : « [Mon travail quotidien] *Je sens que ... on ne doit pas être vulnérable, la vie est difficile mais life goes on [la vie continue]* » (Lara, L. 41).

Certaines infirmières cherchent à modifier leur comportement et leurs actions de façon à vivre avec les problèmes, à assumer leur responsabilité et à continuer :

Ecoute, moi je sépare mon travail ici de ce que je suis, je suis une *infirmière*. Si je dois en faire un *jumelage* je ne resterai pas ici, je ne suivrai pas une formation et je ne chercherai pas à évoluer et à avancer. Peut-être je ne donnerai pas le traitement au patient... » (Sola, L. 365-371).

Cette stratégie semble permettre à la participante d'arriver à accomplir son travail en essayant autant que possible de ne pas s'impliquer et de se séparer de la situation problématique, histoire de se protéger et de préserver son « soi ». C'est également la stratégie préférée par Sami pour « *ne pas être touché par chaque malade, ce qui va être un problème* » (L. 73) pour lui qui travaille en unité de soins intensifs auprès de patients vivant des situations assez graves mettant leur vie en danger. Il recourt également à la même stratégie pour faire face à la direction de l'institution dans laquelle il travaille qui, au lieu de lui offrir un soutien, « *sape mon moral* » (L. 405) ; à cet effet, Sami dose sa motivation au travail et réagit « *style donnant-*

donnant » : « à quoi bon donner autant, je ne veux plus me dépenser à 100%, je vais me dépenser à 50%... » (Sami, L. 272).

Par ailleurs, l'optimisme qui constitue un autre exemple de la stratégie d'acceptation, réfère à l'attitude manifestée par certaines participantes qui ne sont pas satisfaites de leur condition actuelle et se considèrent ainsi en période d'attente ; elles sont en train de vivre au jour le jour le temps de trouver quelque chose de mieux et continuent à espérer une amélioration dans leur situation : « *Pour le moment c'est quelque chose qui m'importe beaucoup [le poste qu'elle attend] et si je l'obtiens, Ouf ! Jamais je ne quitterai ce travail... on verra !* » (Nina, L. 308-311). Les propos de Rola vont dans le même sens ; en effet, cette participante conseille aux infirmières de se montrer optimistes et de cibler le côté positif, ce qui va les aider à supporter : « *le stress ... et la tension. Autant que possible, essaie de faire un **focus** sur les choses **positives** que tu rencontres dans l'espoir d'une amélioration* » (Rola, L. 339-341). Cette attitude, manifestée par certaines participantes, traduit leur confiance que la situation problématique par laquelle elles passent va s'arranger un jour et, dans l'attente d'une amélioration, elles doivent essayer de voir le bon côté des choses. Au lieu d'essayer de changer la situation, ces infirmières s'appliquent à réviser leur façon de la considérer.

L'acceptation constitue la stratégie de gestion des contraintes utilisée par la majorité des infirmières. Elle se présente à chaque fois que l'infirmière se retrouve face à des situations qui échappent à son contrôle ; n'ayant pas assez de pouvoir ni la capacité de les modifier ou de les résoudre, l'infirmière adapte son comportement en fonction des problèmes et apprend à les accepter et à vivre avec lui, permettant ainsi d'éviter les tensions qui peuvent en résulter.

Autocontrôle

Exercer un contrôle sur soi et tenter de réprimer ses réactions et ses émotions représentent un autre exemple de stratégie adoptée par certaines infirmières. Comme toutes les autres stratégies déjà présentées, « se contrôler » permet aux infirmières d'accomplir leur travail et de donner aux patients les soins jugés nécessaires :

Etre à l'aise avec moi-même veut dire que je ne vais pas être secouée par la moindre des choses, ou que mon *travail* va en être affectée. Ce n'est pas parce je me suis querellée avec quelqu'un... que je vais me défouler sur le patient ... ou bien quitter mon travail sous prétexte que je suis fatiguée.... (Dima, 462-467).

Contrôler ses émotions revient à dire également ne pas se laisser aller devant les autres et se retirer pour pleurer : « *Il y a des jours où je pleure beaucoup, je pleure seule sans qu'on me voit* » (Rana, L. 226-228). Les pleurs constituent ainsi, pour les participantes, « une soupape de sécurité » leur permettant de vider leur trop-plein lorsqu'elles n'arrivent plus à supporter les tensions et se sentent débordées.

Face à des situations problématiques qui semblent également échapper à leur contrôle, les participantes se sentent impuissantes, faibles ou désarmées. L'autocontrôle leur permet de ne pas se laisser affecter par les problèmes rencontrés au travail ; en réprimant ses émotions, ces infirmières parviennent à accomplir leur travail.

Minimisation

Considérer les contraintes rencontrées au travail sans importance est une stratégie adoptée par ces infirmières. C'est ainsi que certaines participantes signalent dans leur propos que l'image publique de l'infirmière qualifiée de négative ne les affecte pas ; en minimisant ce problème, les infirmières essaient de préserver leur estime de soi. Face à l'absence

d'appréciation de la part de la direction, Sami déclare : « *Ça me gêne mais je ne tiens pas compte de ce sujet, ça n'a pas beaucoup de sens pour moi* » (Sami, L. 407).

En somme, il semble que ces infirmières disposent d'un éventail assez réduit de stratégies leur permettant de composer avec les problèmes et les contraintes du travail. Cette façon de gérer les problèmes s'inscrit dans le type de stratégies centrées sur le problème ; en fonction de ce type, la personne qui ne peut pas changer la situation entreprend diverses activités ou comportement lui permettant de changer la signification de cette situation. Accepter, se contrôler et minimiser constituent ainsi des stratégies passives qui représentent « des portes de secours » à court terme permettant aux participantes de gérer leur quotidien et de composer avec les contraintes. Il est possible d'expliquer le recours à de telles stratégies par le fait que ces infirmières semblent considérer que les difficultés et les problèmes proviennent des sources qui échappent à leur contrôle ; ayant de la peine à les résoudre ou à les amender, elles finissent par se résigner.

Sources de sens au travail

Le phénomène de sens au travail réfère au sens tel que développé par l'infirmière au cours de l'exercice de sa profession dans le contexte de travail qui est le sien. L'analyse des verbatim permet d'identifier diverses sources dudit phénomène ; ces sources sont présentées en fonction de l'importance que les participantes leur ont accordé : 1) Valorisation de l'infirmière ; 2) Valorisation du travail infirmier 3) Satisfaction de l'effort fourni ; 4) Actualisation de soi ; et 5) Avancement professionnel.

Valorisation de l'infirmière

La valorisation de l'infirmière est la source de sens au travail qui a été la plus évoquée par les participantes ; elle découle du regard posé sur soi par la personne elle-même aussi bien que par les autres. Par rapport au regard posé sur le soi, il se manifeste par la mise en évidence et l'importance accordée par les participantes au comportement adopté par l'infirmière au travail ; ce comportement, qui se traduit par la responsabilité, la patience, le dévouement et le contact humain valorise l'infirmière et la distingue des autres professionnelles.

Ainsi, la responsabilité qui constitue une caractéristique de ce comportement, occupe une place primordiale dans les verbatim des participantes ; notons ces propos dans lesquels Nina explique l'importance pour une infirmière d'être responsable :

« ... il y a la vie d'un patient entre nos mains, à la moindre faute le patient meurt. On ne travaille pas avec de l'argent ou avec un *computer*, notre travail implique beaucoup de responsabilité. *Ok*, tu travailles à la bourse et tu perds de l'argent ! Ce n'est pas pareil à la perte d'un être humain ! » (Nina, L.31-33).

Sami corrobore les propos de Nina et pense également qu'une infirmière est appelée à démontrer un sens des responsabilités face au patient ; il souligne par ailleurs, la nécessité pour une infirmière de faire preuve d'un comportement responsable aussi bien vis-à-vis d'elle-même que vis-à-vis de l'équipe avec laquelle elle travaille.

Se montrer responsable dans son travail est un comportement attendu de toute professionnelle. Le mettre en évidence chez l'infirmière contribue à valoriser cette personne qui semble être prête à faire des choix, à prendre des décisions, à assurer ses fonctions et à en assumer les conséquences. Par ailleurs, ces propos insistent sur la santé de la personne soignée comme un objectif de la profession. Ainsi, le fait que l'infirmière s'occupe de la vie du patient

ne fait que rehausser l'importance de la responsabilité et accentuer par le fait même la valorisation de l'infirmière.

Quant à la patience, Rola l'explique dans ses propres termes et justifie son utilité pour l'infirmière et pour son travail :

« Je dois avoir de la *patience* pour prendre en considération beaucoup de choses. C'est que je travaille avec une *équipe multidisciplinaire*... j'ai d'un côté, le patient et les parents qui sont *stressants*, parfois c'est la direction qui est *stressante* qui exerce une *pressure* [pression] sur moi. Je dois *communiquer* avec différents *départements* où chacun pense à sa façon... (Rola, L. 31-35).

Les propos de Rola reflètent les situations difficiles et les contraintes rencontrées par l'infirmière surtout dans le cadre de son travail à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire ; interagir avec différentes personnes semble être une source de stress pour ces infirmières ajoutant ainsi d'autres contraintes à un contexte déjà contraignant. L'infirmière se présente en tant que personne qui agit en prenant en compte différents éléments de la situation ; manifester de la patience constitue pour l'infirmière une façon de composer avec des situations problématiques qui échappent à son contrôle et lui laissent une liberté d'action ainsi qu'une marge de manœuvre plutôt réduites.

A part la responsabilité et la patience, certaines infirmières insistent sur le comportement bienveillant qu'une infirmière doit manifester face au patient. En effet, Lara et Maya considèrent que le sourire, l'empathie et la disponibilité qui caractérisent ce comportement, reconforte le patient et l'aide à se sentir mieux : « *j'ai remarqué que le patient bénéficie plus de la médication si elle est donnée par une infirmière avec qui il se sente bien* » (Lara, L. 44).

Quant à Maya, elle souligne que le comportement que l'infirmière manifeste lors des soins fait toute la différence :

[Importance du comportement de l'infirmière] Sinon on pourra mettre un *robot* qui donne le médicament... mais le comportement, *l'approche* avec le malade, sentir avec lui, l'écouter, comprendre tous les éléments de sa situation, lui expliquer tout, c'est sûr que ceci est plus important que le traitement (Maya, L. 304-307).

Ces propos soulignent le caractère irremplaçable de l'infirmière grâce au comportement qu'elle manifeste envers les patients et qui se distingue par sa capacité à faire du bien, à écouter et comprendre les patients et à manifester de la compassion et de l'empathie à leur égard. Un tel comportement accorde à l'infirmière l'image d'une professionnelle garante de l'humanisation des soins. Finalement estimer que le comportement manifesté par l'infirmière auprès du patient est plus important que le traitement semble répondre à l'idée qui considère que le travail de l'infirmière se résume à donner le traitement au patient et néglige les autres aspects de son travail.

Faire preuve de dévouement au travail en étant prête à faire des sacrifices constitue, pour ces participantes, une autre caractéristique qui distingue le comportement de l'infirmière et lui accorde de la valeur. Notons ainsi les propos de Nina et de Maya qui évoquent divers exemples de sacrifices qu'une infirmière est souvent appelée à faire dans le cadre de son travail : « *Les sacrifices, n'oublie pas qu'on travaille jour et nuit avec des gens malades... dans un milieu où il y a des infections ... en contrepartie, ne pas recevoir [un salaire] autant qu'on se fatigue* » (Nina, L. 22-26). C'est également :

« ne pas pouvoir rencontrer les gens, ma vie sociale est devenue très limitée, c'est un sacrifice » (L. 860), et « être obligée de laisser ma fille toute la journée jusqu'au soir et manquer à mes devoirs envers elle, c'est sûr que c'est un autre exemple de sacrifice » (Maya, L. 867-872).

De tels sacrifices et leurs répercussions sur la vie privée de ces participantes ainsi que les risques encourus par l'infirmière au cours de son exercice professionnel constituent également une autre caractéristique de cette profession. Par ailleurs, ces propos mettent l'accent sur le déséquilibre famille-travail qui semble affecter la vie et le travail des infirmières à qui incombent le ménage et les enfants. Notons que selon certaines participantes, ne pas bénéficier d'un salaire équitable par rapport à l'effort fourni constitue un autre exemple de sacrifices étant donné que la personne ne reçoit pas la gratification attendue.

En somme, insister sur le comportement de l'infirmière et la présenter en tant qu'une professionnelle appelée à manifester des responsabilités, à se dévouer et se sacrifier au travail constituent selon ces participantes un moyen leur permettant de valoriser l'infirmière et de lui accorder des caractéristiques qui la distingue des autres professionnelles et qui la rend indispensable.

La valorisation de l'infirmière peut provenir par ailleurs, du regard qu'elle reçoit des autres. C'est ainsi que les participantes évoquent dans leurs propos les remerciements et l'appréciation de la part des patients, de la direction et des membres de l'équipe en tant que manifestations de la valorisation que ces personnes accordent à l'infirmière.

En effet, la majorité des participantes soulignent l'importance des remerciements des patients, que ce soit ceux exprimés verbalement ou bien ceux consignés par écrit sur la fiche

de satisfaction¹⁷. Ainsi, ces infirmières semblent attendre un merci du patient en échange de la prise en charge et des soins qu'elles lui dispensent. Ces extraits illustrent la valorisation ressentie par les infirmières suite aux remerciements des patients :

[Lorsqu'un malade la remercie] Je sens que je suis importante ; personne ne te fait sentir ta valeur à part le patient, lorsque tu sens que tu lui as donné quelque chose et que lui, il le considère utile. Tu sens que tu lui as fait vraiment quelque chose, que tu n'es pas là juste pour donner le médicament. Oui, c'est sûr que ça me donne de la valeur, je comprends mieux pourquoi je suis infirmière (Lara, L. 94-96).

L'extrait suivant corrobore le ressenti de Lara : « *J'ai senti qu'il [patient] a reconnu ce que j'ai fait. Ce qu'on donne est reconnu, ce qu'on donne n'est pas gratuit* » (Rana, 332-335). Par ailleurs, il apparaît que les remerciements du patient vont favoriser chez l'infirmière un sentiment de satisfaction : « *le fait qu'il [patient] me remercie, je me sens plus contente, je sens que j'ai fait quelque chose...* » (Nina, L. 111).

Il ressort de ces extraits que les remerciements du patient constituent un signe de reconnaissance traduisant la valeur que l'infirmière a à ses yeux. Ils reflètent également l'efficacité et l'utilité du travail de l'infirmière lui démontrant que ce qu'elle a fait a laissé une trace sur le patient et que son objectif a été atteint : rendre service au patient. L'infirmière éprouve ainsi de la satisfaction, ce qui favorise le développement des sentiments de valorisation et de gratification découlant d'un travail apprécié et en l'occurrence bien fait.

Par ailleurs, certaines participantes sont prêtes à comprendre et à accepter l'absence de remerciements de la part des patients étant donné qu'ils vivent des situations critiques et

¹⁷Fiche de satisfaction remplie par le patient (ou sa famille) en fin de séjour pour évaluer les différents aspects de son hospitalisation

difficiles. Notons également, que les participantes ne considèrent pas les remerciements du patient comme « *un objectif en soi* », ils traduisent plutôt sa satisfaction vis-à-vis les soins reçus de l'infirmière. Ainsi, il serait possible de constater que la reconnaissance de la part du patient est importante parce qu'elle rend compte et traduit le recouvrement de sa santé.

En ce qui concerne la reconnaissance provenant de la direction, elle se manifeste lorsque la direction d'un hôpital exprime à l'infirmière qu'elle remarque, apprécie et reconnaît son travail. Les infirmières attendent parfois un simple merci : « *les remerciements sont très bien surtout s'ils proviennent de la direction...* » (Rola, L. 97). Il est important également de donner à l'infirmière des incitatifs symboliques de type « *meilleure infirmière du mois* » ou bien « *meilleure équipe du mois* » ; c'est ce que relate Lara qui a exprimé son contentement et sa joie lorsque son équipe a été désignée « *meilleure équipe du mois* » : « *Oui, nous étions très contentes... tu te sens satisfaite du fait qu'il y quelqu'un qui apprécie ce que tu as fait* » (Lara, 483-486). La reconnaissance de la part de la direction donne à l'infirmière un sentiment de distinction et de plaisir lorsqu'elle constate que son travail et ses efforts ont été remarqués et appréciés.

A part les incitatifs symboliques déjà évoquées, la direction peut donner à l'infirmière des incitatifs matériels en prenant en compte son potentiel et en lui offrant un poste de responsabilité qui s'accorde avec ses diplômes, ses capacités et ses compétences ; les incitatifs peuvent également se manifester par des primes et des bonus occasionnels ou bien par une augmentation de salaire. En effet, le salaire représente pour certaines participantes un signe de reconnaissance et de valorisation que la direction peut accorder à l'infirmière et à son travail ;

cette dernière se sentira ainsi reconnue et valorisée, ce qui peut se répercuter également sur sa motivation et l'encourager à continuer à exercer sa profession. Notons que ces propos s'accordent avec l'importance d'un contexte de travail qui offre à l'infirmière la possibilité du développement de son savoir et d'avancement dans la carrière.

Finalement, la reconnaissance peut provenir des membres de l'équipe de travail. En effet, dans les propos des participantes, l'appréciation et les remerciements de la part des membres de l'équipe sont mentionnés maintes fois : « ... *le fait qu'ils [collègues] apprécient le travail que tu fais ... ce sont les belles choses que tu rencontres au travail...* » (Lara, L. 152)]. Les participantes associent par ailleurs l'appréciation de l'équipe à la performance de l'infirmière au travail et à sa capacité de fournir des soins de qualité : « ...*lorsque tu as un **team** qui te fait sentir que tu es importante, que tu fais bien ton travail et que tu es reconnue, tu donneras au patient une meilleure **quality of care*** » (Lara, 167-179). L'importance de l'appréciation des pairs découle du fait que les collègues connaissent le travail, les capacités et les compétences que l'infirmière mobilise au travail et sont, par conséquent, les plus à même de les reconnaître. Ainsi, lorsque l'appréciation vient des pairs elle donne à l'infirmière un sentiment de distinction et de valeur. Notons que cette reconnaissance favorise chez l'infirmière l'amélioration de sa performance au travail se traduisant par une meilleure qualité des soins.

Valorisation du travail infirmier

La valorisation du travail décrit le regard que l'infirmière porte sur son travail ; en fonction des verbatim des participantes, il est possible de distinguer d'une part, une

valorisation du travail qui constitue une nécessité économique pour les participantes et, d'autre part, une valorisation qui découle de la nature même de ce travail.

Ainsi, certaines participantes disent être obligées de continuer à travailler afin de pouvoir vivre et subvenir à leurs besoins ; en effet, le travail pour Lara est « ... *un moyen de subsistance, un gagne-pain* » (Lara, L. 8) et pour Rola « *un moyen me permettant de vivre* » (Rola, L. 3). En ce qui concerne Lina, l'aspect financier du travail constitue la seule raison qui l'oblige à travailler : « *Celui... qui est responsable d'un ménage, ne peut pas rester sans travail ; si j'étais à l'aise économiquement je n'exercerai pas cette profession* » (Lina, L. 83-84). C'est également ce que pense Maya : « ... *ça dépend de ma situation matérielle, si je suis capable de m'en passer du travail, c'est bon... sinon, je dois fournir un effort constant pour rester au travail* » (Maya, L. 875-878).

Le travail, en tant que moyen de subsistance, est une caractéristique qui s'accorde avec tout emploi étant donné que la rémunération reçue en contrepartie du travail fourni va permettre au travailleur d'assurer son existence matérielle. Indépendamment de toutes les raisons qui poussent les participantes à continuer à travailler, la valeur instrumentale du travail représentée par le salaire restera toujours un élément associé à tout emploi.

Quant à la valorisation qui découle de la nature même du travail, elle s'exprime ainsi : « *mon travail n'est pas plus important qu'un autre... mais il se distingue des autres, par le fait qu'il n'est pas donné à n'importe quelle personne d'être infirmier* (Sami, L. 659-661) ; ces propos sous-tendent que ce travail ne peut être accompli que par une professionnelle qui se

distingue des autres et qui possède des caractéristiques particulières l'habilitant à l'accomplir. Quant à Nina, elle considère que le travail de l'infirmière est irremplaçable : « *Qu'advierait-il aux patients si nous [infirmières] n'étions pas à l'hôpital ? Ils ne peuvent rien faire sans nous* » (Nina, L. 40) ; l'infirmière se présente ainsi en tant qu'une professionnelle qui occupe une place indispensable dans l'équipe de travail à l'hôpital et qui joue ainsi un rôle spécifique dans la prise en charge des patients qui ne peut pas être accompli par d'autres.

L'importance du travail infirmier se manifeste au niveau de tous ses aspects : « *Il n'y a rien dans mon travail qui n'a pas de sens... mon travail, je sais combien il est important* » (Nina, L. 101). Ces propos s'accordent avec ceux exprimés par Dima :

« Je considère que mon travail est très important ... Je ne pense pas qu'il y a un *aspect* plus important que l'autre, *l'aspect direct*, les soins qu'on fait, ils sont très importants étant donné qu'avec la plus banale des choses on risque de faire du mal au lieu du bien » (L. 189-194).

Il ressort de cet extrait la valorisation accordée par cette participante à l'ensemble des activités de l'infirmière indépendamment de l'importance ou de la complexité des soins ; cette valorisation découle des répercussions du soin même « le plus banal » qui risquent de mettre en jeu la santé du patient.

Par ailleurs, et même si ces participantes considèrent que tout ce qu'elles font est important, il n'empêche qu'elles insistent sur des aspects spécifiques de leur travail ; notons l'aspect humain, l'aspect relationnel et terminons par l'aspect éducatif du travail infirmier.

Par rapport à l'aspect humain du travail infirmier, Lara considère que la profession infirmière est une profession humaine « *parce que you are dealing with people* [tu as à faire à des gens] *pas simplement des rooms numbers* [des numéros de chambres] (L. 29) ... *you are dealing with life* [tu as à faire à la vie] » (L. 35). Les propos de Sami rejoignent ceux exprimés par Lara ; pour lui, ce qui donne à la profession infirmière son aspect humain est le fait « *que la personne est en train de soigner un individu, elle a une vie entre les mains... la vie du patient !* » (L. 62-64). Ces propos rendent compte du caractère inestimable de la santé qui, une fois perdue, ne peut être récupérée mettant ainsi la vie du patient en danger. Quant à Nina, elle trouve que la profession infirmière se distingue des autres professions étant donné que : « ... *dans cette profession tu fais quelque chose qui est vraiment différent... tu aides les autres. Cette personne est très malade mais elle est satisfaite et elle est contente de son séjour à l'hôpital...* » (Nina, L. 94-96). En effet, parvenir à satisfaire des êtres humains, qui vivent des problèmes de santé mettant leur vie en jeu, constitue une caractéristique du travail infirmier qui le distingue des autres et qui lui accorde de l'importance et de la valeur.

En ce qui concerne l'aspect relationnel, la majorité des participantes voient que l'infirmière ne donne pas seulement des soins techniques ou applique simplement les ordres des médecins ; elle est appelée à offrir au patient des soins relationnels qui font toute la différence. En effet, ces infirmières soulèvent l'importance et l'intérêt du soutien psychologique que l'infirmière apporte aux patients et aux familles :

Le soutien psychologique est très important chez tout patient... il est important pour eux [patients] et pour leurs familles... c'est la confiance, cette relation de confiance entre l'infirmière et le patient, aucune profession ne peut fournir un tel soutien... nous sommes multi fonctionnelles, on fait de tout... (Rola, L. 212-218).

Par sa présence et sa disponibilité, l'infirmière donne à son travail un aspect chaleureux teinté de compassion et d'empathie. Établir une relation de confiance avec le patient constitue par ailleurs, un autre aspect qui caractérise le travail de l'infirmier et qui sous-tend des capacités relationnelles assez marquées.

Quant à l'aspect éducatif qui a été également privilégié par ces infirmières, il se manifeste auprès des patients, des nouvelles infirmières, des stagiaires et dans leur entourage. Ainsi, les participantes soulèvent tout d'abord l'importance des informations que l'infirmière donne aux patients d'autant plus que ces derniers arrivent à l'hôpital en étant déjà informés de leurs problèmes et traitements :

... ils viennent après avoir fait un *searching* sur *l'Internet*. Ils viennent discuter avec toi sur le sujet, ils ne te demandent pas s'ils ont une anémie, mais plutôt quels sont *les taux d'hémoglobine et d'hématocrite*, ils utilisent un *vocabulaire et des mots techniques* (Rola, L. 198-199).

Donner des informations au patient et répondre à ses questions vont favoriser « *sa satisfaction et réduire son anxiété et sa peur* » (Rola, L. 205). Ces informations vont aider le patient à mieux se prendre en charge et éventuellement, à éviter des hospitalisations ultérieures :

L'éducation à la santé est importante, sinon tout ce qu'on fait se perd en vain ; disons qu'on a un *patient diabétique* et qu'on a omis de lui faire une *éducation*, il va partir continuer sa vie comme d'habitude et il va revenir à l'hôpital pour se faire soigner et ainsi de suite (Dima, L, 211-214).

Informé et éduqué le patient suppose que l'infirmière soit à jour dans ses connaissances afin de réussir cet aspect de son travail ; ceci met l'accent également sur les capacités relationnelles et éducatives que l'infirmière doit démontrer lui permettant de faire parvenir son message et d'aider le patient à en bénéficier.

Le rôle éducatif de l'infirmière se manifeste en second lieu par la formation et le suivi qu'elle offre aux nouvelles recrutées ; en effet, la participation de l'infirmière dans des activités d'orientation et d'initiation professionnelle constitue un aspect important du travail de l'infirmière d'autant plus que la nouvelle venue se montre satisfaite et reconnaissante du suivi reçu. Quant à la formation des stagiaires elle a été mentionnée par Rana qui trouve un plaisir à leur transmettre son savoir et son expérience et par Dima qui considère cette formation importante et même fondamentale et qui ajoute :

« *L'encadrement des stagiaires peut améliorer l'image de la profession... En fait, les stagiaires sont les infirmières de demain... Les patients nous voient, ils voient notre travail, l'image c'est nous et c'est important ce qu'on est en train de refléter* » (Dima, 380-382).

Les propos de Dima suggèrent une nouvelle facette du travail qui réfère au rôle de l'infirmière en tant que modèle auquel les jeunes infirmières peuvent s'identifier. Ils suggèrent également que le comportement de l'infirmière induit la représentation des autres de l'image de l'infirmière ; la part active jouée par l'infirmière dans la projection de l'image de l'infirmière et de la profession est ainsi mise en avant.

Passons maintenant au rôle éducatif de l'infirmière noté par quelques participantes auprès de son entourage ; ce rôle se manifeste lorsqu'elle prend le temps de répondre aux questions concernant les problèmes de sa famille et ceux de ses proches et lorsqu'elle les oriente et les guide afin qu'ils parviennent à mieux gérer leur santé : « *Chez nous, il y a beaucoup d'automédication ; ce que la voisine a dit, ce que ma tante a pris [médicament]... en tant qu'infirmière tu peux arrêter ce cycle. Je suis utile à l'hôpital et dans la communauté* » (Sola, L. 261-263). Par l'éducation : « *on parvient à réduire les maladies, les incidents et indirectement notre charge de travail* » (L.231) ; c'est ce que relate Dima en

riant. Ces extraits identifient la dimension préventive du travail de l'infirmière qui découle de son rôle éducatif et relèvent, encore une fois, l'utilité du travail infirmier aussi bien que la capacité de l'infirmière à bien s'occuper de la santé de ses proches. En effet, l'infirmière semble consciente et fière du travail qu'elle peut faire dans le domaine de la prévention auprès de sa famille et de son entourage. L'aspect éducatif du travail infirmier se déploie ainsi dans son entourage aussi bien que dans le secteur hospitalier.

En somme, il semble que le regard valorisant porté par les participantes sur l'infirmière, le travail infirmier et la profession constitue une source essentielle de sens au travail. Par ailleurs, il est possible de conclure que ces participantes mettent l'accent sur la valorisation de l'infirmière et de son travail en guise de répliques à l'absence de reconnaissance qu'elles ont déjà notée suite à leurs interactions avec le contexte de travail. Notons finalement que ces participantes ont développé, au cours de leur pratique professionnelle, un champ informationnel assez riche se manifestant par une image de l'infirmière, de son travail et de sa profession qui rend compte de différents aspects de son travail traduisant les résultats de ses interactions avec tous les éléments de son contexte. Cette image s'accorde avec celle de début en ce qui concerne la priorité donnée au patient et l'intérêt accordé aux soins ayant pour but de s'occuper du patient et de le soigner.

Satisfaction de l'effort fourni

La satisfaction constitue pour ces participantes une autre source de sens au travail qui découle de leurs efforts et de leurs exploits et traduit l'utilité et l'efficacité du travail infirmier. La prise en charge du patient représente ainsi pour ces participantes une source principale de

satisfaction : « ... rien que d'aider le malade, rien qu'aider un malade qui a besoin de moi, ceci a beaucoup de sens dans ma vie ... » (Rana, L. 5-6) ou bien « en remarquant quelque chose dans sa situation et en attirant l'attention du médecin tu sauveras sa vie » (Lara, L. 34-35). Ces extraits s'accordent avec l'objectif de la profession : de soigner et de s'occuper du patient. Ils mettent l'accent sur l'utilité du travail infirmier qui se traduit par le service rendu ; ainsi, l'infirmière va sentir de la satisfaction étant donné qu'elle a réussi à atteindre son objectif.

Être proche du patient semble également en lien avec la satisfaction de l'infirmière:

Si on me mettait [dans un poste] loin du patient, je me sentirais déplacée. J'aime être en contact direct avec le patient. Ça me met à l'aise, ça me satisfait beaucoup et ça me réjouit... je me sens à l'aise lorsque le malade lui aussi est à l'aise (Maya, L. 7-11).

En effet, l'infirmière tire sa satisfaction en donnant au patient les soins directs et en restant proche de lui. Ces propos reflètent la priorité des participantes qui rejoignent la raison d'être de l'infirmière : de soigner et de s'occuper des patients. En plus, parvenir à assurer ses fonctions va permettre à l'infirmière de se positionner en tant qu'une professionnelle qui assume toutes les fonctions qui découlent de l'exercice de sa profession.

La satisfaction de l'effort fourni se manifeste, par ailleurs, lorsque l'infirmière remarque l'amélioration de l'état du patient et sa satisfaction traduisant ainsi l'utilité et l'efficacité de son travail. En effet, selon ces participantes, constater que leur travail a porté ses fruits en notant une amélioration de l'état du patient donne du sens à leur travail. Certaines d'entre elles parlent d'un « exploit » étant donné qu'elles ont réussi à aider des patients qui étaient dans une situation critique et même désespérée à retrouver leur santé :

Lorsque tu as *un patient en état très grave* ...une personne à qui on a donné *l'extrême onction*, à qui on a fait un *CPR* [réanimation cardio-respiratoire] plusieurs fois ...qui a eu une tension artérielle à 3 pendant 2 jours... Est-il possible d'imaginer que cette *jeune fille* reviendra un jour *en pleine forme* pour nous visiter ? (Dima, L. 426-435).

Les propos exprimés par cette participante soulignent l'importance pour elle d'atteindre son objectif en favorisant chez les patients le recouvrement de leur santé. Ceci reflète la satisfaction de l'infirmière qui découle de l'utilité de son travail et de l'efficacité de sa prise en charge qui se manifestent par l'amélioration de l'état de santé du patient. Notons que la valeur du travail augmente en fonction de la gravité ou de la complexité de l'état du patient.

Ajoutons, par ailleurs, que l'amélioration de l'état du patient ne signifie pas nécessairement la guérison ; certaines participantes étaient conscientes que, tout compte fait, il leur est impossible d'arriver à guérir tous les patients. Ainsi, une amélioration peut référer tout simplement à aider un patient présentant un problème de santé chronique à atteindre un niveau optimal de qualité de vie, compte tenu de sa situation, ou à parvenir à remonter le moral d'un patient cancéreux par exemple : « *Tu rentres chez un patient et tu le fais rire, il a le **cancer**, au **dernier stade**... un patient de 25 ans qui rit lorsqu'il n'y a rien d'amusant ... que tu parviennes à le faire rire !* » (Lara, L. 277-284). L'infirmière ressent ainsi sa valeur lorsqu'elle réussit à atteindre des objectifs adaptés à la situation du patient. Ces propos traduisent une conception de la prise en charge du patient différente de celle notée précédemment ; une telle conception ne cible pas nécessairement la guérison du patient ou le recouvrement de sa santé mais plutôt le soulagement de sa souffrance ou l'amélioration de sa qualité de vie. Par le fait même, de tels propos semblent accorder de la valeur au travail infirmier indépendamment du résultat observé en termes de guérison, par exemple. Finalement, un sentiment de gêne et de frustration continue

toutefois à se manifester chez les infirmières qui n'arrivent pas à soulager un patient ou à l'aider à récupérer sa santé.

Enfin, ces infirmières considèrent que la satisfaction de l'infirmière prend son origine de la satisfaction du patient :

Si le patient est satisfait tu vas également être satisfaite, tu vas donner plus et peut-être lui donner plus que dont il a besoin ... ton travail aura un sens (Lina, L. 155-156).

L'infirmière puise toujours sa satisfaction dans celle du patient ; la joie que tu ressens dans ton travail provient également de la satisfaction du patient. Lorsqu'elle a un patient satisfait et content, elle aussi sera très contente et aimera plus son travail et se donnera plus (Lara, L. 386-388).

Ces infirmières se réjouissent lorsqu'elles constatent que les patients sont reposés et satisfaits. Rappelons que les remerciements des patients, qui constituent une source de valorisation de l'infirmière et de son travail, représentent également selon ces participantes une source de satisfaction. Les remerciements du patient augmentent par ailleurs la motivation de l'infirmière et l'encouragent à s'investir au travail : « *ça [merci] me donne un motif pour avancer, pour continuer [à travailler]* » (Maya, L. 636).

Il apparaît ainsi, que la prise en charge du patient, l'amélioration de son état et sa satisfaction vis-à-vis de l'infirmière et de son travail, permettent aux participantes de ressentir la joie et la satisfaction et d'exercer en conséquence un travail ayant un sens à leurs yeux. Le sens au travail semble découler ainsi de la capacité de l'infirmière à s'occuper et à soigner le patient et de l'utilité de son travail ; parvenir à améliorer la santé et à satisfaire le patient, permet à l'infirmière de jouir du fruit de ses activités.

Actualisation de soi

L'actualisation de soi traduit la nécessité pour une infirmière de sentir que le travail qu'elle fait lui permet de développer son expérience et de garder ses connaissances à jour. Ainsi pour Maya : « *Il y des nouvelles choses, ce n'est pas terminé ! Ce que j'ai appris je l'applique et c'est fini, non ! On doit avancer, on doit évoluer, continuer à apprendre* » (Maya, 747-749). Ainsi les infirmières, qui ont débuté la pratique professionnelle suite à une formation de premier cycle, se sentent tenues à poursuivre le développement de leur expérience et de leurs connaissances. Quant à Sola, qui détient déjà un Master et qui suit actuellement une formation de premier cycle en psychologie, elle déclare : « *Apprendre chaque jour quelque chose de nouveau me donne le sentiment d'être vivante, **vraiment** ... je sens que **j'existe** !* » (Sola, L. 55-77). Il ressort de cet extrait que l'apprentissage pour cette participante constitue un besoin vital qui lui permet de vivre pleinement sa vie et de profiter au maximum de son existence.

La participation active et l'implication des infirmières dans les démarches d'accréditation et de certification des hôpitaux constituent également un autre exemple permettant aux participantes de s'actualiser, d'enrichir leur *Curriculum vitae* (CV) et de faire ressortir leur valeur :

Tu suis des *standards* et c'est utile pour toi, tu es perçue différemment par les autres hôpitaux, tu as travaillé une *accréditation*, une *X et Y* [types de certification], ça signifie une certaine *qualité* ... pour une *nurse* c'est un *enrichissement* de son *CV* (Rola, L. 142-147).

Ces propos reflètent le sentiment de distinction ressenti par l'infirmière lorsqu'elle parvient à développer un CV riche rendant compte du niveau avancé de ses compétences et de son

savoir ; ce sentiment lui permettra de se faire remarquer et par le fait même d'augmenter sa valeur en tant que professionnelle et de tirer du prestige.

Par ailleurs, il apparaît que le développement et l'actualisation de soi permettent à l'infirmière de rester « *up to date* » [à jour] dans ses connaissances afin de faire profiter aux malades en leur fournissant des soins de meilleure qualité ; c'est ce qu'avancent Lina et Sola. Par ailleurs, rester à jour aide l'infirmière à assurer sa fonction d'encadrement et, par le fait même, à développer chez la « *future génération* [les stagiaires] » (Dima, L. 64) le souci continu de « se développer et de s'actualiser ». Ainsi, les bénéfices de l'actualisation de soi se manifestent par une meilleure prise en charge des patients d'une part, et par la capacité de l'infirmière à mieux encadrer les stagiaires, d'autre part.

Améliorer la prise en charge du patient et l'encadrement des stagiaires va démontrer l'efficacité de cette infirmière qui arrive ainsi à bien remplir ses fonctions et à atteindre ses objectifs. En plus, développer chez les futures infirmières la recherche constante du développement du savoir et de compétences pourra contribuer à valoriser l'infirmière, à augmenter sa confiance en soi et à améliorer son image publique. Finalement, la place accordée par les participantes au développement professionnel de l'infirmière en tant que source de sens au travail explique leur intérêt manifesté pour un contexte de travail qui leur offre de telles opportunités.

Avancement professionnel

Selon les participantes, un travail qui a un sens est celui qui leur permet d'avancer et de progresser sur le plan professionnel. Cette source de sens se rapporte à la possibilité d'occuper des postes de responsabilité répondant aux attentes et aux souhaits de chaque infirmière et lui permettant de développer son expérience et de faire ses preuves :

[Poste] C'est un *challenge* en plus, de la responsabilité en plus... c'est important pour moi en tant que *personne*... être capable de faire du *management*, trouver les *best solutions* [meilleures solutions], constituer une *staff* [équipe] très unie... Développer une expérience, sentir de la satisfaction... C'est que j'ai fait quelque chose [avec fierté] ! (Rola, L. 348-358).

L'avancement professionnel se présente ainsi en tant qu'un moyen permettant à l'infirmière de relever les défis et de se sentir efficace. Un tel sentiment pourra se répercuter sur la valorisation personnelle et professionnelle de l'infirmière étant donné qu'il lui permet de faire ses preuves, de se montrer responsable et capable de tenir des postes élevés. L'avancement permet ainsi à l'infirmière de satisfaire ses ambitions en développant une carrière pouvant lui apporter une reconnaissance symbolique en termes de statut et de prestige social aussi bien que matérielle en termes de salaire plus élevé. Progresser dans la hiérarchie de l'hôpital va rapprocher l'infirmière de la catégorie professionnelle qui détient le pouvoir et l'autorité ; elle pourra échapper ainsi à l'image de dépendance attribuée à l'infirmière.

Manifester de l'ambition et chercher à avancer dans son travail constituent une attitude pouvant se retrouver chez tout travailleur. En effet, une fois que leur objectif de départ a été atteint et que ces participantes ont réussi à devenir infirmières, il est temps pour elles de penser à leur avenir et de tendre vers d'autres objectifs ; le développement de carrière fait partie des objectifs auxquels elles aspirent.

Finalement, il est légitime de conclure que les sources de sens semblent être, dans la majorité des cas, d'origine intrinsèque exception faite de la valorisation que l'infirmière reçoit de la part des autres. En effet, les diverses sources de sens reflètent une disposition personnelle manifestée par l'infirmière qui, malgré toutes les contraintes rencontrées, semble déterminée à donner un sens au travail. Avant de terminer cette partie de l'analyse, il convient de noter que les expressions des participantes ont évoqué un sens au travail en tant que produit qui a été, par la suite, enrichi lors de la rencontre de restitution des données. Ainsi, il est possible de conclure que ce produit se base principalement sur l'implication personnelle de l'infirmière et se manifeste par la satisfaction de ses attentes au travail ; la catégorie suivante vient les confirmer.

Sens au travail : un produit

Implication personnelle

Certaines participantes insistent sur le rôle déterminant de la personne dans la construction d'un sens au travail. En effet, l'implication de l'infirmière dans la construction de sens au travail constitue une notion qui a été mentionnée par quelques participantes ; elle traduit le caractère subjectif de ce phénomène et accorde à l'infirmière le soin de le construire. En effet, pour elles : « *C'est la personne qui donne sens à son travail ...* » (Maya, L. 980) ; un tel sens réfère à « *ma façon de travailler, de me comporter avec les gens ...* » (Lara, L. 274). « *Le fait ... que tu l'as choisi [travail] ... le fait que tu lui donnes de l'importance, tu trouves qu'il a beaucoup de valeur. C'est ce qui te fait sentir que ton travail a un sens...* » (Maya, L. 686-690).

Les propos des participantes reflètent une représentation de l'infirmière en tant qu'agent actif qui, suite à ses interactions avec les éléments de son contexte, construit un sens au travail. Le sens tel que construit, se présente en tant qu'un phénomène subjectif qui ne peut avoir lieu sans l'implication active de l'infirmière. La construction de sens au travail se rapporte ainsi à une prédisposition personnelle traduisant les tendances, les inclinaisons et les penchants déjà existants chez tout individu.

Cet état de faits nous permet de considérer que l'amour de la profession, qui a été au départ un motif de choix professionnel, est toujours présent et s'est transformé chez les participantes en amour du travail et ceci indépendamment des contraintes et des difficultés évoquées précédemment : « *J'aime toujours mon travail, je l'aime de la même façon et ce que j'ai vécu après n'a rien changé à ce sujet* » (Sola, L. 150-154). Ce sentiment pousse l'infirmière à accomplir son travail et à s'investir dans sa profession : « *... celui qui aime son travail donne plus... j'aime cette profession, je m'investis, je dois m'employer à donner plus. ... Ce que j'obtiens en retour ? Personnellement, je travaille par amour de la profession* » (Rana, L. 683-688). A part l'amour du travail qui semble motiver cette participante, il ressort de cet extrait le caractère gratuit de l'amour inconditionné qui n'attend rien en retour et qui reste indépendant de ce que la personne s'en tire.

Par contre, ne pas aimer le travail influence négativement aux dires des participantes, le sens au travail et la qualité du rendement des infirmières ; ainsi, le sens au travail risque d'être altéré si l'infirmière déteste son travail :

Il [travail] *n'est plus une profession, une vie, un partage*, il devient un *job*, c.-à-d., je viens, j'assure ma permanence, je touche mon salaire et je rentre à la maison.

C'est un devoir, un *duty*, quelque chose que je suis obligée de faire ; je le fais mais je ne suis pas contente (Lara, L. 322-325).

Il ressort de cet extrait un décalage entre deux images différentes du travail ; la première le conçoit en tant qu'une source de satisfaction et de motivation tandis que la deuxième le décrit en tant qu'une obligation, un travail forcé vide de sens entraînant un sentiment de mécontentement et de démotivation.

Satisfaction des attentes au travail

Selon la majorité des participantes un travail qui a un sens est celui qui satisfait leurs aspirations et qui leur permet de développer toutes leurs potentialités ; elle a été exprimée par les participantes par le terme « se retrouver ¹⁸».

En effet, « se retrouver », qui a émergé des données exprime que le travail exercé par les participantes leur convient, répond à leurs attentes et leur permet d'exploiter leur potentiel :

Moi, j'aime beaucoup mon travail, vraiment et je sens qu'il est très important et j'ai trouvé que pour moi *c'était le bon choix* ... je ne le regrette pas... et je me retrouve... c.-à-d., moi, Sola, je ne peux pas exercer un meilleur emploi, non pas meilleur, c'est plutôt autre chose... je trouve que je peux donner toute ma capacité dans ce travail (Sola, L. 376-385).

Cet extrait rend compte par ailleurs que l'amour du travail ayant motivé le choix de cette participante pour la profession infirmière semble être toujours présent même après 11 ans d'exercice et qu'elle semble assez satisfaite de son choix.

¹⁸ « Se retrouver » est une expression qui a été utilisée par certaines participantes en français et qui semble provenir de l'anglais « *find myself* ».

Par contre, toute opposition à la réalisation de ses attentes oblige l'infirmière à remettre en question son choix professionnel et à chercher un emploi lui permettant davantage de « se retrouver » :

... j'ai 28 ans et je n'ai pas encore une voiture, ni un compte bancaire et si je vais penser me marier un jour ! Tout jeune homme pense à ce sujet, surtout à mon âge ... je suis censé poser les fondements de ma vie. Ce sujet ... me pousse à chercher autre chose (Sami, L. 163-164).

En effet, Sami, qui a choisi cette profession dans l'espoir de trouver un emploi et par le fait même toucher un salaire lui permettant de construire son avenir, n'a pas réussi jusqu'à présent à atteindre son objectif. C'est ainsi qu'il affirme que pour le moment « *je ne me retrouve plus dans mon travail* » (L. 746).

Notons que cette notion été évoquée au début par deux participantes détenant un Master (Sola et Nina) et par le seul infirmier, Sami, qui détient un diplôme technique supérieur. Lors de la rencontre de restitution des données, les quatre participantes présentes se sont retrouvées dans ce résultat qui selon leurs propos reflétait fidèlement leurs points de vue ; c'est ainsi que Rola déclare : « *c'est vrai qu'on passe **par des hauts et des bas**, mais le sens est toujours présent* ». Le profil de ces infirmières est varié en termes d'années d'expérience et de diplômes détenus. Leur représentation du sens au travail ne semble pas ainsi en lien avec l'une ou l'autre des caractéristiques de ces infirmières. Ainsi, il est possible de statuer que la majorité des participantes sont parvenues à construire un sens au travail ; la résultante de ce processus s'est manifestée par un sens au travail en tant que produit qui a été évoqué par les infirmières libanaises qui ont déclaré qu'elles « se retrouvent » dans leur travail. Par ailleurs, il est important de relever que Sami, le seul infirmier ayant participé à cette étude, est le seul à

avoir déclaré qu'il « ne se retrouve » pas dans son travail laissant entendre ainsi une pratique professionnelle vide de sens.

L'examen approfondi de ces catégories a permis de dégager des relations qui les unissent et de sortir avec une modélisation du processus de construction de sens au travail chez les infirmières libanaises ; il en serait question dans la partie qui suit.

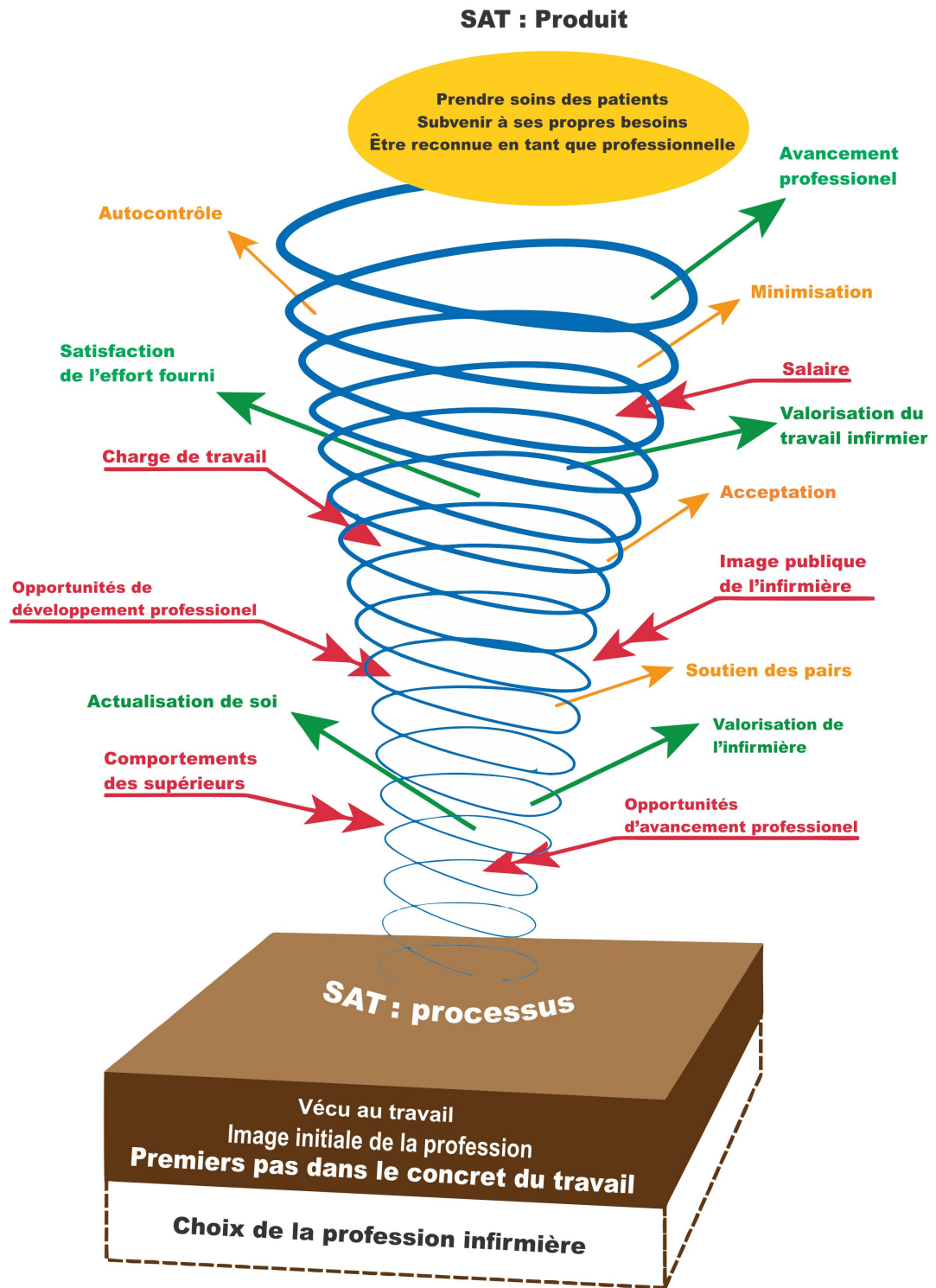
Processus de construction de sens au travail par des infirmières libanaises

Cette étude avait pour but de proposer un modèle théorique illustrant le processus de construction de sens au travail par des infirmières libanaises dans un contexte caractérisé par une pénurie du personnel infirmier associée à une rotation et à une migration des infirmières en dehors du pays. La partie qui suit propose une modélisation de ce processus basée sur une analyse approfondie des données collectées auprès de neuf infirmières libanaises éclairée par la perspective de l'interactionnisme symbolique et la théorie des représentations sociales. Elle commence par la description du modèle émergent et se termine par l'intégration de ses différentes composantes.

Description du modèle émergent

Le schéma suivant (cf. Figure 2) illustre la modélisation du processus de construction de sens au travail ayant émergé de l'analyse approfondie des résultats.

Figure 2. Modèle de construction de sens au travail par des infirmières libanaises



SAT : Sens au travail

En fonction de ce schéma, le processus de construction de sens au travail prend la forme d'une spirale qui représente le sens au travail en tant que processus et qui se développe sous l'influence d'un ensemble de facteurs avant d'aboutir à l'émergence d'un sens au travail en tant que produit ; il en sera question dans la partie qui suit.

Base de la spirale : « Choix de la profession » et « Premiers pas dans le concret du travail »

La première composante du modèle réfère au point de départ du processus de construction de sens au travail constituant la base de la spirale et prenant naissance de la catégorie « premiers pas dans le concret au travail » sous-tendue par la catégorie « choix de la profession ». Cette dernière ne fait pas partie intégrante de ce processus, elle se présente en tant qu'une étape préliminaire, un élément déclencheur qui pousse une personne à s'engager dans une profession. Elle nous permet toutefois de tirer les deux constatations suivantes qui peuvent avoir une influence indirecte sur la construction d'un sens au travail : 1) les participantes ont choisi la profession par amour de la profession ; et 2) la disponibilité des débouchés de travail affecte ce choix. Quant à la catégorie, « premiers pas dans le concret du travail », elle marque le début du processus de construction de sens au travail chez ces infirmières. Cette catégorie rend compte, d'une part, de « l'image initiale » de la profession infirmière et du travail infirmier et, d'autre part, d'un « vécu au travail » stressant et contraignant tel que décrit par les participantes lorsqu'elles ont évoqué leurs premiers contacts avec le monde du travail. L'influence de ces deux catégories sur la construction du processus de sens au travail par des infirmières libanaises sera évoquée ultérieurement.

Flèches rouges : « Contraintes du contexte »

Les flèches rouges du schéma reflètent la représentation des infirmières libanaises du contexte dans lequel elles exercent la profession. Ladite représentation n'est pas stable, elle est déterminée par la subjectivité des infirmières qui se manifeste par le choix des éléments retenus du contexte et par la signification qu'elles leurs attribuent. Ainsi chaque flèche symbolise un élément du contexte de travail considéré contraignant par les participantes. En effet, les infirmières libanaises décrivent leur contexte par ces termes : une charge excessive de travail, un salaire inadéquat, des opportunités de développement et d'avancement professionnel réduites, un comportement inéquitable de la part des supérieurs et une image publique dévalorisée de l'infirmière. Les ressentis de ces infirmières évoqués dans la catégorie « vécu au travail » qui nous ont donné un avant-goût de la situation sont toujours présents ; ils sont engendrés par les contraintes, les problèmes et le stress qui continuent à accompagner les infirmières tout au long de leur exercice professionnel. Ces contraintes attaquent le sens au travail et menacent ainsi le processus de sa construction.

Flèches orange : « Gérer les contraintes »

Les flèches orange représentent les différentes stratégies adoptées par les infirmières libanaises afin de composer avec les contraintes du contexte. Elles sont également déterminées par la subjectivité des participantes et varient en fonction des personnes. Ces stratégies permettent aux participantes de gérer les problèmes quotidiens et ponctuels ; elles sont d'ordre général et peuvent s'appliquer à toute contrainte indépendamment de sa nature ou de sa spécificité. Elles reflètent des réactions spontanées qui découlent des interactions non symboliques qu'une personne peut manifester de façon occasionnelle et dont leur influence se

situé à court terme. En tant que telles, ces stratégies ne semblent pas exercer un rôle déterminant dans le processus de construction de sens au travail.

Flèches vertes : « Sources de sens »

Les flèches vertes reflètent, pour leur part, la représentation des sources de sens telle qu'évoquées par les participantes et qui sont : la valorisation de l'infirmière, la valorisation du travail infirmier, la satisfaction de l'effort fourni, l'actualisation de soi et l'avancement professionnel. Cette représentation est également mouvante ; elle se module et s'adapte en fonction de la représentation des infirmières des éléments contraignants du contexte. Ces diverses sources de sens tendent à contrebalancer les effets des éléments contraignants du contexte en nourrissant le processus de construction de sens au travail là où les contraintes le fragilisent. L'infirmière prend en compte l'élément contraignant du contexte et agit en conséquence en puisant des diverses sources de sens, ce qui lui permet de s'opposer aux éventuelles conséquences que cette contrainte peut exercer sur le processus à l'étude. Le recours à l'une ou à l'autre de ces sources de sens se fait en fonction de chaque contrainte ; l'infirmière prend en compte la nature de la contrainte et adapte la source de sens qui s'oppose de façon spécifique aux conséquences occasionnées par la contrainte en question.

Spirale bleue : « Sens au travail »

La spirale bleue, quant à elle, représente le sens au travail chez ces infirmières qui a pris naissance au début de leurs contacts avec le travail et qui se construit au fur et à mesure de leurs interactions avec les divers éléments du contexte tout au long de leur parcours professionnel. Ledit sens réfère aux attentes des participantes relatives au travail, à ce qu'elles

cherchent à travers leur travail et ce à quoi elles tendent. Le sens au travail se présente ainsi en tant qu'un phénomène tridimensionnel qui se décline en trois attentes ou objectifs recherchés par les infirmières libanaises à travers leur travail et qui sont : 1) prendre soin des patients ; 2) subvenir à ses propres besoins ; et 3) être reconnue en tant que professionnelle.

Prendre soin des patients. La première dimension a trait à l'objectif « prendre soin des patients » qui a émergé au tout début du processus lorsque les participantes ont signalé que la profession infirmière pour elles consistait à aider et à soigner les patients. Ainsi, l'image initiale de la profession et du travail s'est maintenue et les infirmières ont poursuivi l'atteinte de cet objectif. Dans leur représentation du contexte du travail, elles ont évoqué la surcharge de travail en tant qu'une contrainte qui les empêche de prendre soin du patient comme elles l'entendent. Ces infirmières considèrent que les soins infirmiers constituent la finalité de la profession et que soigner les patients est la raison d'être des infirmières. Face à cette contrainte - la surcharge de travail -, elles ont réussi à accomplir leur travail aux dépens de leur santé physique et psychique et, parfois, au prix de la qualité des soins et de la prise en charge holistique du patient. Grâce aux efforts qu'elles déploient, ces infirmières parviennent à prendre soin des patients malgré les contraintes du contexte. « La satisfaction de l'effort fourni », qui représente la principale source de sens en lien avec cet objectif, vient soutenir ces infirmières et renforcer leurs efforts de façon à contribuer au développement du processus de construction de sens. L'amélioration de l'état de santé du patient et ses remerciements traduisant sa satisfaction vis-à-vis des soins fournis reflètent l'efficacité du travail infirmier aussi bien que son utilité ; ils favorisent chez ces infirmières les sentiments de joie et de

satisfaction, ce qui les encourage à persévérer et à démontrer le même empressement dans la prise en charge des patients.

L'atteinte de l'objectif - prendre soin des patients - est également menacée par les possibilités réduites et même absentes de développement professionnel. Or, les infirmières qui bénéficient de diverses opportunités leur permettant de développer leurs connaissances, leurs expertises et leurs expériences seront en mesure de s'occuper du patient et de lui offrir des soins de meilleure qualité. Ces infirmières comblent les lacunes du contexte par la recherche constante de toute occasion leur permettant de développer leur savoir et leur expertise ; « l'actualisation de soi » constitue ainsi une source de sens permettant à ces infirmières de compenser les limites imposées par le contexte et de parvenir à prendre soin des patients et à atteindre leur objectif.

Subvenir à ses propres besoins. La deuxième dimension concerne l'objectif « subvenir à ses propres besoins » qui accompagne tout emploi ou occupation et qui se traduit par une rémunération et des récompenses matérielles permettant à tout travailleur de se procurer les biens et les services dont il a besoin pour vivre ; il s'accorde ainsi avec le motif de choix de la profession infirmière favorisé par la disponibilité des débouchés de travail. Même si toutes les participantes n'ont pas évoqué cet objectif de façon explicite, la fonction instrumentale du travail représentée par le salaire et qui sous-tend tout choix professionnel reste une évidence. Cet objectif se traduit par la référence des participantes à un salaire insuffisant qui ne leur permet pas d'assurer leurs besoins. En effet, le salaire insuffisant représente la principale source de contrainte qui menace l'atteinte de cet objectif. Face à cette contrainte, les

infirmières disposent d'un éventail réduit de sources de sens leur permettant de combler les lacunes induites par la rémunération inadéquate. Elles briguent des postes élevés pouvant s'accompagner d'une augmentation du salaire ; « l'avancement professionnel » constitue ainsi le seul moyen disponible donnant à ces infirmières la chance de parvenir éventuellement à bénéficier d'une amélioration au niveau salarial. Ces infirmières tentent de se rapprocher de l'atteinte de l'objectif « subvenir à ses propres besoins » grâce à « l'actualisation de soi » qui se présente en tant qu'une étape qui les prépare à « l'avancement professionnel » ; en effet, les infirmières développent une expérience et une expertise et cumulent des certificats et des diplômes dans le but d'augmenter leur chance d'occuper un jour un poste de responsabilité accompagné d'une rémunération plus élevée.

Etre reconnue en tant que professionnelle. La troisième et dernière dimension réfère à la quête de reconnaissance que les infirmières libanaises recherchent à travers leur travail. À l'encontre des premières dimensions qui ont constitué les motifs de choix de la profession infirmière et, tel que signalé auparavant, « être reconnue en tant que professionnelle » s'est présentée de façon explicite ; en effet, cet objectif qui est apparu en second temps à partir des interactions des infirmières avec le contexte de travail, est recherché par tous les professionnels en accord avec l'une des valeurs associée au travail, la reconnaissance. Cette valeur semble être menacée par le contexte de travail des infirmières libanaises. Ainsi, l'image publique de l'infirmière perçue désavantageuse par les participantes, les postes de responsabilités limitées, le salaire non proportionnel à l'effort fourni et le comportement inéquitable des supérieurs, se présentent en tant que contraintes identifiées par les

participantes parce qu'elles constituent autant de facteurs pouvant affecter leur quête de reconnaissance.

Ces contraintes reflètent la dépréciation de la profession infirmière qui est considérée mal reconnue et qui ne jouit pas d'un statut social élevé et du prestige accordés aux autres professions. La possibilité offerte à ces infirmières d'accéder à un poste élevé dans la hiérarchie de l'institution reste improbable vu le nombre limité de postes vacants. Le comportement des supérieurs marqué par la discrimination et le favoritisme aussi bien que le salaire inadéquat accentuent leur sentiment de non reconnaissance. Face à ces facteurs qui déprécient la valeur de la profession et de l'infirmière, ces participantes recourent à des diverses sources de sens afin de neutraliser les effets de ces contraintes. « La valorisation de l'infirmière » qu'elle soit celle qui provient de son propre regard ou bien du regard des autres, se présente en tant qu'une source de sens ; en effet, « la valorisation de l'infirmière » constitue le moyen de s'opposer à l'image publique qui la considère sous la dépendance du médecin et qui la place dans une position sociale inférieure comparativement à d'autres professionnels. Les participantes brossent ainsi un portrait de l'infirmière caractérisé par des qualités et des compétences qui la distinguent des autres professionnels et évoquent les problèmes rencontrés et les sacrifices rendus par elle dans le cadre de sa pratique professionnelle afin d'accroître son importance et sa valeur.

« La valorisation du travail infirmier » contribue également à compenser la dépréciation de la profession et principalement de son rôle. Ainsi, l'image d'une infirmière technicienne qui applique les prescriptions médicales poursuit et hante ces participantes. Cette

image ampute les diverses fonctions de l'infirmière et anéantit son autonomie professionnelle. Identifier les divers aspects du rôle de l'infirmière et insister sur leur importance constituent, selon ces participantes, la façon la plus adéquate pour s'opposer à l'image réductrice de l'infirmière et de ses fonctions. En faisant ressortir la dimension humaine, relationnelle et éducative des soins infirmiers, les infirmières libanaises mettent en évidence la complexité de leur rôle et permettent ainsi aux activités autonomes de prendre le pas sur la dimension technique de son travail qui les place sous la dépendance médicale. « La valorisation du travail infirmier » laisse entendre, par ailleurs, que plus le travail est important plus la personne qui l'accomplit est importante ; ceci contribue par le fait même à « la valorisation de l'infirmière ».

Dans la même optique, « l'avancement professionnel », évoqué par ces infirmières en tant que source de sens, vient donner à ces participantes la possibilité d'accéder à un poste élevé qui les rehausse dans la hiérarchie de l'institution et leur confère de la reconnaissance. Quant à « l'actualisation de soi », elle exerce une relation indirecte sur la reconnaissance de l'infirmière ; le développement de connaissances et d'expertise et l'obtention de certificats et de diplômes constituent pour ces infirmières un moyen pouvant leur garantir une promotion professionnelle. Par ailleurs, le cumul des certificats et des diplômes reflète l'ampleur et l'étendue du savoir détenu par l'infirmière, ledit savoir contribue à la valorisation de la personne qui le possède.

Présenter le processus de construction du sens au travail sous la forme d'une spirale met en relief son caractère dynamique qui évolue et se développe suite à un état d'équilibre résultant du jeu de forces entre les contraintes d'une part et les sources de sens d'autre part ;

l'infirmière parvient, grâce à la disponibilité de diverses ressources, à nourrir et à alimenter la poursuite de l'atteinte de ses objectifs lui permettant ainsi d'exercer un travail ayant un sens.

Cercle jaune : « Sens au travail - Produit »

Le cercle jaune représente le sens au travail en tant que produit qui résulte du processus de construction de sens au travail. Ainsi, dans le cadre de cette étude, le sens au travail réfère à l'atteinte des objectifs et la satisfaction des attentes poursuivis par ces infirmières à travers leur travail. Ainsi, l'infirmière interagit avec les divers éléments du contexte, interprète ces éléments et les prend en compte. La présence de diverses sources de sens permet à l'infirmière de composer et de gérer les contraintes rencontrées dans le contexte du travail ; lorsque cette infirmière constate que les éléments du contexte se présentent en tant que contraintes, elle puise des diverses sources de sens disponibles, ce qui lui est nécessaire pour protéger le sens construit. L'infirmière qui parvient à atteindre ses objectifs et à satisfaire ses attentes, serait en mesure de donner un sens à son travail. L'idéal serait que le contexte au travail offre à l'infirmière une variété de sources de sens d'origine extrinsèque ; en l'absence de telles sources de sens, l'infirmière se tourne vers les sources d'origine intrinsèque, ses ressources personnelles.

Ce phénomène est subjectif étant donné qu'il est déterminé principalement par la personne à qui revient le soin de le construire. En effet, c'est l'infirmière qui, avec ses inclinaisons et ses penchants entretenus par un amour constant pour la profession infirmière, son implication et son engagement dans le processus de sa construction, va construire et protéger le sens au travail. Le sens au travail est également stable, il est profondément ancré

dans les valeurs personnelles et professionnelles ; c'est ce qui explique la conservation de la représentation initiale des infirmières explicite en ce qui a trait à l'objectif « prendre soin des patients » et implicites en référence aux objectifs « subvenir à ses propres besoins » et « être reconnue en tant que professionnelle ». Après avoir présenté et décrit les différentes composantes du modèle, il convient de passer à l'intégration de ces composantes et à identifier les liens qui les unissent en fonction de la théorie des représentations sociales.

Intégration des composantes du modèle

basée sur la théorie des représentations sociales

Même si les méthodes de collecte et d'analyse des données utilisés dans cette étude (Abric, 1994c) ne s'accordent pas avec celles qui sont habituellement utilisées dans des études basées sur la théorie des représentations sociales, il est possible de se baser sur cette dernière pour intégrer les diverses composantes du modèle. Les caractéristiques de la théorie des représentations sociales (Abric, 1994a) et leur concordance avec le phénomène de sens au travail ainsi que les résultats retrouvés rendent pertinent le recours à cette théorie. Rappelons que la représentation sociale est à la fois individuelle et collective et qu'elle constitue un processus et un produit.

En fonction de cette théorie toute représentation sociale est constituée de deux parties (Abric, 1994a, 1996) : un noyau central et un système périphérique. Le noyau central de la représentation est stable et rigide étant déterminé par les valeurs profondément ancrées de l'individu; il est peu sensible à l'influence de l'environnement et évolue lentement à travers le temps. Ce système constitue l'élément fondamental de la représentation et lui donne sa

signification. Quant au système périphérique, il comporte plusieurs éléments qui s'organisent autour du noyau central ; à l'encontre du noyau central, le système périphérique est peu stable et il subit l'influence du contexte. Ce système assure trois fonctions importantes. La première consiste à fournir au noyau central son aspect concret en déterminant les comportements de la personne. La deuxième, la plus importante par rapport à ce modèle, réfère à la fonction de protection du noyau central ; cette fonction offre au noyau central la possibilité de s'adapter et de garantir sa pérennité et son maintien à travers le temps en empêchant les contraintes de l'attaquer et de le déstabiliser. Quant à la troisième fonction, elle consiste à admettre dans une représentation des variations interindividuelles, ce qui donne à la représentation sa dimension individuelle (Abric, 1994a, 1996).

Ainsi, les objectifs recherchés par l'infirmière libanaise à travers son travail réfèrent au noyau central de la représentation du sens au travail ; ces objectifs ou attentes sont apparus de façon explicite au niveau de l'image initiale de la profession et de façon implicite au fur et à mesure du parcours professionnel. Ainsi, « prendre soin des patients », « subvenir à ses propres besoins » et « être reconnue en tant que professionnelle » constituent le sens attribué par cette infirmière à son travail. Ces objectifs sont partagés par toutes les participantes reflétant ainsi le caractère consensuel du noyau central de la représentation.

Quant au système périphérique de la représentation sociale, il réfère aux divers éléments qui forment le contexte immédiat de la représentation (Abric, 1994a, 1996). Ainsi, les contraintes du contexte et les sources de sens du modèle de construction de sens au travail sont assimilées au système périphérique de la représentation ; le rôle exercé par le système

périphérique dans la protection du noyau central semble assuré par le jeu de forces qui se déroule entre les contraintes du contexte d'une part et les sources de sens, d'autre part. Ainsi, l'infirmière suite à ses interactions avec le contexte de travail note l'existence de nombreuses contraintes qui l'empêchent d'atteindre ses objectifs ; l'influence de ces contraintes constitue un risque qui menace la stabilité du noyau central de la représentation. Étant donné que l'une des fonctions du système périphérique consiste à protéger le noyau central, ce système se mobilise pour assurer cette protection. L'infirmière interprète les éléments du contexte, les prend en compte et agit de façon à s'opposer aux effets de ces contraintes ; elle puise dans les diverses ressources qui lui sont disponibles, ce qui lui permet de conserver ses objectifs et ses attentes. Les actions entreprises et les attitudes manifestées par elle sont ainsi ciblées et prennent en compte la nature et la spécificité de la contrainte. À titre d'exemple, notons la situation d'une infirmière se trouvant face à un contexte qui lui renvoie une image publique dévalorisée de l'infirmière ; afin de s'opposer à cette dévalorisation qui menace la satisfaction de sa quête de reconnaissance, elle recourt à « la valorisation de l'infirmière », à la valorisation de son travail » et à « l'avancement professionnel ». « Être reconnue en tant que professionnelle » et qui constitue un des éléments du noyau central, est ainsi protégée, conservée et maintenue. Notons que les actions et les attitudes de l'infirmière ne sont pas mutuellement exclusives en ce sens que certaines d'entre elles peuvent avoir une influence directe sur l'un des objectifs et une influence indirecte sur l'autre. Ainsi, « l'avancement professionnel » se présente en tant que moyen permettant de protéger l'objectif « être reconnue en tant que professionnelle » aussi bien que celui de « subvenir à ses besoins ».

En recourant à des moyens pertinents qui ciblent les contraintes et qui s'opposent à leurs

effets destructeurs et déstabilisants du noyau central de la représentation, l'infirmière parvient à le protéger et à le conserver tout au long de son exercice professionnel. Le cercle jaune du schéma représente l'objectif ultime de l'infirmière auquel elle tend tout au long de son parcours professionnel. Tant qu'elle arrive à s'opposer aux contraintes et à bénéficier de sources de sens, elle va continuer à travailler ; mobilisée par son implication personnelle, nourrie par son amour du travail, elle va poursuivre l'atteinte de ses objectifs et la satisfaction de ses attentes. Suite à des interactions symboliques qui interprètent les divers éléments de la situation, l'infirmière libanaise se base principalement sur ses ressources personnelles pour contrebalancer les effets des contraintes du contexte de travail et parvient à poursuivre l'atteinte de ses objectifs et à rester fidèle à son poste.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Ce chapitre, qui présente la discussion des résultats de la présente étude, comporte quatre parties. La première compare le profil des participantes à l'étude à celui des professionnels de santé ayant participé aux études recensées ainsi qu'au profil des infirmières au Liban. La deuxième partie discute les principaux résultats à la lumière des écrits internationaux retrouvés et par rapport au contexte libanais. La troisième partie met l'accent sur la contribution de cette étude au développement des connaissances. Elle sera suivie par une quatrième partie qui identifie les forces et les limites de ce travail. Finalement, une cinquième partie présentant les implications de l'étude vient clore ce chapitre.

Caractéristiques des participantes

Les caractéristiques des participantes à cette étude diffèrent de celles des participantes aux études recensées principalement au niveau de la catégorie professionnelle et du lieu d'exercice. En effet, les participantes aux études recensées appartiennent à des catégories professionnelles diverse : infirmières, infirmières auxiliaires, aides-soignantes et même des médecins. Quant aux lieux d'exercice, ils varient entre des maisons de retraite, des centres de soins de long séjour, des hôpitaux psychiatriques, des unités de néonatalogie et même des centres de santé communautaire. Quant aux participantes libanaises, elles étaient toutes des infirmières qui exerçaient la profession dans les unités de court séjour de centres hospitaliers.

En ce qui concerne le contexte libanais, les participantes à l'étude reflètent une image conforme au profil des infirmières au Liban. En effet, la majorité des participantes appartiennent au genre féminin qui représente 80.44% des infirmières inscrites à l'OONL

(2013) ; la presque totalité des participantes (8/9) sont âgées de moins de 35 ans et rejoignent ainsi le pourcentage national relatif à cette catégorie d'âge qui atteint 65.89%. Par rapport au diplôme détenu, les résultats semblent également concorder avec ceux nationaux et qui sont, pour la licence, 47.6% et, pour les diplômes techniques, 51.45%. La partie qui suit présente une discussion des principaux résultats.

Discussion des principaux résultats

Cette partie discute les principaux résultats de cette étude à la lumière des écrits en lien avec le sens au travail et les explique en rapport avec le contexte libanais. Cette discussion porte en premier temps sur le sens au travail en tant que processus avant de discuter en deuxième temps du sens au travail en tant que produit ; l'examen du modèle théorique émergeant à la lumière des théories et des modèles recensés vient terminer cette partie.

Processus du sens au travail

La discussion du sens au travail en tant que processus porte principalement sur les différentes catégories qui composent le modèle émergeant et qui sont : « choix de la profession », « premiers pas dans le concret du travail » et « objectifs ou attentes recherchés au travail ».

Choix de la profession

Deux motifs de choix de la profession ont émergé des résultats de cette étude: l'amour de la profession et la disponibilité des débouchés de travail. En ce qui concerne le premier

motif, les écrits recensés n'ont pas évoqué l'amour de la profession parmi les facteurs qui sont à l'origine du choix professionnel. Étant donné que la vocation se définit par « une vive inclination, un penchant pour un état, une profession » (Le Grand Robert de la langue française, 2001b), il est possible de considérer l'amour que les participantes ont exprimé envers la profession en tant que vocation. Par ailleurs, l'amour de la profession s'accorde également avec la perspective de Vallerand et ses collaborateurs (2003) qui postulent que l'amour de la profession constitue une sorte de passion qui pousse le travailleur à aimer ce qu'il fait. Notons finalement que, dans le contexte libanais, la profession infirmière continue toujours à être considérée par la société en tant que vocation ; ceci est justifié par les origines de la profession au Liban, les premières infirmières étant des religieuses (Ducruet, 1992). Poussées par le désir de se libérer du cachet de la religion, il semble que ces infirmières évitent d'utiliser ce terme et le remplacent par l'amour ; d'ailleurs, comme l'affirme Blondeau (2002), l'amour constitue l'une des valeurs sur lesquelles se base la profession en tant que vocation. Amour, vocation ou passion, ces termes reflètent une prédisposition personnelle et traduisent l'attachement de l'infirmière à sa profession.

Quant à la disponibilité des débouchés de travail, qui a constitué le deuxième motif du choix professionnel chez les infirmières libanaises, il rejoint l'un des facteurs contextuels du modèle écologique de Young (1983) relatif au développement de carrière chez les adolescents intitulé « conditions de travail » et regroupant à la fois les opportunités de travail aussi bien que le salaire. Ce motif s'est retrouvé également dans les études réalisées par Sand-Jecklin et Schaffer (2006), Kersten, Bakewell et Meyer (1991) et par Law et Arthur (2003) qui ont montré que la garantie de l'emploi pousse les jeunes à choisir la profession infirmière. Par

rapport au contexte libanais, nos résultats s'accordent avec ceux retrouvés par une étude réalisée auprès de onze étudiants infirmiers inscrits en première année dans une faculté à Beyrouth dans le but d'explorer les facteurs de choix professionnels ; cette étude a également montré que le choix de la profession infirmière est influencé par la disponibilité des débouchés de travail et ceci pour la majorité de ces étudiants (Hakim, 2013). Notons que la disponibilité des débouchés de travail et la garantie de l'emploi constituent une évidence dans un contexte qui souffre de pénurie du personnel infirmier tel que le contexte libanais.

Terminons par le caractère délibéré du choix professionnel retrouvé dans nos résultats qui s'est traduit par la détermination des participantes à l'étude à s'engager dans la profession infirmière malgré l'opposition parentale. Ce résultat s'éloigne de ce qui a été démontré par différentes études (Kersten et al., 1991 ; Law & Arthur, 2003 ; Mooney, Glacken & O'Brien, 2008 ; Pillay, 2010) aussi bien que par l'étude libanaise (Hakim, 2013) où le choix professionnel des jeunes était influencé principalement par les parents. Le fait que les participantes aient choisi librement la profession et, dans certains cas, à l'encontre de la volonté parentale constitue un résultat qui sort du commun. En effet, au Liban la formation infirmière se fait principalement dans des instituts privés et coûte chère. Les étudiants libanais sont complètement dépendants de leurs parents qui assurent le financement des études de leurs enfants ; ainsi il est attendu à ce que ces étudiants se plient à la volonté parentale d'autant plus que les valeurs familiales au Liban obligent les enfants à obéir à leurs parents. Ainsi, il est possible de conclure que le choix délibéré de la profession puisse être reliée à l'amour évoqué déjà par les participantes et qui les a poussées à s'opposer à une volonté parentale qui contredit

leur choix. Notons finalement qu'un choix professionnel libre de toute contrainte représente selon Bowie (1998) une des caractéristiques d'un travail ayant un sens.

Premiers pas dans la profession

En accord avec le modèle de Kramer (cité dans Lavoie-Tremblay, 2000) relatif aux étapes de la socialisation des nouvelles diplômées, l'image idéale de la profession et les ressentis évoqués par les infirmières libanaises s'accordent avec l'étape intitulée « le choc ». En fonction de ce modèle, la nouvelle diplômée se retrouve rapidement face à un décalage entre une image idéalisée du travail et la réalité du travail. Selon ce modèle, cette infirmière est confrontée à une dissonance entre les valeurs véhiculées durant la formation et celles transmises par le collectif de travail ; des sentiments de frustration peuvent ainsi en découler (Lavoie-Tremblay, 2000).

Tel constat a été également relevé par les infirmières américaines Black et Chitty (2007) qui considèrent que la majorité des nouvelles diplômées font face à des contraintes de travail qui les empêchent de mettre en pratique ce qu'elles ont appris étant étudiantes ; cette nouvelle professionnelle qui, faute de temps, n'arrive pas à prendre soin des besoins physiques et psychiques du patient et à être présente à ses côtés va manifester des conflits et même développer un sentiment de culpabilité. Un tel résultat reflète les problèmes qui peuvent découler de la transition d'un statut d'étudiante à un statut de professionnelle.

L'état de choc vécu par les infirmières au début de leur exercice professionnel continue à susciter l'intérêt des chercheurs. En effet, de nombreuses études ont été récemment entreprises ayant comme point de départ les contraintes et le stress vécu par les nouvelles

diplômées qui semblent à l'origine de leur intention de quitter le travail ou la profession (Cho, Lee, Mark & Yun, 2012 ; Duclos-Miller, 2011 ; Rudman, Gustavsson & Hultell, 2014 ; Lavoie-Tremblay, Paquet, Marchionni, & Drevniok, 2011). Face à ces résultats, il convient de remettre en question, d'une part, la qualité de l'accompagnement offert aux nouvelles infirmières dans le contexte de travail et, d'autre part, les conditions de travail qui semblent être à l'origine de tels résultats.

Avant de terminer cette partie, il convient de noter que la première étape décrite que Kramer (cité dans Lavoie-Tremblay, 2000) intitulé « lune de miel » semble faire défaut chez les participantes à cette étude. Selon cet auteur, durant cette étape la nouvelle diplômée se sent reconnue et appréciée ; elle cherche principalement à développer ses habiletés techniques et à s'intégrer à l'équipe. Les participantes à notre étude n'ont pas évoqué « la lune de miel » parce qu'elles l'ont probablement effacée de leur mémoire ; ceci peut être justifié par le fait que cette étape est habituellement très courte ou parce que la représentation de ces infirmières de leurs premiers contacts avec le concret du travail est teintée par leur vécu actuel contraignant. Étant affectées par les diverses contraintes, elles n'ont gardé de « la lune de miel » qu'un lointain souvenir qui a pu s'estomper au fil des années.

Objectifs et attentes recherchés au travail

Cette partie discute des trois objectifs ou attentes que les infirmières recherchent dans leur travail et qui sont : prendre soin des patients ; subvenir à ses propres besoins ; être reconnue en tant que professionnelle.

Prendre soin des patients. L'objectif « prendre soin des patients » constitue la fonction fondamentale de l'infirmière (Dallaire, 2002). Il rejoint la finalité de la profession infirmière et du travail infirmier ; la finalité étant « un élément majeur de toute profession », elle explique la fin vers laquelle tendent les membres de la professions et s'adresse à la cible de l'activité professionnelle : le patient » (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2005, p. 95). Cet objectif, qui s'accorde avec l'image initiale de la profession évoquée par les participantes au début de leur exercice professionnel, rejoint également les divers écrits qui ont cherché à expliciter les caractéristiques de la profession infirmière ; ainsi, des termes tels que « service rendu vital pour l'humanité et le bien-être de la société » (Kelly, cité dans Chitty, 2007), « vocation de rendre service » (Kozier et al., 2005) et « idéal de service » (Labarre & Dallaire, 2008) justifient le choix des infirmières de cet objectif et la valeur qu'elles leur ont accordé. L'infirmière se présente ainsi en tant qu'une personne qui cherche le bénéfice des autres aux dépens du sien ; dans ce sens, cet objectif s'accorde avec l'une des valeurs de la profession infirmière, l'altruisme qui se manifeste par la préoccupation de l'infirmière du bien-être des personnes auxquelles elle prodigue les soins (Kozier, et al., 2005). Cet objectif représente par ailleurs une valeur partagée par toutes les infirmières. Notre résultat rejoint également les écrits de certains auteurs qui considèrent que le travail ayant un sens est celui qui permet à l'individu de se sentir utile aux autres (Morin, Gagné & Cherré, 2009), de les servir et de faire une différence (Miller, 2009).

La référence à un objectif à atteindre à travers le travail est une notion qui n'a pas été évoquée de façon directe par les études recensées auprès des infirmières. Toutefois, les infirmières ayant participé à ces études considèrent que la charge de travail les empêche de

s'occuper des patients et de leur assurer une prise en charge holistique et une bonne qualité des soins (Fagerberg, 2004 ; Hallin & Danielson (2007). Pour certaines, la charge de travail constitue également une source d'erreurs mettant la sécurité des patients en danger (Hallin, 2006). La surcharge de travail a été également identifiée par des infirmières travaillant dans un centre de santé de long séjour en tant que facteur les empêchant d'établir une relation adéquate avec les résidents; pour ces infirmières, la dimension relationnelle de leur travail constitue une source de sens (Alderson, Saint-Jean & Rhéaume, 2008). Finalement, Thomas et collaborateurs (1999b) rapportent dans leurs résultats que le sens construit par les infirmières découle de l'impact qu'elles pensent avoir laissé sur les patients ainsi que la satisfaction qu'elles en retirent. Les résultats ainsi retrouvés rejoignent ce que les infirmières libanaises ont évoqué en référence à l'utilité de leur travail et à l'importance de noter l'amélioration de la santé des patients et leur satisfaction des soins fournis. Il semble ainsi que les infirmières indépendamment des pays et des contextes du travail partagent cet objectif et placent l'accent sur les soins donnés aux patients qui constituent la raison d'être de leur profession.

Finalement, cet objectif s'accorde avec la conception de Virginia Henderson sur laquelle la formation et la pratique infirmière au Liban se basent (Sassine Kazan, 2009) ; cette conception considère la personne en tant qu'être bio-psycho-social ayant 14 besoins fondamentaux. En fonction de cette conception qui se situe dans le paradigme de la catégorisation, les soins infirmiers consistent à prendre en charge la personne soignée et à résoudre ses problèmes le temps qu'elle reprenne son indépendance. La pratique infirmière selon ce modèle vise le maintien de la dimension physique, sociale et mentale (Pepin et al., 2010), ce qui apparaît clairement dans les résultats retrouvés étant donné l'accent placé par les

infirmières libanaises sur la réponse aux besoins des patients en matière de soins relationnels, éducationnels, humains aussi bien que techniques. Cet objectif rejoint, également, les résultats d'une étude libanaise réalisée par Hakim (2013) suivant lesquels la majorité des étudiants ont choisi la profession infirmière poussés par un désir inhérent d'aider les autres et de les assister dans les périodes dures afin qu'ils retrouvent leur santé.

Subvenir à ses propres besoins. Cet objectif accompagne toute occupation et représente pour le travailleur une gratification face aux efforts fournis. Il découle du choix professionnel des participantes et a été évoqué dans leurs propos en tant que moyen qui leur permette de subsister et de satisfaire leurs besoins élémentaires. L'accent placé sur le salaire s'explique par la situation économique du pays. En effet, depuis de nombreuses années le Liban subit des troubles et des crises itératifs aussi bien politiques que sécuritaires qui menacent ses stabilités économique et sociale. Dernièrement, il a occupé le troisième rang parmi les pays les plus chers de la région (Hamdan, 2013) ; il serait possible ainsi de considérer que la cherté de vie, qui menace la satisfaction des libanais de leurs besoins les plus élémentaires, les pousse à accorder tant de valeur au salaire. Par ailleurs, la société libanaise basée sur les apparences, encourage la culture de consommation ; en effet, il semble que la modernité a fait une entrée rapide dans cette société dans les années qui ont suivi la guerre entraînant une croissance économique favorisée par l'augmentation de l'offre des produits et des services pouvant expliquer d'une part, la ruée sur la consommation (Tissier-Debordes, 2011) et, d'autre part, l'intérêt porté par les libanais pour les métiers qui rapportent de bons salaires (Najm, 2012). Le problème de salaire inadéquat, relevé par les participantes à l'étude, a été identifié également par la majorité des recherches libanaises entreprises en lien avec la satisfaction au

travail ou avec les facteurs qui poussent les infirmières à changer de poste, à émigrer ou à quitter la profession (El-Jardali et al., 2008, 2009 ; Germanos, 2012 ; Yaktin et al., 2003). Dans un contexte économique pareil, il est légitime de mettre en doute une amélioration des salaires des infirmières telles qu'elles le réclament; parvenir à bénéficier d'une rémunération adéquate semble être un objectif difficile à atteindre représentant ainsi un facteur pouvant favoriser la rotation et la migration du personnel infirmier qui sera poussé à rechercher un autre emploi pour un meilleur salaire. Parallèlement et compte tenu du coût généralement élevé de la formation infirmière, il convient de porter une attention à une réduction au niveau des effectifs d'étudiants dans les divers instituts de formation, une telle réduction commence déjà à se faire sentir ; l'attrait des jeunes pour la profession infirmière se trouve ainsi affaibli. Partant du fait que l'offre appelle la demande, on s'attend à ce que la demande augmente compte tenu de la pénurie du personnel infirmier ; or, la situation au Liban semble paradoxale, la pénurie est associée à une réduction du nombre d'étudiants qui s'engagent dans la formation infirmière et ceci dans les divers instituts de formation à travers le pays.

Quant à la relation entre le salaire et le sens au travail, elle a été évoquée par Auger et ses collaborateurs (2009) pour qui la rémunération constitue un des facteurs importants pouvant déterminer le choix d'un travail qui a du sens, aussi bien que par Bowie (1998) qui considère qu'un tel travail doit procurer un salaire suffisant permettant au travailleur de bénéficier d'un état de bien-être. Il est ainsi légitime de penser que l'infirmière libanaise puisse parvenir à atteindre ses objectifs et à satisfaire ses attentes dans un contexte économique tel que décrit précédemment ; la construction de sens au travail se fera ainsi en fonction de la

capacité de l'infirmière à donner un sens à son travail en puisant dans ses ressources personnelles étant donné que les ressources contextuelles en termes de salaire et de bénéfices financiers sont difficiles à retrouver. Il est par ailleurs important de noter qu'un esprit de résignation a longtemps régné dans le pays ; cependant, ces derniers temps, nombreux sont les syndicats et les associations professionnelles libanais qui lancent des manifestations et qui menacent d'une grève ouverte réclamant une révision des grilles de salaire.

Être reconnue en tant que professionnelle. Cet objectif ou attente recherché par le travail se manifeste par la quête de reconnaissance. La reconnaissance réfère à l'appréciation qu'un employé reçoit de la part de ses supérieurs, ses pairs et ses clients (Bilquez, 2008 ; Harrison, 2008 ; Jouvenot & Pierre, 2008 ; Morin, 2000), à la reconnaissance de ses compétences, de ses expériences, du travail bien accompli (Harrison, 2008 ; Morin, 2000) et de son investissement au travail (Jouvenot & Pierre, 2008). C'est également recevoir un salaire équitable (Bilquez, 2008 ; Jouvenot & Pierre, 2008 ; Morin, 2000). Par rapport aux écrits empiriques recensés, la quête de reconnaissance a été identifiée dans les études de Hallin et Danielson (2007). Les participantes à ces études qui détenaient des licences et des masters exprimaient le besoin de se développer et d'avoir un travail stimulant et source de défi. Elles accusaient leurs supérieurs de ne pas leur offrir le soutien et de ne pas prendre en compte leurs capacités et leurs compétences. Quant à l'étude réalisée par Alderson et ses collaborateurs (2011), elle met en évidence le problème d'absence de reconnaissance que les infirmières soulèvent de la part des supérieurs aussi bien que de la part de leurs pairs.

L'importance de cette attente se justifie étant donné que la reconnaissance professionnelle, et principalement celle qui provient des autres, participe aux dires d'Alderson et de ses collaborateurs (2011) à la construction identitaire du travailleur. C'est ce qu'affirme également Goulet (2002), pour qui la quête de reconnaissance de l'infirmière réfère à la recherche d'une identité sociale ; cette quête a été traditionnellement associée à l'autonomie et au pouvoir que confère le statut de la profession. Notons que le problème relevé par les participantes à l'étude relativement au manque de reconnaissance qui se traduit par la prédominance de la médecine sur le travail infirmier reflète cette perte de l'autonomie professionnelle. Cette constatation nous mène au débat soulevé par divers auteurs qui se demandent : « Jusqu'à quel point les soins infirmiers ont acquis les caractéristiques d'une profession ? ». La réponse à cette question qui varie en fonction des caractéristiques retenues d'une profession, n'est pas le but de ce travail. Toutefois, il est possible, en accord avec Chitty (2007) qui conçoit la professionnalisation sous la forme d'un continuum, de remplacer cette question par une autre : « sur le continuum de la professionnalisation où se trouvent actuellement les soins infirmiers ? ». C'est dans ce sens que Sassine Kazan (2012) avance que « les soins infirmiers au Liban sont en voie de professionnalisation » (p. 185) et relève que le problème se situe au niveau de l'autonomie professionnelle définie par le niveau de liberté d'action accordée de la professionnelle. Selon cette auteure, il semble que l'autonomie des infirmières au Liban varie en fonction des lieux d'exercice ; ainsi dans les hôpitaux urbains, les infirmières bénéficient d'une marge de décision plus grande que leurs collègues qui exercent dans des hôpitaux ruraux (Sassine Kazan, 2012). Cette constatation va à l'encontre de nos résultats qui relèvent l'image d'une infirmière dépendante des médecins aussi bien dans les hôpitaux urbains que ruraux. Cet écart pourra être justifié par les divers styles

organisationnels adoptés par ces hôpitaux aussi bien que par la marge décisionnelle accordée au personnel infirmier. Notons, par ailleurs, que la relation de dépendance est en lien, selon Boittin (2002), avec le développement constant de la médecine en matière de diagnostic et de thérapeutique qui exige de l'infirmière des connaissances et des compétences techniques de plus en plus spécialisées ; la dimension technique des soins infirmiers est ainsi mise de l'avant entraînant le renforcement de la dépendance de la profession infirmière à la profession médicale (Boittin, 2002). Le fait que les participantes à l'étude soient toutes des infirmières qui travaillent dans un secteur hospitalier centré sur les soins curatifs hautement spécialisés (Asmar, 2012) explique la primauté de la médecine.

Par ailleurs, l'infirmière américaine Chitty (2007) identifie le caractère féminin prédominant de la profession infirmière, la multiplicité des diplômes de formation et le passé ancré dans la religion en tant que barrières à la professionnalisation ; de telles barrières sont également présentes dans le contexte libanais. En effet, la profession infirmière au Liban est à prédominance féminine, le nombre d'infirmiers ne dépasse pas les 20% du nombre d'infirmières inscrites à l'OONL (2013). En ce qui concerne la multiplicité des diplômes, les instituts de formation au Liban délivrent trois diplômes différents ; l'unification d'un diplôme national reste un projet de loi qui attend la ratification (Zablit, 2010). Rappelons que l'origine de la profession infirmière au Liban, qui remonte aux ordres religieux étrangers et libanais comme le témoigne Ducruet (1992), constitue également un autre facteur pouvant entraver la professionnalisation des soins infirmiers.

Avant de terminer sur ce sujet, il est important de soulever d'autres motifs pouvant justifier la quête de reconnaissance manifestée par les participantes à l'étude et qui découle pour une grande part de la situation au Liban. Commençons par noter que, dans le langage courant des libanais, toute personne qui travaille à l'hôpital est appelé infirmière et ceci pour toutes catégories professionnelles confondues ; même après des dizaines d'années de formation universitaire, ce fait perdure. Par ailleurs, avec la création de l'Ordre en 2002, de nombreux changements dans le statu quo de la profession étaient attendus ; cependant, les divers projets de lois, qui règlementent l'exercice professionnel et la formation, préparés par l'Ordre à l'intention du pouvoir législatif attendent depuis des années une ratification (Zablit, 2010). Il semble que le pouvoir législatif subit également les aléas de l'instabilité du pays et de toute la région. Ainsi, la professionnalisation des soins infirmiers au Liban reste un but à atteindre.

Produit du processus : Sens au travail

Cette partie discute les résultats relatifs au sens au travail en tant que produit avant de passer à ceux en lien avec l'implication de l'infirmière dans sa construction ; après avoir évoqué l'amour du travail, cette partie se termine par « se retrouver » qui constitue la résultante du processus. Par rapport au sens au travail tel que développé par les infirmières libanaises, il réfère aux objectifs et aux attentes que l'infirmière recherche dans son travail. Cette perspective rejoint la définition proposée par Baumeister (1991) relative a sens en général. Pour cet auteur, le sens est un besoin pour tout individu, un tel besoin est relié à quatre besoins de base. Le premier et le plus important étant le « dessein » ou le besoin de tout individu de considérer que ses activités sont orientées vers un objectif. Le sens au travail chez

les infirmières libanaises qui se présente en termes d'objectifs ou d'attentes à satisfaire s'accorde ainsi avec le premier besoin évoqué par Baumeister. De par sa nature, cet objectif qui consiste à « prendre soin des patients » rejoint le deuxième besoin que Baumeister (1991) appelle « valeur morale » qui réfère au besoin de tout individu de sentir que ses activités sont bonnes et peuvent être justifiées ; la satisfaction de ce besoin se manifeste chez un individu qui ressent que ses actions ne sont pas mauvaises et désapprouvées et que sa vie possède une valeur positive. Ainsi, lorsque l'infirmière cherche à être utile aux autres, à rendre service à la société, elle le fait non pas pour son propre intérêt mais plutôt pour l'intérêt des autres ; les actions qu'elle entreprend orientées vers le bien sont bonnes et lui donnent le sentiment de faire une différence. En s'occupant des patients et en les soignant, l'infirmière parvient à satisfaire deux besoins proposés par Baumeister : avoir un dessein et exercer une profession utile et importante pour les autres. Quant au troisième besoin intitulé « efficacité », il réfère à la croyance d'un individu à avoir un certain contrôle sur les événements de la vie de tous les jours et se manifeste par la capacité de relever les défis et d'atteindre les objectifs. Ce besoin peut être assimilé à l'actualisation de soi et à l'avancement professionnel recherchés par les participantes et qui favorisent la satisfaction du besoin de reconnaissance, quatrième besoin relevé par Baumeister. En effet, le quatrième besoin de Baumeister (1991) se rapporte à la valeur personnelle ou au sentiment de supériorité ou de valeur positive. Il se traduit par le droit de tout individu à revendiquer le respect aussi bien de soi que le respect de la part des autres. En tant que tel, ce besoin rejoint la quête de reconnaissance recherchée par les infirmières libanaises en vue de s'opposer aux contraintes du contexte de travail qui semblent affecter ce besoin entraînant une dévalorisation de l'infirmière et de son travail.

À part la définition du sens, Baumeister (1991) a entrepris d'analyser les quatre besoins en relation avec le travail. Selon cet auteur, le travail peut être conçu par les individus en fonction de trois catégories : « emploi », « carrière » et « vocation » ; chacune de ces catégories permet au travailleur de satisfaire l'un ou l'autre de ces quatre besoins de base. Ainsi un travail considéré comme un « emploi » permet à la personne de satisfaire le besoin du dessein, de l'efficacité et de la valeur personnelle. Ces trois besoins peuvent être satisfaits également dans un travail perçu en tant que carrière. Ce n'est que le travail considéré comme une vocation qui permet la satisfaction des quatre besoins. Notons finalement, que selon cet auteur, la médecine est classée dans la catégorie « vocation » permettant ainsi, la satisfaction des quatre besoins. Partant de là, il est possible de supposer que, de par sa nature intrinsèque, la profession infirmière s'apparente avec la médecine et permet à l'individu qui l'exerce de satisfaire à la fois les quatre types de besoins. Bien que les infirmières tentent de s'écarter de toute référence à la vocation, il n'empêche que l'amour qu'elles manifestent pour leur travail les rapproche de la conception du travail en tant que vocation d'autant plus que cette dernière, de par sa définition déjà présentée, a perdu sa connotation religieuse et semble en accord avec un sentiment d'attachement qu'une professionnelle manifeste envers son travail.

En ce qui concerne le rôle prépondérant de l'infirmière et son implication dans le processus de construction de sens au travail telle que soulevés par les infirmières libanaises, il rejoint certains écrits qui insistent sur la subjectivité de ce phénomène. En effet, pour Staw et ses collaborateurs (1986), la disposition affective de la personne se présente en tant qu'une tendance générale vers une évaluation positive ou négative des éléments de l'environnement. Ainsi, il est possible de conclure que les caractéristiques personnelles de l'infirmière affectent

la façon suivant laquelle elle interprète les divers éléments du contexte. Partant de là, il est possible de statuer que c'est en fonction de sa disposition positive ou négative envers le travail que l'individu interprète les informations concernant son emploi de façon qui s'accorde avec cette disposition et, par la suite, expérimente une satisfaction ou insatisfaction au travail (Staw et al, 1986). En ce qui concerne Caudron (1997), elle considère que ce qui donne un sens au travail varie en fonction de chaque personne et déclare que le sens est aussi unique que les empreintes digitales. Quant à Matuska et Christiansen (2008), ils voient le sens en tant qu'une perception subjective de ce que l'individu fait et la signification qu'il lui attribue en fonction de ses objectifs, ses valeurs ses croyances et son identité personnelle.

En ce qui concerne l'amour que la majorité des participantes éprouvent envers leur travail, il s'inscrit également dans la même ligne d'idées ; le fait que l'amour de la profession se soit transformé en amour du travail mérite une attention. En effet, les infirmières ont choisi cette profession parce qu'elles l'aiment ; malgré les contraintes du contexte elles continuent à aimer leur travail. Cette situation rejoint ce que Vallerand et ses collaborateurs (2003) appellent la passion au travail ; pour ces auteurs, une passion réfère à une forte inclination qu'un individu manifeste envers son travail. Pour parler de passion au travail, l'individu doit aimer ce qu'il fait, le considérer important et s'y investir en temps et en énergie (Houfort & Vallerand, 2006). Ces auteurs font la différence entre une passion obsessionnelle qui se rapproche du « *Workaholism* » et une passion harmonieuse ; cette dernière constitue le résultat d'une intériorisation autonome qui survient lorsque la personne donne de l'importance à cette activité. Ainsi les résultats de cette étude convergent avec la notion de passion qui revient à dire que la personne est « en amour » avec son travail (Vallerand & Houfort, 2003). Par

ailleurs, Caudron (1997) souligne l'importance de ce sentiment en conseillant au travailleur de faire ce qu'il aime et d'aimer ce qu'il fait.

Enfin, terminons par la résultante du travail ayant un sens telle que décrite par les participantes et qui se traduit par le terme « se retrouver » qui semble en lien également avec la notion des besoins de Baumeister. En effet, selon cet auteur, le premier besoin qui réfère au dessein peut être divisé en deux grandes catégories : les objectifs qui ont été discutés auparavant et l'accomplissement qui réfère au terme anglais « *fulfillments* ». Ce dernier représente un état de la personne qui est le meilleur de ce qu'elle ressent actuellement, une notion idéalisée d'un état parfait que l'on peut atteindre dans le futur. Ainsi, l'infirmière qui déclare que son travail lui permet de se retrouver semble se rapprocher de la catégorie d'accomplissement décrite par Baumeister ; quant aux autres, elles gardent l'espoir de pouvoir un jour parvenir à se retrouver dans leur travail et à s'accomplir tout en s'impliquant dans la poursuite de l'atteinte de leurs objectifs et la satisfaction de leurs attentes. Notons que ce résultat rejoint ce que les participantes à l'étude de Hallin et Danielson, (2007) appellent « trouver son créneau » et qui correspond à l'exercice d'une profession qui leur convient et que personne ne regrette de l'avoir choisi. Jusqu'à quel point peut-on considérer que les résultats de l'étude de Hallin et Danielson peuvent confirmer les nôtres et que l'expression « trouver son créneau » s'allie à l'expression « se retrouver » étant donné que toutes les deux ont émergé des verbatim des participantes ?

Discussion en fonction des modèles existants

Cette partie propose de discuter le modèle émergent à la lumière des modèles retrouvés dans la littérature ; elle débute par la discussion des résultats en fonction des trois modèles déjà présentés dans le chapitre de la recension des écrits et se termine par le modèle de Morin et Aranha (2008).

Modèle de Guevara et Ord (1996)

Les résultats de cette étude au point de vue niveau de sens s'accordent avec ce que Guevara et Ord (1996) appellent un « certain niveau de sens » qui permet de répondre à la question : « Comment je m'adapte à mon contexte immédiat ? ». Par ailleurs, il est possible de considérer que la notion d'adaptation identifiée dans la perspective de ces auteurs rejoint le recours des participantes libanaises aux stratégies leur permettant de faire quand même une adaptation face aux situations problématiques du contexte. Toutefois, il est important de préciser que ces infirmières dépassent un niveau d'adaptation - pour emprunter le terme des auteurs - manifesté face aux contraintes du contexte pour parvenir à donner un sens à leur travail ; néanmoins, il est difficile de comparer ce sens au niveau développé par ces auteurs dans leur modèle intitulé « Organisation de l'expérience » qui s'inscrit dans une perspective philosophique existentialiste et qui décrit un niveau profond de sens en rapport avec le travail.

Modèle de Wrzesniewski et Dutton (2001)

Discuter les résultats à la lumière du modèle de « *Job crafting* » semble être difficile ; en effet, ce modèle cible un niveau de sens qui se rapporte à la tâche accomplie plutôt qu'au travail et qui découle de la capacité du travailleur de manœuvrer en utilisant de moyens

« détournés » ou d'habiletés afin de trouver un sens à son travail. Les résultats de notre étude et le modèle émergent dépassent ce niveau et rendent compte d'un sens qui découle non pas de la satisfaction tirée de la réalisation d'une tâche mais plutôt d'une satisfaction générale qui traduit l'atteinte des besoins et des attentes de l'infirmière.

Modèle de Pratt et Ashforth (2003)

La discussion du modèle de cette étude à la lumière de celui développé par Pratt et Ashforth (2003) rend compte de points de divergence qui se situent au niveau de l'objectif de chaque modèle et de la cible. Par rapport au modèle de Pratt et Ashforth, l'objectif recherché est la promotion du sens via l'identité ; les auteurs de ce modèle considèrent que le sens est une activité sociale et ciblent d'emblée un groupe de personnes qui exercent le travail dans un contexte organisationnel donné. Quant au modèle émergent, son point de départ est l'explication du processus de construction du sens au travail ; il considère ainsi que le sens est le fruit d'une activité subjective individuelle qui peut avoir des éléments communs traduisant un processus collectif. Par ailleurs, et comme noté auparavant, la relation entre l'identité et le sens n'est pas claire (Ashforth et al., 2008) et il nous semble difficile de présumer qu'il suffit de développer l'identité pour promouvoir la construction de sens. Finalement en accord avec l'objectif du modèle de Pratt et Ashforth (2003), il serait possible de se baser sur ce modèle pour proposer des interventions dans le cadre d'une organisation permettant aux travailleurs de donner un sens à leur travail.

Modèle d'analyse de la qualité de vie au travail

Le modèle d'analyse de la qualité de vie au travail a été développé par Morin et Aranha (2008) (cf. figure 3, Appendice I). En fonction de ce modèle, ce que les auteurs appellent « sens du travail » découle des caractéristiques du travail et qui sont l'utilité sociale du travail, les occasions d'apprendre et de se développer, la rectitude morale du travail, l'autonomie et la reconnaissance. Quant au « sens au travail », il émerge des relations au travail entretenues par l'employé dans le cadre de son exercice professionnel. Selon ces auteurs, l'employé trouve que son travail a un sens s'il perçoit positivement son travail en ce qui a trait aux conditions dans lesquelles il l'exerce et aux relations entretenues avec la direction, les pairs et les clients. Une perception positive influence la santé et le bien-être au travail et détermine la persévérance, l'engagement, la vigilance, la coopération et l'habilitation de l'employé ; ceci pourra se traduire par l'atteinte des objectifs fixés et du rendement attendu (Morin et Aranha, 2008).

Quant à l'employé qui les perçoit de façon négative, il a tendance à considérer que son travail n'a pas de sens et à manifester un stress et même une détresse morale ; afin de pouvoir continuer à travailler, il recourt à des stratégies dites défensives qui, une fois épuisées, des manifestations telles l'absentéisme, la désaffection, l'inattention et la minimisation risquent de survenir.

La discussion de nos résultats à la lumière du modèle d'analyse de la qualité de vie au travail montre que le sens au travail, tel que conceptualisé dans cette étude, s'accorde avec les deux concepts retenus par Morin et Aranha (2008), le sens du travail et le sens au travail.

Cependant, ce modèle ne tient pas compte du rôle déterminant de l'employé dans la construction du sens au travail qui se fait indépendamment de sa perception positive ou négative du contexte. En effet, les participantes à cette étude ont réussi à construire un sens au travail malgré la représentation « négative » qu'elles ont développée suite à leurs interactions avec leur contexte de travail. Nos résultats semblent en contradiction avec l'hypothèse avancée par les auteurs de ce modèle qui considèrent que les sens du travail et au travail varient en fonction de la nature positive ou négative de la perception de l'employé. Par ailleurs, il semble que cette hypothèse s'oppose également au cadre épistémologique de notre étude ; en effet, l'interactionnisme symbolique place l'accent sur l'individu qui interprète les éléments du contexte, tandis que la perspective de ces auteurs considère que l'individu se contente de percevoir à travers ses sens les éléments du contexte qui se présentent à lui. Par ailleurs, le modèle de qualité de vie cible la notion de productivité en termes d'atteinte des objectifs de l'organisation et d'un niveau de rendement attendu ; quant au modèle de construction de sens au travail, sa résultante se rapporte plutôt au sens au travail qui se traduit par l'atteinte des objectifs personnels de l'employé plutôt que ceux de l'institution.

En guise de conclusion à cette partie, il semble que les modèles déjà évoqués ont ciblé la dimension contextuelle du sens au travail et ont cherché à comprendre ce qui, dans le cadre de l'organisation, est source de sens. Leur finalité se limite à développer des interventions qui modifient les conditions de travail de façon à favoriser chez l'employé un travail ayant un sens. Ceci revient à dire que l'employé subit les effets de l'environnement et qu'il suffit de changer le contexte dans lequel il travaille pour que son travail ait un sens. Ainsi, le caractère actif et le rôle déterminant du travailleur semblent être occultés. Ceci pourra se justifier par

l'affiliation des auteurs au domaine de la gestion et des ressources humaines qui considèrent les pratiques organisationnelles et les conditions de travail comme la cible de leur profession et qui s'intéressent à la productivité et au rendement des collectifs d'employés.

Contribution de l'étude au développement des connaissances

L'étude du phénomène de sens au travail chez les infirmières libanaises permet de développer les connaissances au niveau du savoir disciplinaire et du savoir pratique. Par rapport au savoir disciplinaire, les contributions de cette étude au développement de connaissances se manifestent aux niveaux conceptuel et théorique. En ce qui concerne le niveau conceptuel, cette étude a permis d'enrichir le savoir conceptuel de la discipline infirmière par l'introduction d'un nouveau concept multidimensionnel, subjectif admettant des variations individuelles. Diverses raisons justifient l'intérêt qui découle de l'étude de ce concept. Notons en premier la diversité des définitions aussi bien que des appellations retrouvées dans les écrits dans les domaines de la psychologie, la sociologie, la psychologie sociale, la gestion, le management et les ressources humaines (cf. Appendice B). Devant cette variété, il était difficile de sortir avec un consensus permettant d'explicitier et de délimiter le phénomène de sens au travail. Par ailleurs, et en accord avec Meleis (2007), l'identification et le développement des concepts représentent des phases importantes permettant de favoriser la progression d'une discipline. Un tel développement passe par trois étapes : 1) exploration du concept ; 2) clarification du concept ; et 3) analyse du concept. Cette étude a ouvert la voie au développement du phénomène de sens au travail en permettant de l'explorer ; l'étape d'exploration rend possible l'identification de nouveaux concepts pouvant intéresser la

discipline infirmière. Étudier le sens au travail, permet de sensibiliser les chercheuses à ce nouveau concept et de susciter leur intérêt afin de le soumettre à des examens approfondis permettant ainsi de le développer et de l'enrichir ; et comme l'affirme Meleis (2007), un concept n'est jamais statique et sa définition doit s'inscrire dans un processus dynamique permettant d'intégrer constamment les connaissances et les données nouvelles. Par ailleurs, le recours à des recherches qualitatives constitue un moyen permettant de favoriser le développement d'un concept en se basant sur les observations et les entrevues et d'initier ainsi le processus de son développement (Morse, 1995). Ainsi, l'étude du sens au travail constitue une originalité en sciences infirmières. En effet, ce concept qui a bénéficié d'une popularité dans divers domaines n'a pas été bien exploité dans le cadre de la discipline infirmière. Ce concept s'accorde avec la nature intrinsèque des soins infirmiers qui constitue un domaine pouvant offrir aux infirmières la possibilité de donner un sens à leur travail et de faire une différence. Finalement, en accord avec Rodgers (2005), il est légitime de statuer que toute recherche constitue d'une façon ou bien d'une autre une tentative de développement d'un concept ; ainsi en s'intéressant au sens au travail et en proposant de le clarifier et de l'explorer, cette étude a amorcé le processus de son développement.

En ce qui a trait au développement d'une théorie en sciences infirmières, il constitue un autre moyen contribuant à enrichir le savoir et à augmenter le corpus de connaissances disciplinaires (Rodgers, 2005). La présente étude a rendu possible le développement d'un modèle théorique qui permet d'expliquer le processus de construction de sens au travail des infirmières libanaises. Cette théorie s'inscrit dans le niveau contextuel proposé par Im et Meleis (1999) ; selon ces auteurs, un tel niveau ayant un champ d'application réduit permet de

cibler un phénomène en particulier, de prendre en compte le contexte dans lequel le phénomène survient et de réduire l'écart entre la théorie et la pratique. Parvenir ainsi à une explication théorique du processus de construction de sens au travail constitue une contribution majeure de cette étude. En effet, le processus de construction de sens au travail n'a pas été explicité jusqu'à présent ; les modèles retrouvés dans la littérature présentaient une vision réduite du phénomène, ciblaient sa dimension collective aux dépens de sa dimension individuelle et prenaient en compte l'influence des facteurs contextuels en négligeant les facteurs personnels. Cette étude propose une modélisation permettant de prendre en compte d'une part, le travailleur, ses caractéristiques personnelles et ses dispositions affectives et, d'autre part, son contexte en ciblant les interactions qui se déroulent entre les deux permettant de clarifier la perspective individuelle avant de passer à une perspective qui s'accorde avec le collectif de travail.

Ce travail qui est parvenu à élaborer une théorie qui explique un tel processus constitue une nouvelle et intéressante voie étant donné qu'elle n'a pas été jusqu'à présent empruntée par les chercheurs. En effet, une étude portant sur le processus de construction de sens au travail auprès des infirmières est, à la connaissance de l'étudiante-chercheuse, du moins non accessible ; quant à une pareille étude dans le contexte libanais, elle est simplement inexistante. Cette théorie va permettre d'expliquer le phénomène à l'étude, processus de construction de sens au travail dans un contexte donné, le secteur hospitalier au Liban, et de parvenir ainsi à une meilleure compréhension de ce qui permet aux infirmières de tirer satisfaction de leur travail, de manifester de la motivation et de l'engagement et de jouir d'un niveau optimal de santé au travail. Ceci ne pourra se traduire que par une meilleure qualité de

soins offerts aux patients et de la fidélisation des infirmières à leur poste. Il serait possible ainsi de proposer des stratégies et des interventions qui prennent en compte ce qui contribue au développement d'un sens au travail.

Forces et limites méthodologiques de l'étude

Comme tout travail, la présente étude comporte des forces et des limites méthodologiques qu'il convient de les évoquer et de les discuter.

Forces méthodologiques

La principale force de cette étude concerne le recours à l'interactionnisme symbolique dans l'étude d'un phénomène tel que le sens au travail. En effet, se baser sur l'interactionnisme symbolique a permis à l'étudiante-chercheuse d'avoir une vision large de ce phénomène et de prendre en compte à la fois l'infirmière et le contexte de travail. Cette étude a, par ailleurs, donné la parole aux participantes et les a invitées à décrire l'interprétation de leur réalité au travail ; il était ainsi possible de voir le contexte à travers leurs yeux, ce qui, dans ce contexte, est source de sens ou de contraintes de façon à répondre au caractère subjectif du phénomène étudié.

Le recours à l'interactionnisme symbolique a été complété par l'approche constructiviste de la théorisation ancrée qui constitue ainsi la deuxième force de cette étude. Donner la priorité au phénomène de l'étude et voir les données et les analyser en tant que création des

expériences partagées entre le chercheur et les participants (Charmaz, 2006) constituent les principes sur lesquelles se base cette approche. L'adoption par l'étudiante-chercheuse de telle approche lui a donné la liberté d'aborder l'analyse et l'interprétation sans se sentir liée par un cadre prédéterminé. Elle a pénétré dans le monde des participantes et s'est laissée guider par les données, ce qui lui a permis de faire émerger un modèle enraciné dans le monde empirique. Le recours à la méthode de théorisation ancrée semble pertinent ; le phénomène de sens au travail a une mince base conceptuelle et théorique et un modèle ou une théorie permettant de l'expliquer est rare ou du moins non disponible. Cette méthode a permis à l'étudiante-chercheuse de proposer une modélisation pouvant éclairer le processus de construction de sens au travail des infirmières libanaises.

Les limites méthodologiques

La première limite inhérente à l'étude concerne la taille de l'échantillon qui pourra mettre en jeu sa validité. Toutefois, le nombre de participants dans une recherche qualitative ne constitue pas un but en soi ; ce qui importe c'est plutôt l'atteinte d'une saturation des données. Une saturation des données signifie que de nouvelles données n'apportent pas d'informations supplémentaires à ce qui a été déjà relevé. Ainsi, grâce aux neuf entrevues, l'étudiante-chercheuse est parvenue à clarifier le phénomène de sens au travail et à proposer une modélisation expliquant son processus de construction chez des infirmières libanaises ; l'atteinte d'une saturation empirique plutôt que théorique, telle que précisée par Pires (1997), ne réduit pas pour autant la valeur des résultats. En effet, selon Charmaz (2006), générer une théorie continue à être une promesse potentielle et non tenue de l'approche de la théorisation ancrée et, par conséquent, un processus constructiviste n'arrive jamais à une conclusion

définitive. Par ailleurs, la restitution des données et la présentation du modèle émergent expliquant le processus de construction de sens au travail faites par l'étudiante-chercheuse à un groupe de participantes a permis de valider les résultats et de témoigner de leur confirmation.

La deuxième limite méthodologique concerne la traduction des verbatim ; ainsi, le recours à la traduction inversée a permis de limiter la perte de données dans le processus de traduction. Cependant une perte potentielle de la richesse des verbatim peut survenir ; cette perte s'explique principalement par la difficulté pour deux langues de saisir les mêmes réalités de la même façon. Certains mots peuvent charrier, de par leur signification littéraire, une connotation affective et culturelle. L'étudiante-chercheuse a pris soin de ne pas s'écarter des verbatim des participantes et de traduire le sens le plus proche possible des mots et des expressions utilisés par les participantes. Le recours à des questions style « que voulez-vous dire par X ? » permettait aux participantes d'expliquer leur point de vue et à l'étudiante chercheuse de valider le sens des mots exprimés et d'éviter un éventuel écart de signification entre elles.

En plus, le recours à des entrevues comme moyen de collecte de données soulève encore une limite qui se manifeste par le souci des participantes de donner une image positive d'elles-mêmes en tant que professionnelles et de teinter leurs réponses par la notion de désirabilité sociale. La reformulation des verbatim des participantes et la répétition de certaines questions constituent des moyens utilisés par l'étudiante-chercheuse permettant de comparer les réponses et de déceler ce biais. En plus, les participantes ont fait un retour au début de leur

pratique professionnelle pour décrire « leurs premiers pas dans le concret du travail », ce qui représente également une limite. Utiliser des données rétrospectives peut mettre en jeu la fiabilité des résultats ; en effet, la difficulté de se remémorer un vécu et des ressentis, datant de nombreuses années, peut constituer un risque qui porte atteinte à la fiabilité de certaines données. Cependant, le fait que la majorité des participantes aient exprimé les mêmes idées constitue une façon de s'assurer de la fidélité des résultats. L'entrevue comporte par ailleurs une limite pouvant découler d'une influence possible du chercheur sur son déroulement. Conformément aux principes méthodologiques de l'interactionnisme symbolique, l'intersubjectivité est privilégiée. En plus, l'approche constructiviste de la théorisation ancrée propose de comprendre le phénomène ; or comprendre se base sur la subjectivité du chercheur qui propose sa compréhension du phénomène étudié non pas en tant que vérité mais plutôt en tant qu'une perspective parmi d'autres (Charmaz, 2006).

Le fait que l'étudiante-chercheuse soit familière avec le contexte de travail pourra être considéré également en tant qu'une limite ; en effet, l'étudiante-chercheuse a travaillé en tant qu'infirmière hospitalière pendant des années et se présente sur le terrain en ayant sa propre représentation du phénomène étudié et du contexte de travail. Cependant, une telle familiarité pourra enrichir les données étant donné que les participantes à l'étude seront plus enclines à communiquer leurs expériences, leurs ressentis et leur vécu à une collègue qui peut mieux les comprendre. Passons maintenant aux implications qui découlent de nos résultats.

Implications de l'étude

La contribution de cette étude au développement des connaissances devra se traduire par des propositions pouvant être utiles à la profession infirmière aux plans de la formation, de la pratique et de la gestion, de la recherche aussi bien que sur le plan sociopolitique ; la partie qui suit proposera quelques-unes de ces recommandations.

Au plan de la formation

La responsabilité de la formation dans le développement d'un sens au travail se manifeste en premier lieu au niveau des programmes d'orientation professionnelle offerts au Liban aux élèves des classes secondaires par les écoles ou bien par les facultés et instituts de formation supérieure en vue de mettre à leur disposition les possibilités en matière de formation supérieure. À ce niveau, les responsables de ces programmes ont intérêt à transmettre aux candidats des informations claires afin de les sensibiliser aux avantages aussi bien qu'aux exigences qui découlent de la formation et de l'exercice professionnel en lien avec les diverses domaines professionnelles. Un rôle pourra être joué à ce niveau à travers un accompagnement offert aux étudiants leur permettant de trouver un travail et une carrière qui les intéressent et les passionnent. Une révision des examens d'admission pourra être bénéfique également de façon à garantir une meilleure sélection des candidats qui présentent un profil concordant aux exigences de chaque profession.

Au niveau pédagogique, il serait utile d'intégrer au cursus diverses formations permettant aux étudiantes de prendre en main leur apprentissage, de développer des capacités

de gestion efficace du stress, des contraintes et des conflits, de les préparer à mieux travailler dans un esprit collaboratif et de faire valoir leur contribution au travail.

Par ailleurs, la formation gagnera à encourager les étudiantes infirmières à s'impliquer dans le processus de socialisation qui va leur permettre de se développer sur le plan personnel et professionnel et d'initier le processus de développement d'une identité professionnelle solide.

Afin de réduire l'impact de l'écart que les étudiantes vont nécessairement noter au début de leur vie professionnelle, il serait utile que les responsables de la formation les préparent aux expériences vécues par toute nouvelle diplômée ; elles accepteront mieux les contraintes et seront capables de prendre en main les problèmes qui découlent de leur transition d'un statut d'étudiante à un statut de professionnelle.

Au plan de la pratique et de la gestion

Dans la même ligne d'idées, la première recommandation à faire sur le plan de la pratique réfère à la collaboration étroite pouvant être développée entre le milieu de formation et le milieu professionnel ; en effet, cette collaboration va permettre aux nouvelles diplômées de réussir sa transition entre ces deux milieux et de réduire les effets de l'étape de « choc » qui affecte le début de toute nouvelle professionnelle. Le contexte de travail permettra ainsi à la nouvelle venue de progresser dans le développement du processus de socialisation débuté durant la formation grâce aux programmes d'orientation et d'intégration que le milieu professionnel pourra lui offrir. À cet effet, le domaine de la gestion des ressources humaines fournit de nombreux modèles facilitant l'intégration du nouvel employé.

Parallèlement, il est important de créer un environnement favorable au développement de sens au travail par la mise en place d'une variété d'interventions ou de stratégies. À titre d'exemple, notons la diffusion et l'explicitation de la mission et des buts de l'hôpital afin d'impliquer les infirmières et de leur montrer la valeur de leur contribution dans la poursuite de ces objectifs. La quête de reconnaissance revêt une importance primordiale pour les infirmières; à cet effet, il serait utile d'adopter des pratiques pouvant couvrir les différentes dimensions de la reconnaissance. Il s'agit de reconnaître l'infirmière en tant que personne, de reconnaître les résultats et la contribution qu'elle apporte à l'institution, de reconnaître son effort et son investissement indépendamment des résultats et, finalement, de reconnaître ses compétences et ses expertises (Brun, 2008). La reconnaissance de l'infirmière pourra ainsi se traduire par une modification du comportement et de l'attitude de l'infirmière dans son travail. En effet, une infirmière reconnue dans son contexte immédiat reflétera une meilleure image d'elle-même, tel reflet se répercutera nécessairement sur son image publique. Par ailleurs, le développement d'un esprit de collaboration interprofessionnelle pourra se traduire par un travail d'équipe permettant de réduire les zones de frictions entre les différentes catégories professionnelles qui font partie de cette équipe ; une telle collaboration favorisera l'autonomie professionnelle dans le respect du rôle et de la contribution de chaque membre de l'équipe.

L'amélioration des conditions de travail en termes de salaire, de relations interpersonnelles, de prise en compte de l'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle peuvent également être entreprises de façon à rendre le contexte de travail plus favorable. La prise en compte de la charge administrative qui a découlé des processus

d'accréditation et de certification mis en vigueur dans les hôpitaux pourra se traduire par la mise en place d'un poste de secrétaire pouvant s'en charger. Par ailleurs, il est important de réviser et d'évaluer les modes d'organisation de soins adoptés dans les divers hôpitaux afin de proposer d'autres modes plus efficaces pouvant réduire la charge de travail de l'infirmière. Elle sera ainsi en mesure de prendre soin des patients et de fournir une meilleure qualité des soins.

La direction des hôpitaux gagnera à mettre à la disposition des infirmières des opportunités de développements personnel et professionnel en termes de formation continue et supérieure et de leur offrir des plans de carrière en tenant compte de leurs compétences et en répondant à leurs attentes et à leurs aspirations. L'adoption d'une politique transparente en matière d'avancement professionnel est aussi indiquée.

Terminons en notant que la littérature scientifique met à la disposition des directions des centres de santé divers modèles et stratégies permettant de développer un environnement qui favorise la construction de sens au travail (Guevara & Ord, 1996 ; Pratt & Ashforth, 2003 ; Terez, 1999).

Au plan de la recherche

Cette étude a permis de clarifier un concept qui ne bénéficie pas d'un consensus et de proposer une explication théorique d'un processus qui semble avoir une influence importante sur la motivation, la satisfaction, l'engagement, la performance et la santé au travail chez les infirmières. Ainsi, il serait important de pousser plus loin la recherche à ce sujet afin de parvenir à conceptualiser le sens au travail qui se présente en tant que concept promoteur qui saisit à la

fois l'infirmière et le contexte en une vision assez large de façon à mieux l'appréhender. Il serait utile également de développer et de raffiner la théorie substantive en la comparant, par exemple, à d'autres groupes d'infirmières qui exercent la profession dans des contextes différents afin d'identifier les ressemblances ; ceci pourra se traduire par la mise en place de stratégies personnelles et contextuelles permettant de favoriser la construction du sens au travail et de bénéficier de ses répercussions positives sur le travail et la santé de l'infirmière.

Le problème de la pénurie d'infirmières est une affaire complexe et il convient de développer un programme de recherche qui pourra intégrer diverses approches ou perspectives de telle sorte à avoir une vision large et englobant de ce problème permettant de mieux le cerner, le comprendre et de parvenir à des solutions plus efficaces et mieux adaptées.

Par ailleurs, le processus de socialisation des infirmières constitue une voie intéressante pouvant également éclairer la situation des infirmières : développer les recherches dans cette voie permet d'identifier les éventuelles barrières qui entravent la bonne marche de ce processus et de faciliter le développement de l'identité professionnelle des infirmières. Des études peuvent être menées pour mieux comprendre ce qui permet à l'infirmière de se développer professionnellement compte tenu des contraintes et des exigences du travail.

Au plan sociopolitique

Ce plan concerne principalement l'Ordre des infirmières et des infirmiers au Liban qui a été créé en 2002. Cet organisme est appelé à jouer un rôle primordial dans le développement de la profession infirmière et dans la protection des droits des professionnelles. Ainsi, les projets de

lois qui règlementent l'exercice professionnel et la formation doivent être relancés auprès du pouvoir législatif afin de parvenir à les mettre en vigueur. De tels projets permettront de constituer une base pouvant accélérer le processus de professionnalisation de la profession infirmière, seule garantie de l'autonomie et de la reconnaissance professionnelle. La formation universitaire instituée au Liban depuis de nombreuses années constitue un atout pour la profession ; cependant, l'absence d'un diplôme unique constitue un point faible qui découle de la prolifération de nombreuses institutions qui délivrent des diplômes de niveaux différents. Dans une telle situation, la formation bénéficiera de la ratification du projet de loi qui donne à l'Ordre la possibilité de contrôler et de surveiller les divers cursus de formation pouvant se traduire par une élévation de la valeur et la crédibilité de cette formation contribuant ainsi à élever la valeur et la crédibilité de la profession et des professionnelles.

Parallèlement, il est important que les infirmières s'impliquent plus dans le développement de leur profession, le Libanais étant reconnu par son esprit individualiste ; ainsi, il est temps que les infirmières libanaises arrêtent de demander ce que fait l'Ordre et commencent à se demander ce qu'elles font elles pour soutenir cet organisme et pour le renforcer.

Finalement, la recherche au Liban est jeune et reste encore plutôt timide ; encourager le développement de la recherche dans tous les domaines est une affaire de toute nécessité. Toutefois, il est impératif de veiller à ce développement de façon à éviter une prolifération des travaux de recherche qui risque de se produire de façon anarchique. Une collaboration entre les différentes instances, facultés, instituts de formation et centres de santé chapeautés par l'Ordre

est indiquée ; ceci pourra se traduire par une éventuelle implantation d'un projet national qui priorise les sujets et les problèmes à investiguer. Ceci ne pourra se traduire que par un avancement et un essor de la profession infirmière sur le plan de la formation, la pratique et la recherche. Ceci dit, il est temps de clore ce travail par une petite conclusion qui fera l'objet de la partie suivante.

Conclusion

Ce projet de recherche doctorale a favorisé la proposition d'un modèle théorique qui a clarifié une nouvelle perspective du problème de pénurie du personnel infirmier. Ce problème revêt une importance primordiale, et ce, dans de différents pays et contextes. Il constitue un phénomène complexe qui nécessite une prise en charge qui tient compte de cette complexité par le recours à des approches différentes permettant de l'appréhender et de réduire son intensité. Dans le contexte libanais, une telle prise en charge reste dans le domaine de l'utopie ; en effet, dans un pays menacé par des attaques meurtrières et des guerres absurdes où le besoin de conservation de la vie prime, satisfaire les attentes des infirmières semble dérisoire. Cependant, il est important de ne pas perdre l'espoir de parvenir un jour à développer la profession et à donner aux infirmières l'opportunité d'exercer leur travail dans un contexte leur permettant de construire un sens au travail. En attendant, il est possible de conclure que dans d'une telle situation le sens au travail semble être la seule raison qui poussent les infirmières libanaises à continuer à travailler. Cette citation de Terkel (1972) semble refléter la pensée de nombreuses infirmières qui sont à la recherche d'un sens au travail :

“Work is about a search for daily meaning as well as daily bread, for recognition as well as cash, for astonishment rather than torpor, in short for a life rather than a Monday to Friday sort of dying”.

RÉFÉRENCES

- Abendroth, D.A. (2005). *How expert hospice nurses find meaning in their work*. Ph.D. dissertation, School of professional study of Gonzaga University, United States. Document récupéré le 15 Novembre 2009 du Proquest Dissertations And Theses. (UMI Microform No. 3170684).
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association* 288(16), 1987-1993.
- Akatchérian, R. (2006). La profession d'infirmière au Liban : un siècle d'histoire. Hier, aujourd'hui et demain (pp. 24-27). Dans, *La profession infirmière au XXI^e siècle : Réalité et défis. Actes du 1^{er} Congrès international de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Saint-Joseph*. Beyrouth, Liban : Université Saint-Joseph.
- Alderson, M., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2008). Paradoxes dans le travail et quête de sens : Une cohabitation impossible! Dans N. Pettersen, J.-S. Boudrias et A. Savoie (Eds). *Entre tradition et innovation, comment transformons-nous l'univers du travail ? Actes du 15^e Congrès de l'Association internationale de psychologie du travail de langue française*. CD-rom. Québec (Québec): Presses de l'Université du Québec (ISBN 978-2-7605-1530-7).
- Alderson, M., Saint-Jean, M., Rhéaume, J., & Ruelland, I (2011). Impasses dans le travail d'infirmières en centres d'hébergement et de soins de longue Durée soumis à des changements organisationnels significatifs. *Aporia*, 3(4), 30-46.
- American Nurses Credentialing Center (2014). Magnet-Recognized Organizations. Document consulté le 20 Décembre 2014 de <http://www.nursecredentialing.org/findamagnethospital.aspx>
- American Nurses Credentialing Center (2004). Forces of magnetism. Magnet Recognition Program®. Document consulté le 24 Juin 2008 de <http://www.nursecredentialing.org/magnet>.
- American University of Beirut, (2009). Rafic Hariri School of Nursing. Document consulté le 6 Juillet 2009 de <http://staff.aub.edu.lb/~webson/historicalhtml>.
- American University of Beirut Medical Center (2010). Accreditation. Document consulté le 5 Mars 2010 de <http://www.aubmc.org/users/subpage.asp?id=4>.
- Ammar, W. (2003). *Health system and reform in Lebanon*. Document récupéré le 13 Mars 2010 de <http://cms1.omsar.gov.lb/NR/rdonlyres/CE0520B7-BFCE-40C0-A457-D7E00CF8B422/0/ChapetrIImargin.pdf>.
- Ammar, W., Wakim, R., & Hajj, I. (2007). Accreditation of hospitals in Lebanon: a challenging experience. *La revue de santé de la Méditerranée orientale*, 13(1), 138-149.

- Annells, M. (1996). Grounded theory method: Philosophical perspectives, paradigm of inquiry and postmodernism. *Qualitative Health Research*, 6(3), 379-393.
- Ashforth, B. E., Harrison, S. H., & Corley, K.G. (2008). Identification in Organizations: An Examination of Four Fundamental Questions. *Journal of Management*, 34(3), 325-374.
- Ashmos, D.P. & Duchon, D. (2000). Spirituality at work. A conceptualization and measure. *Journal of Management Inquiry*, 9(2), 134-145.
- Asmar, M. (2011). La collaboration interprofessionnelle : cas d'un service de pédiatrie dans un hôpital universitaire au Liban. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Paris-Dauphine. Récupéré le 15 octobre 2014 du <http://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/7234/these%20MAsmar%20-%20Juin%202011.pdf?sequence=1>
- Asmar, M. (2012). Recueil national de statistiques sanitaires au Liban. *Institut de gestion de la santé et de la protection sociale*. Université Saint-Joseph.
- Auger, A., de Barthes, S., Devaux, Y., & Leprince-Ringuet, V. (2009). *Le sens au travail. Enquête auprès des personnes reconverties*. Document récupéré le 28 Mars 2014 de http://appli6.hec.fr/amo/Public/Files/Docs/80_fr.pdf
- Autissier, D. & Wacheux, F. (2007). *Manager par le sens. Les clés de l'implication au travail*. Eyrolles : Editions d'organisation.
- Baumann, A. (2006). *Effectifs suffisants = vies sauvées*. Dossier d'information et d'action. Genève : Conseil international des infirmières.
- Baumann, A. (2007). *Environnements favorables à la pratique : qualité au travail = soins de qualité*. Dossier d'information et d'action. Genève : Conseil international des infirmières.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- Beukes, I., & Botha, E. (2013). Organizational commitment, work engagement and meaning of work of nursing staff in hospitals. *SA Journal of Industrial Psychology/SA Tydskrif vir bedryfsie/kunde*, 39(2), Art. #1144, 10 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/sajip.v39i2.1144>
- Bilquez, J-M. (2008). Reconnaître le travail, une pratique à visage humain. *Travail et changement*, 317, 6-7.
- Black, B. P., & Chitty, K. K. (2007). Becoming a nurse: defining nurse and socialization into professional practice. Dans K. K. Chitty & B. P. Black (Eds), *Professional nursing. Concepts & challenges*. (5th ed.) (pp. 139-160). Saunders -Elsevier

- Blondeau, D. (2002). Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui. Dans O. Goulet & C. Dallaire (Éds), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*, (pp. 63-76). Chenelière Education : Gaëtan Morin, Editeur
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and method*. Berkeley: University of California Press.
- Boittin, I. (2002). Étudiants en soins infirmiers de deuxième année crise identitaire. La mise à l'épreuve des motivations. *Recherche en soins infirmiers*, 68, 66-92
- Bowie, N. E. (1998). A kantian theory of meaningful work. *Journal of Business Ethics*, 17, 1083-1092.
- Brady-Schwartz, D. C. (2005). Further evidence on the Magnet Recognition program. Implications for nursing leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 35(9), 397-403.
- Brief, A. P. (1991). MOW revisited: A brief commentary. *European Work and Organizational Psychologist*, 1(2/3), 176-181.
- Brief, A. P., & Nord, W. R. (1990). Work and meaning: Definitions and interpretation. Dans A. P. Brief & W. R. Nord (Eds), *Meanings of occupational work. A collection of essays* (pp 1-19). Lexington Books.
- Brun, J-P. (2008). La reconnaissance au travail. Document récupéré le 28 Février 2014 de http://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_22737.html
- Brush, B. L. (2008). Global nurse migration today. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1), 20-25.
- Buerhaus, P. (2002). Shortages of hospital registered nurses: causes and perspectives on public and private sector actions. *Nursing Outlook*, 50(1), 4-6.
- Buchan, J., Parkin, T., & Scholaski, J. (2003). International nurse mobility. Trends and policy implications. Geneva : WHO.
- Cadge, W. & Catlin, E. A. (2006). Making sense of suffering and death: How health care providers' construct meanings in a neonatal intensive care unit. *Journal of Religion and Health*, 45(2), 248-263.
- Capuano, T., Bokovoy, J., Hitchings, K., & Houser, J. (2005). Use of a validated model to evaluate the impact of the work environment on outcomes at a Magnet Hospital. *Health Care Management Review* 10(1), 229-256.
- Cartwright, S., & Holmes, N. (2006). The meaning of work: The challenge of regaining employee engagement and reducing cynicism. *Human Resource Management Review*, 16, 199-208.

- Caudron, S. (1997). The search for meaning at work. *Training & Development*, 9, 24-27.
- Cavazotte, F. (1999). Occupational work, meaning and well being: toward an integrative model. Thesis submitted to Eastern Michigan University. Document récupéré le 9 Novembre 2009 du Proquest Dissertations And Theses. Publication No. UMI # 1396688.
- Censullo, J. L. (2008). The nursing shortage breach of ideology as an unexplored cause. *Advances in Nursing Science*, 31(4), E11–E18.
- Central Administration for Statistics (2008). Lebanon in figures. Document récupéré le 15 Avril 2014 de http://www.cas.gov.lb/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=65
- Chalofsky, N. (2003). An emerging construct for a meaningful work. *Human Resource Development International*, 6(1), 69-83.
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory in the 21st century. Objectivist and constructivist methods. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative research*. (2nded) (pp. 509-535). Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century. Applications for advancing social justice studies. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative research*. (3rded) (pp. 507-537). Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis* [Kindle Edition]. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Charon, J. M. (2004). *Symbolic Interactionism. An introduction, an interpretation, an integration*. (8th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Chitty, K. K. (2007). The professionalization of nursing. Dans K. K. Chitty & B. P. Black (Eds), *Professional nursing. Concepts & challenges*. (5thed.) (pp. 69-85). Saunders - Elsevier
- Cho, S-H., Lee, J.Y., Mark, B. A., & Yun, S-C., (2012). Turnover of new graduate nurses in their first job using survival analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 44 (1), 63-70.
- Cimiotti, J.P., Quinlan, P.M., Larson, E.L., Pastor, D.K., Lin, S.X., & Stone, P.W. (2005). The magnet process and the perceived work environment of nurses. *Nursing Research*, 54(6), 384-390.
- Claes, R. & Ruiz Quintilla, S.A. (1993). Work meaning patterns in early career. *European Work and Organizational Psychologist*, 3(4), 311-323.

- Code de travail (1996). Document récupéré le 2 février 2014 de <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEBTEXT/39255/64942/F93LBN01.htm#11c4>
- Cohen, M. Z. (2006). Introduction to qualitative research. Dans G. Lobiondo-Wood & J. Haber (Eds). *Nursing research. Methods and critical appraisal for evidence-based practice* (6th ed.) (pp. 131-147). St Louis: Mosby Elsevier.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). [Kindle Edition]. Los Angeles: Sage Publications.
- Cousin, O. (2007). Quelle place accorder au travail? *L'homme et la société*, 1(164), 59-77. Document récupéré le 13 Novembre 2008 du http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=LHS&ID_NUMPUBLIE=LHS_162&ID_ARTICLE=LHS_162_0059.
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into Practice*, 39(3), 124-130.
- Currie, G., & Brown, A. D. (2003). A narratological approach to understanding processes of organizing a UK hospital. *Human Relations*, 56(5), 563-586.
- Dallaire, C. (2002). Les grandes fonctions de l'infirmière. Dans O. Goulet, & C. Dallaire (Éds), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*, (pp.77-96). Chenelière Education : Gaëtan Morin, Editeur.
- Denis, J-F. (2003). Le sens du travail : Validation d'une mesure des caractéristiques valorisées du travail et vérification empirique d'un modèle sur le sens du travail en fonction de la cohérence du travail. Ph.D. dissertation, Université de Montréal (Canada), Canada. Retrieved July 26, 2008, from Dissertations & Theses @ Université de Montréal database. (Publication No. AAT NQ82725).
- Deslauries, J-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal : Chenelière / McGraw-Hill. THEMA collection dirigée par Alain Jacques.
- DiMeglio, K., Padula, C., Piatek, C., Korber, S., Barrett, A., Ducharme, M., et al., (2005). Group cohesion and nurse satisfaction. Examination of a team-Building approach. *The Journal of Nursing Administration*, 35(3), 110-120.
- Dik, B.J. & Duffy, R.D. (2009). Calling and vocation at work. Definitions and prospects for research and practice. *The Counseling Psychologist*, 37(3), 424-450.
- Doody, O. & Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher*, 20(5), 28-32.
- Dubin, R. (1956). Industrial worker's world: A study of the « Central Life Interests » of industrial workers. *Social Problems*, 3(3), 131-142.

- Duclos-Miller, P.A. (2011). Successful graduate nurse transition: Meeting the challenge. *Nurse Leader*, 9 (4), 32-49.
- Ducruet, J. (1992). *Un siècle de coopération franco-libanaise au service des professions de la santé*. Université Saint-Joseph de Beyrouth. Araya Liban : Imprimerie Catholique.
- Eastern Mediterranean Regional Office (2006). Health systems profile–Lebanon. Regional Health Systems Observatory. World Health Organization. Document récupéré le 14 Juin 2008 de <http://gis.emro.who.int/HealthSystemObservatory/PDF/LEBANON/FullProfile.Pdf>.
- Eaves, Y. D. (2001). A synthesis technique for grounded theory data analysis. *Journal of Advanced Nursing* 35(5), 654-663.
- El-Jardali, F. (2007, May). *Advancing positive practice environments for nurses in Lebanon: Impacts on migration, retention and quality patient care*. Paper presented at the International Nursing Day, Beirut, Lebanon.
- El-Jardali, F., Dumit, N., Jamal, D., & Mouro, G. (2008). Migration of Lebanese nurses: A questionnaire survey and secondary data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1490-1500.
- El-Jardali, F., Dimassi, H., Dumit, N., Jamal, D., & Mouro, G. (2009). A national cross-sectional study on nurses' intent to leave and job satisfaction in Lebanon: implications for policy and practice. Document récupéré le 13 Janvier 2010 de <http://biomedcentral.com/1472-6955/8/3>.
- Ellenbecker, C. H. (2004). A theoretical model of job retention for home health care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 303-310.
- England, G.W. & Whitely, W.T. (1990). Cross-national meanings of working. Dans A. P. Brief & W. R. Nord (Eds), *Meanings of occupational work. A collection of essays* (pp 65-106). Lexington Books.
- England, G.W. (1991). The meaning of working in the USA: recent changes. *European Work and Organizational Psychologist*, 1(2/3), 111-124.
- Fagerberg, I. (2004). Registered nurse's work experiences: personal accounts integrated with professional identity. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 284-291.
- Fife, B. L. (1994). The conceptualization of meaning in illness. *Social Science Medicine*, 38(2), 309-316.
- Fineman, S. (1991). The meaning of working? *European Work and Organizational psychologist* 1(2/3), 166-173.

- Fortin, M-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives. Canada : Chenelière Éducation
- Frankl, V.E. (1985). *Man's search for meaning*. Pocket Books. New-York: Simon & Schuster, Inc.
- Germanos, P. (2012). *Les facteurs influençant la satisfaction au travail des infirmières du CHU-NDS au Liban*. Mémoire de Master de recherche inédit. Université Saint-Joseph de Beyrouth.
- Gini, A. R., & Sullivan, T. (1987). Work: The process and the person. *Journal of Business Ethics*, 6(8), 649-655.
- Glaser B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Goulet, O. (2002). Une pratique infirmière autonome : un projet ambitieux. Dans O, Goulet, & C, Dallaire (Éds), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*, (pp163-180). Chenelière Éducation : Gaëtan Morin, Éditeur
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. (1989). *Forth generation evaluation*. Sage Publications, Inc.
- Guevara, K., & Ord, J. (1996). The search for meaning in a changing work context. *Futures*, 28(8), 709-722.
- Habib, H. (2006). *Facteurs influençant la satisfaction des infirmières dans un hôpital universitaire de Beyrouth*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Saint-Joseph de Beyrouth.
- Hacooun, R. (1987). Une nouvelle technique de vérification de l'équivalence des mesures psychologiques traduites. *Revue québécoise de psychologie*, 8, 30-39.
- Hakim, S. (2013). *Perception des étudiants des facteurs personnels et contextuels du choix de la profession*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Saint-Joseph de Beyrouth.
- Hallberg, L. R-M. (2006). The "core category" of grounded theory: Making constant comparisons. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 1(3), 141-148.
- Hamdan, S. (2013, 4 Mars). En pleine stagflation, le Liban devient le 3e pays le plus cher de la région. *L'orient-Le Jour*. Document récupéré le 10 avril 2014 de <http://www.lorientlejour.com/archives?action=search&title=Liban+pays+cher+&q=&method=and&author=hamdan+soraya&category=all&dateFrom=&dateTo=&order=DESC>
- Harpaz, I. & Fu, X. (2002). The structure of the meaning of work: A relative stability amidst change. *Human Relations*, 55(6), 639-667.

- Harrison, M. M. (2008). Finding meaning in the every day: An in-depth investigation of meaningful work experiences. Ph.D. dissertation, The Pennsylvania State University, United States. Document récupéré le 15 Novembre 2009 du Proquest Dissertations And Theses. (Publication No. AAT 3336035).
- Havens, D.S., & Johnston, M.A. (2004). Achieving Magnet Hospital recognition. Chief nurse executives and magnet coordinators tell their stories. *The Journal of Nursing Administration*, 34(12), 579-588.
- Hirschi, A. (2012). Calling and work engagement: moderated mediation model of work meaningfulness, occupational identity and self-efficacy. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 479-485.
- Houliort, N., & Vallerand, R.J. (2006). La passion envers le travail : les deux côtés de la médaille. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 2(1), 4-17.
- Im, E., & Meleis, A. I. (1999). Situation-specific theories : Philosophical roots, properties, and approach. *Advances in Nursing Science*, 22, 11-24.
- Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeViney, B. C., & Davies, J. (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment and career intent. *Journal of Nursing Administration*, 32(5), 250-263.
- Isaksen, J. (2000). Constructing meaning despite the drudgery of repetitive work. *Journal of Humanistic Psychology*, 40 (3), 84-107
- James, L. A., & James, L. R. (1989). Integrating work environment perceptions: Explorations into the measurement of meaning. *Journal of Applied Psychology*, 74(5), 739-751.
- Jeon, Y-H. (2004). The application of grounded theory and symbolic interactionism. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 249-256.
- Jouvenot, C., & Pierre, Ch. (2008). La reconnaissance au travail. *Travail et changement*, 317, 2-4.
- Kanungo, R.N. (1991). Making meaning out of MOW research : a discussion. *European Work and Organizational Psychologist*, 1(2/3), 161-181.
- Kersten, J., Bakewell, K., & Meyer, D. (1991). Motivating factors in a student's choice of nursing as a career. *Journal of Nursing Education*, 30, 30-33.
- Khan, W.A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724.
- Kinjersky V.M. Skrypnek, B.J. (2004). Defining spirit at work: finding common ground. *Journal of Organizational Change Management*, 17(1), 26-42.

- Kovner, C., & Gergen, P. J. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers. Théorie et pratique. Tome 1*. Saint-Laurent : Éditions du Nouveau Pédagogique.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *The Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 365-378.
- Kronfol, N. M. (2006). Rebuilding of the Lebanese health care system: health sector reforms. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(3/4), 459-473.
- Labarre, K., & Dallaire, C. (2008). L'exercice infirmier et le système professionnel. Dans C. Dallaire (Ed). *Le savoir infirmier : Au Cœur de la discipline et de la profession*. Gaëtan Morin éditeur / Chenelière Éducation : Québec.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (Grounded Theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. Pires (Éds). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.309-332). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Laschinger, H.K.S., Shamian, J. & Thompson, D. (2001). Impact of magnet hospital characteristics on nurses perceptions of trust, burnout, quality of care and work satisfaction. *Nursing Economics*, 19(5), 209-219.
- Laschinger, H.K.S., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and Magnet Hospital characteristics. Making the link. *The Journal of Nursing Administration*, 33(7/8), 410-422.
- Lavoie-Tremblay, M. (2000). *La modernisation du programme d'intégration au travail pour les nouvelles diplômées du CHUQ*. Mémoire de maîtrise inédit. Faculté des sciences infirmières. Université de Laval. Document récupéré le 30 Mars 2014 de http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk1/tape4/PQDD_0015/MQ48938.pdf
- Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Marchionni, C., & Drevniok, U., (2011). Turnover intention among new nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27(1), 39-45.
- Law, W., & Arthur, D. (2003). What factors influence Hong Kong school students in their choice of a career in nursing? *International Journal of Nursing Studies*, 40, 23-32.
- Leiter, K. (1980). *A primer on ethnomethodology*. Oxford University Press, Inc.
- Le Grand Robert de la langue française (2001a). Version électronique. Document consulté le 2015 Juin 2009 du <http://gr.bvdep.com/version-1/gr.asp>.
- Le Grand Robert de la langue française (2001b). Version électronique. Document consulté le 20 Avril 2014 du http://gr.bvdep.com/version-1/login_.asp.

- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newberg Park, CA: Sage Publications.
- Locke, E. A., & Taylor, M. S. (1990). Stress, coping, and the meaning of work. Dans A. P. Brief, W. R. Nord (Eds), *Meanings of occupational work. A collection of essays* (pp 135-170). Lexington Books.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Montréal, Qc: ERPI.
- Loscocco, K.A., & Kalleberg, A.L. (1988). Age and meaning of work in the United States and Japan. *Social Forces*, 67(2), 337-356.
- Lu, H., While, A.E., & Barriball, K.L. (2007). Job satisfaction and its related factors: A questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 574-588.
- Mackoff, B. L. & Triolo, P. K. (2008). Why do nurse manager's stay? Building a model of engagement. Part 2, Cultures of engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 38(4), 166-171.
- Manion, J. (2004). Nurture a culture of retention nurse. *Nursing Management*, 35(4), 28-39.
- Marchal, B., & Kegels, G. (2003). Health workforce imbalances in time of globalization: brain drain or professional mobility. *International Journal of Health Planning and Management*, 18, S89-S101.
- Matuska, K. M. & Christiansen, C. H. (2008). A proposed model of life style balance. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 9-19.
- May, D. R., Gilson, R. L., & Harter, L. M. (2004). The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 11-37.
- Mayer, R. & Saint-Jacques, M-Ch. (2000). L'entrevue de recherche. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M-Ch. Saint-Jacques, D. Turcotte et collaborateurs. (Éds), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp.115-133). Montréal : Gaëtan Morin.
- McClure, M. L. (2005). Magnet hospitals. Insights and issues. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 198-201.
- Meleis, A. I. (2007). Strategies for concept development. Dans A. I. Meleis (Ed) *Theoretical nursing. Development and progress* (4th ed.) (pp. 163-185). Lippincott Williams & Wilkins.

- Milliman, J., Czaplewski, A.J & Ferguson, J. (2003). Workplace spirituality and employee work attitudes. An exploratory empirical assessment. *Journal of Organizational Change*, 16(4), 426-477.
- Miller, C.S. (2009). Meaningful work over the life course. Dissertation submitted to Fielding Graduate University. Document récupéré le 20 Octobre 2009 de Proquest Dissertations And Theses. (Publication No. 3325506).
- Ministry of Public Health (2010). Hospitals and health centers directory. Document consulté le 4 Juillet 2010 du <http://www.moph.gov.lb/Services/Pages/HealthCareCenter.aspx>.
- Misumi, J. & Yamori, K. (1991). Values and beyond: Training for a higher work centrality in Japan. *European Work and Organizational Psychologist*, 1(2/3), 135-145.
- Mitroff, I.I. & Denton E.A. (1999). A study of spirituality in the workplace. *Sloan Management Review*, 3, 83-92.
- Mooney, M., Glacken, M., & O'brien, F. (2008). Choosing nursing as a career: a qualitative study. *Nurse Education Today*, 28, 385-392.
- Morin, E. (2000). Bilan de la recherche sur le sens du travail. *Cahier de recherche* 00-31 (Novembre). École des Hautes Études Commerciales (HEC), Montréal. Document récupéré le 3 Août 2008 du <http://neumann.hec.ca/pages/estelle.morin/cahiers.html>.
- Morin, E.M. (2006). Donner un sens au travail. Document récupéré le 15 Octobre 2009 du [http://www.choixdecariere.com/pdf/6573/Morin\(2006\).pdf](http://www.choixdecariere.com/pdf/6573/Morin(2006).pdf)
- Morin, E.M., & Aranha, F. (2008). Sens au travail, santé mentale et engagement au travail. Document récupéré le 25 Mars 2014 du http://www.academia.edu/562532/Sens_du_travail_sante_mentale_et_engagement_organisationnel_rapport
- Morin, E. M., Gagné, C., & Cherré, B. (2009). Donner un sens au travail. Promouvoir le bien-être psychologique. Document récupéré le 15 Octobre 2009 du <http://www.irst.qc.ca/files/documents/PubIRSSST/R6-624.pdf>.
- Morin, E.M. (2010). La santé mentale au travail : une question de gros bon sens. *Gestion*, 3(35), 34-40.
- Morse, N., & Weiss, R. (1955). The function and meaning of work and the job. *American Sociological Review*, 20, 191-198.
- Morse, J. M. (1995). Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 17(3), 31-46.
- Morse, J.M. (2004). Constructing qualitatively derived theory: concept construction and concept typologies. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1387- 1395.

- Najm, P. (2012 Juin). Quel métier choisir ? *L'orient-Le Jour Junior*. Document récupéré le 25 Mars 2014 de <http://lorientjunior.com/component/content/article/53-archive/734-2012-juin-quel-metier-choisir>.
- Nord, W.R., Brief, A.P., Atieh, J.M. & Doherty, E.M. (1990). Studying meanings of work: the case of work values. Dans A. P. Brief & W. R. Nord (Eds), *Meanings of occupational work. A collection of essays* (pp 21-64). Lexington Books.
- Order of Nurses in Lebanon (2010). Plan stratégique de l'Ordre des infirmières et des infirmiers au Liban. Beyrouth : Auteur.
- نقابة الممرضات والممرضين في لبنان (٢٠١٠). خطة نقابة الممرضات والممرضين الاستراتيجية في لبنان ٢٠١٤. ٢٠١٠.
- Order of Nurses in Lebanon (2013). Members Statistics. Document consulté le 12 Février 2013 de <http://www.orderofnurses.org.lb/OON-Statistics.htm>.
- O'Reilly, M. & Parker, N. (2012). Unsatisfactory saturation : a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*, 13(2), 190-197.
- Organisation de coopération et de développement économiques (2008). Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE. Comment répondre à la crise imminente? Document récupéré le 5 Juin 2009 du <http://www.oecd.org/sante/personnels>.
- Orzask, L.H. (1959). Work as a "Central Life Interest" of professionals. *Social Problems*, 7(2), 125-132.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010) *La pensée infirmière*. (3ème Éd.). Montréal : Chenelière Éducation
- Pfefferle, S. G., & Weinberg, D. B. (2008). Certified nurse assistants making meaning of direct care. *Qualitative Health Research*, 18(7), 952-961.
- Pillay, R. (2010). Strategies to attract prospective students to the nursing profession. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7, 1-14.
- Pires, A. P. (1997). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Dans J. Poupart, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. Pires. (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.309-332). Montréal : Gaëtan Morin.
- Pokorski, J., van der Schoot, E., Wickström, G., Pokorska, J., Hasselhorn, H-M, & The NEXT-Study Group. (2003). Meaning of work in the European nursing profession.

Saltsa - Joint Program for working life research in Europe. The National Institute for Working Life and the Swedish Trade Unions in Co-operation.

- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. Pires. (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.173-209). Montréal : Gaëtan Morin.
- Pratt, M. G., & Ashforth, B. E. (2003). Fostering meaningfulness in working and at work. Dans K. S. Cameron, J. E. Dutton & R. E. Quinn (Eds). *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (pp. 309-327). San-Francisco: Berrett-Koehler, Inc.
- Richer, M-C. & Ezer, H. (2000). Understandings beliefs and meaning in the experience of cancer: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1108-1115.
- Roberson, L. (1990). Functions of work meanings in organizations: Work meanings and work motivation. Dans A. P. Brief, W. R. Nord (Eds), *Meanings of occupational work. A collection of essays* (pp 107-134). Lexington Books.
- Robin, C. S. (1998). Existential perspectives on meaningful work: Explorations with executive men. Ph.D. dissertation, The Fielding Institute, United States. Document récupéré le 15 Octobre 2009 de Proquest Dissertations And Theses. (Publication No. AAT 9835465).
- Robinson, C.A. (2001). Magnet nursing services recognition: transforming the critical care environment. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 411-423.
- Rodgers, B. L. (2005). *Developing nursing knowledge. Philosophical traditions and influences*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosso, B.D., Dekas, K.H. & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Research in Organizational Behavior*, 30, 91-127.
- Rudman, A., Gustavsson, P., & Hultell, D. (2014). A prospective study of nurses' intention to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 612-624.
- Ruiz Quintanilla, S. A. (1991). Introduction: Meaning of work. *European Work and Organizational Psychology*, 1(2/3), 81-89.
- Rustom, R. (2002). Le vécu des infirmières libanaises travaillant dans des cliniques à Paris. Rapport non publié. Hôtel-Dieu de France, Beyrouth, Liban.
- Sand-Jecklin, K., & Schaffer, A-J. (2006). Nursing student's perceptions of their chosen profession. *Nursing Education Perspectives*, 27, 130-135.

- Sassine Kazan, R. (2009). Le savoir infirmier au Liban, de la théorie à la pratique. Document récupéré le 27 Mars 2014 du http://www.sidiief.org/~media/Files/12_0_CongresMondial/Presentations/Forums/Rima%20Sassine%20Kazan.ashx
- Sassine Kazan, R. (2012). Spécificité et défis de l'exercice infirmier au Liban. *La revue de l'infirmière*, 185, 37-40
- Schaaper, J. (2009, 11 Novembre). Culture individualiste, culture collectiviste. *L'orient-Le Jour*. Document récupéré le 16 avril de <http://www.ciel.usj.edu.lb/docs/culture.pdf>
- Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds). *Handbook of qualitative inquiry* (pp. 118-137). Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Scott, J.G., Sochalski, J., & Aiken, L. (1999). Review of Magnet Hospitals research: Finding and implications for professional nursing practice. *The Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
- Scorggins, W.A. (2008). Antecedents and outcomes of experienced meaningful work: A person-job fit perspective. *Journal of Business Inquiry*, 68-78.
- Secret, J., Iorio, D. H., & Martz, W. (2005). The meaning of work for nursing assistants who stay in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8b), 90-97.
- Snow, J. L. (2002). Enhancing work climate to improve performance and retain valued employees. *Journal of Nursing Administration*, 32(7/8), 393-397.
- Staw, B. M., Bell, N. E., & Clausen J. A. (1986) the dispositional approach to job attitudes : A life time longitudinal test. *Administrative Science Quarterly*, 31, 56-77.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory procedures and techniques* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Syndicat of Hospitals in Lebanon (2010). Hospitals. Document consulté le 4 Juillet 2010 du <http://www.syndicateofhospitals.org.lb/map.html>.
- Takase, M., Maude, P., & Manias, E. (2005). Nurse's job dissatisfaction and turnover intention: Methodological myths and an alternative approach. *Nursing and Health Sciences*, 7, 209-217.
- Taylor, S. S. (1999). Making sense of revolutionary change: differences in member's stories. *Journal of Organizational Change Management*, 12(6), 524-539.

- Terez, T. (1999). Meaningful work. *Executive excellence*, 16(2), 19.
- Thomas, M. D., Beaven, J., Blacksmith, J., Ekland, E., Hein, J., Osborne, O. H., et al., (1999a). Meanings of State hospital nursing I: Facing challenges. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(1), 48-54.
- Thomas, M. D., Hagerott, R. J., Hilliard, I. A., Kelly, J., Leichman, S., Osborne, O. H., et al., (1999b). Meanings of State hospital nursing II: Coping and making meaning. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(1), 55-60.
- Thyer, G. L. (2003). Dare to be different: transformational leadership may hold the key to reducing the nursing shortage. *Journal of Nursing Management*, 11, 73-79.
- Tissier-Desbordes, É. (2011). Consommer pour être vu : création de soi ou aliénation ? Dans N. Aubert & C. Haroche (Éds), *Les tyrannies de la visibilité. Être visible pour exister ?* (pp. 215-226). Éditions : ERES. Document récupéré le 16 Avril du : www.cairn.info/les-tyrannies-de-la-visibilite--9782749213507-page-215.htm.
- Ulrich, B.T., Buerhaus, P.I., Donelan, K., Norman, L., & Dittus, R. (2007). Magnet status and registered nurse view of the work environment and nursing as a career. *The Journal of Nursing Administration*, 37(5), 212-220.
- United Nations Developpement Programme (2007-2008). Rapport mondial sur le développement humain. Document consulté le 1 Juin 2009 du <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/chapters/frensh/indicateursdudeveloppementhumain.pdf>.
- Upnieks, V.U. (2002). Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 32(11), 564-576.
- Vallerand, R.J., Blanchard, C., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, et al., (2003). « Les passions de l'âme : On obsessive and harmonious passion ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 756-767.
- Wagner, C. M. (2004). Is your nursing staff ready for Magnet Hospital status? An application of the revised Nursing Work Index. *The Journal of Nursing Administration*, 34(10), 463-468.
- Walker, L.O. & Avant, K.C. (1994). *Strategies for theory construction in nursing* (3rd ed.) Appelton & Lange.
- Wrzesniewski, A. (2003). Finding positive meaning in work. Dans K. S. Cameron, J. E. Dutton & R. E. Quinn (Eds). *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (pp. 298-308). San-Francisco: Berrett-Koehler, Inc.
- Wrzesniewski, A., & Dutton, J. E. (2001). Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work. *The Academy of Management Review*, 26(2) 179-201.

- Wrzesniewski, A., Dutton, J. E., & Debebe, G. (2003). Interpersonal sensemaking and the meaning of work. *Research in Organizational Behavior, 25*, 93-135.
- Wrzesniewski, A., McCauley, C., Rozin, P. & Schwartz, B. (1997). Jobs, Careers, and Callings: People's Relations to Their Work. *Journal of Research in Personality 31*, 21–33.
- Yaktin, U. S., Bou-Raad Azoury, N. & Doumit, M. A. A. (2003). Personal characteristics and job satisfaction among nurses in Lebanon. *The Journal of Nursing Administration, 35*(7/8), 384-390.
- Young, R. A. (1983). Career development of adolescents: An ecological perspective. *Journal of Youth and Adolescent, 12*, 401-418.
- Zablit C. (2010). La recherche en sciences infirmière. Une réalité internationale. Liban. *Recherche en soins infirmiers, 100*, 64-67.

APPENDICES

Appendice A

Synthèse des niveaux de sens en lien avec le travail

Tableau 2 :

Synthèse des niveaux de sens en lien avec le travail

Niveau	Définition
Abstrait	<ul style="list-style-type: none">- Aspect 1 : évaluation générale répondant à la question « <i>que signifie le sens du travail ?</i> » (Isaksen, 2000)- Aspect 2 : évaluation du sens relatif à un type spécifique de travail, indépendamment des expériences individuelles (Isaksen, 2000)- Niveau 1 : sens du travail (Harrison, 2008)
Situationnel	<ul style="list-style-type: none">- Niveau 1 : processus schématique qui survient entre le contexte externe et les différentes dimensions de l'expérience personnelle (Guevara & Ord, 1996)- Niveau 2 : découle de l'organisation des expériences d'un individu relatives : 1) à la présence et à l'appartenance ; 2) aux relations dans le contexte du travail ; et 3) à la contribution à l'organisation, à son succès, aux collègues et aux autres dans le contexte du travail (Guevara & Ord, 1996)- Aspect 3 : évaluation d'un travail spécifique d'un individu en prenant en considération ses différentes expériences ainsi que les obligations associées à son travail (Isaksen, 2000)- Niveau 2 : attitude d'un individu envers sa carrière ou sa vocation et ce qu'il en pense (<i>Careerlevel</i>) (Harrison, 2008).- Niveau 3 : motivation d'un individu envers son emploi (<i>Job level</i>) (Harrison, 2008)- Niveau 4 : expériences de travail ayant un sens (<i>Events level</i>) (Harrison, 2008).

Appendice B

Définitions des différentes appellations du sens en lien avec le travail

Tableau 3 :

Définitions des différentes appellations du sens en lien avec le travail

Sens du travail (<i>Meaning of work</i>)	
Domaine d'expertise des auteurs	Définition
Sociologie	<ul style="list-style-type: none"> - Exprimé en termes de fonctions : donne à l'individu un sentiment d'appartenance à une société, un sentiment d'avoir quelque chose à faire, un but dans la vie (Morse & Weiss, 1955). - A trait à la centralité du travail, à son importance et à sa valeur (Dubin, 1956). - Deux composantes principales : 1) engagement au travail ou orientation générale qui reflète l'importance du rôle de travail pour l'identité ; 2) valeurs du travail : fonctions du travail, ce que le travail sert à l'individu (Loscocco & Kalleberg, 1988).
Gestion Management Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Reflète le dessein ou l'intention, les conditions concrètes du travail et leurs interrelations dynamiques ; est déterminé par les croyances, les valeurs et les attitudes personnelles relatives au travail (Brief & Nord, 1990). - Décrit ce qu'est le travail, ce qu'il représente (Robin, 1998). - Aspect sociologique et anthropologique : normes, valeurs et traditions relatives au travail (Chalofsky, 2003). - Se rapporte aux tâches ou aux activités qui s'inscrivent dans un rôle, une fonction (Morin, Gagné & Cherré, 2009).
Psychologie	<ul style="list-style-type: none"> - Construit multidimensionnel de 4 composantes : 1) centralité ou importance du travail ; 2) buts du travail : objectifs/ valeurs de travail recherchés / souhaités par l'individu ; 3) normes relatives au travail : droits et obligations ; 4) définitions du travail : engagement d'un individu dans le travail ; résultats de cet engagement en termes d'activités ; contraintes reliées à la réalisation du travail (Ruiz Quintanilla, 1991). - Compréhension globale du dessein du travail, de la raison pour laquelle on travaille ; décrit les intentions et les compréhensions des individus relatives à ce qu'ils ont reçu et ce qu'ils vont recevoir du travail (Harrison, 2008).

Sens dans le travail (*Meaning in work*)

Domaine d'expertise des auteurs	Définition
Gestion Management Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none">- Décrit l'expérience de sens dans un contexte de travail ; dessein, valeur et croyance que notre travail est important. Intègre attentes, résultats, expérience, cognitions et émotions (Robin, 1998).- Sens et dessein de la vie à travers nos activités (Chalofsky, 2003).- Découle des qualités intrinsèques du travail, des objectifs, des valeurs et des croyances perçus par un individu (Pratt & Ashforth, 2003).- Découle d'un alignement entre l'identité et le rôle (Ashforth, Harrison & Corley, 2008).
Psychologie	<ul style="list-style-type: none">- Raisons qui poussent un individu à travailler, ce qu'il cherche à accomplir par son travail et la continuité qu'il expérimente dans le travail (Isaksen, 2000).

Sens au travail (*Meaning at work*)

Domaine d'expertise des auteurs	Définition
Gestion Management Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none">- Relation entre une personne et un lieu de travail en termes d'engagement, de loyauté et de dévouement (Chalofsky, 2003).- Dérive du contexte organisationnel du travail (Pratt & Ashforth, 2003).- Valeur d'un objectif de travail estimée en lien avec les idéaux et les standards d'un individu (May, Gilson & Harter, 2004).- Découle de l'identification d'un individu avec un groupe professionnel (Ashforth et al., 2008).- S'applique aux relations qu'une personne entretient dans son milieu de travail avec les supérieurs, les collaborateurs, les collègues et la clientèle (Morin et al., 2009).
Psychologie	<ul style="list-style-type: none">- Événements de travail ayant un sens en prenant en considération le contexte de travail (Harrison, 2008).

Travail ayant un sens (*Meaningful work*)

Domaine d'expertise des auteurs	Définition
Gestion	- Sens de soi : ce que la personne apporte au travail ;
Management	- Travail en soi : l'action de performer est source de motivation, non
Ressources	l'achèvement de cette action ;
humaines	- Sens d'équilibre entre le travail en soi et le soi personnel et spirituel, entre donner à soi et aux autres (Chalofsky, 2003).

Workmeaning

Domaine d'expertise des auteurs	Définition
Gestion	Compréhension d'un individu relative à ce qu'il fait, à la signification de ses
Management	actions, à ses croyances concernant la fonction que le travail sert dans la vie.
Ressources	Comporte trois aspects importants : 1) sens de l'emploi ; 2) sens du rôle au
humaines	travail ; et 3) sens du soi au travail. Décrit en fonction du contenu et de l'évaluation de chaque aspect (Wrzesniewski, Dutton & Debebe, 2003).

Appendice C

Guide d'entrevue

- Quel sens donnez-vous à votre travail ? Comment vous décrivez ce sens ?

- Pouvez-vous me décrire deux événements récents survenus au travail que vous considérez importants et significatifs ? Quels étaient vos sentiments et vos pensées lors de ces événements ?

- Qu'est-ce qui donne sens à votre travail ? Quelles sont, selon vous, les sources de sens ?

Appendice D

Appel de participation à une étude concernant le sens au travail des infirmières libanaises

Chers (es) collègues

En vue de l'obtention d'un Doctorat en sciences infirmières, nous préparons une étude intitulée « l'infirmière libanaise et le sens au travail ». Cette étude se déroule sous la direction de Mesdames Marie Alderson et Chantale Caux, professeures à la faculté des sciences infirmières de l'université de Montréal, Canada. Le but de cette étude est d'analyser et de comprendre le sens que donnent les infirmières libanaises à leur travail. Nous souhaitons avoir votre collaboration afin de nous partager vos expériences personnelles qui résultent de vos interactions avec les personnes et l'environnement de votre travail.

Pour atteindre le but de cette étude, le participant doit répondre à ces critères : 1) travailler dans un centre de santé en lien direct avec les malades, 2) travailler à temps complet, 3) travailler dans son poste actuel depuis plus d'un an, 4) ne pas exercer un deuxième emploi, 5) être prêt à nous partager son expérience concernant le sujet d'étude, le sens du travail, 6) accepter de participer en dehors des heures du travail

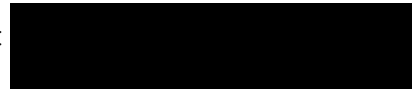
Pour ceux qui sont intéressés, prière de contacter l'étudiante-chercheure pour se mettre d'accord sur un lieu et un temps qui pourraient convenir au participant.

Il nous paraît important de confirmer la confidentialité des données recueillies et de vous remercier d'avance pour votre attention et votre collaboration et nous vous invitons à contacter l'étudiante-chercheure :

Maha Khoury

Téléphone :

Courrier électronique :



Appendice E

Formulaire de consentement arabe

إستمارة موافقة

عنوان الدراسة: الممرضة¹⁹ اللبنانية ومعنى العمل

مكان إجراء البحث : مستشفيات منطقة جبل لبنان لبنان

الهيئة الممولة لمشروع البحث: مجلس الأبحاث. جامعة القديس يوسف - بيروت. لبنان (75%) والطالبة الباحثة (25%)

الطالبة الباحثة : مها الخوري، طالبة دكتوراه في كلية العلوم التمريضية بجامعة مونتريال- كندا.
المشرفات على الدراسة : الدكتورة ماري الدرسون والدكتورة شانتال كو، أستاذتان في كلية العلوم التمريضية بجامعة مونتريال.

1. مقدمة

نطلب منك المشاركة بمشروع البحث هذا لأنك ممرضة لبنانية تمارسين المهنة في إحدى مستشفيات منطقة جبل لبنان. قبل إعطاء الموافقة، الرجاء أخذ الوقت الكافي لفهم المعلومات التالية وأخذها بعين الاعتبار. أستمارة المشاركة هذه تشرح لك هدف الدراسة، كيفية المشاركة، منافعها، أخطارها ومسؤولها وتطلعك كذلك على أسماء وعناوين الأشخاص الذين يمكنك الاتصال بهم عند الحاجة.

2. توصيف الدراسة

- هدف الدراسة
هدف هذه الدراسة هو تحليل وفهم اعمق للمعنى الذي تعطيه ممرضات لبنانيات لعملهن.
- أهمية الدراسة
يعاني لبنان من مشكلة نقص وهجرة الممرضات. لمواجهة هذه المشكلة تقترح هذه الدراسة فهم معنى العمل كما تصفه ممرضات لبنانيات. تعتبر هذه الدراسة مهمة لأن معنى العمل له تأثير على رضى وتحفيز الممرضة في العمل، على التزامها المؤسساتي، على أدائها وعلى صحتها.
يتكون معنى العمل من خلال ممارسة مهنة معينة في مكان معين وبأخذ بعين الإعتبار، الممرضة بخصائصها الفردية، واقع عملها والتفاعلات التي تجري بينهم.
تحاول هذه الدراسة فهم واقع العمل كما تصفه ممرضات لبنانيات وفهم كيف تُنمي تلك الممرضات معنى لعملهن وما هي مصادر هذا المعنى بالنسبة لهن.
تساهم هذه الدراسة في تحديد ما يُساعد على إبقاء الممرضات في عملهن وعلى التخفيف من مشكلة النقص والهجرة. تجدر الإشارة الى أن الدراسات المتعلقة بمعنى العمل في العالم قليلة جدا" أما في لبنان فهي حاليا" غير موجودة.

¹⁹ يشمل هذا التعبير الممرضة والممرض

• المنهج المتبع
هذه الدراسة تركز على مقارنة حسب منهج Théorisation ancrée / Grounded theory

3. طبيعة المشاركة

المشاركة بهذه الدراسة تتضمن مقابلة مدتها حوالي الساعة تجريها الباحثة في المكان والزمان الملائمين لكل مشتركة مع احتمال اللجوء الى لقاء ثانٍ يجمع عدداً من المشتركات من أجل أستكمال وتعميق المعلومات المجموعة بناءً على تقدم الدراسة. سوف يتم مجدداً أخذ موافقتك للمشاركة بهذا اللقاء. سوف تقوم الطالبة الباحثة مها الخوري بأجراء المقابلات. سيتم تسجيل كل مقابلة وستقوم الطالبة الباحثة بكتابة بعض الملاحظات أثناء المقابلة.

4. شروط المشاركة

للمشاركة في هذه الدراسة من المهم أن تتوفر لديك الشروط التالية:

- تشغيل مركز له علاقة مباشرة مع المرضى
 - تعملين بهذا المركز منذ اكثر من سنة
 - تعملين بدوام كامل بهذا المركز
 - توافقين على المشاركة خارج دوام العمل
 - مستعدة لان تشاركينا باللغة العربية او الفرنسية تجربتك المتعلقة بمعنى العمل
- لا يمكنك المشاركة اذا كنت:
- تشغيل مركز له علاقة غير مباشرة بالمرضى
 - تقومين بعمل اخر (ممرضة او غير ممرضة).

5. أخطار ومساوى المشاركة

المشاركة في هذه الدراسة لا تتضمن اية أخطار أو مساوىء. المطلوب منك ان تعطينا قليلاً من وقتك وان تبدلي بعض المجهود الفكري بموضوع عمك لاغناء المعلومات مما يمكن أن يسبب لك القليل من التعب.

6. منافع المشاركة

لا تحصل المشتركة على أية منفعة شخصية. بالمقابل، فإن نتائج الدراسة سوف تساهم في تقدم مستوى المعلومات في موضوع واقع العمل التمريضي في لبنان.

7. المشاركة الاختيارية وأمكانية الانسحاب

مشاركتك في هذه الدراسة طوعية بالكامل. بإمكانك أيضاً الانسحاب منها بأي وقت دون تقديم أي تبرير، ما عليك سوى إعلام الطالبة الباحثة برغبتك بالانسحاب.

8. السرية

ستجمع الباحثة في ملف الدراسة المعلومات الضرورية للوصول الى الأهداف العلمية لهذا البحث. كافة المعلومات المجموعة ستنبقى سرية. سوف يُعرَفُ عنك بواسطة رمز تضطلع عليه الطالبة الباحثة والمشرفات على الدراسة. سوف يُحفظ مفتاح الرمز الذي يصل أسمك بملف الدراسة مع الطالبة الباحثة. سوف تحفظ معلومات الدراسة بعد الانتهاء منها بامكان مغلق لمدة 7 سنوات، وستتلف بعد ذلك. من المحتمل أن تنشر المعلومات في مجالات علمية دون امكانية التعرف عليك.

9. التعويض

لن تحصل على أي تعويض مادي جزاء مشاركتك في مشروع البحث هذا.

10. إعطاء النتائج

يمكنك التواصل مع الطالبة الباحثة لأعلامك بتقدم العمل. حالة التقدم بالعمل سوف ترسل اليك عند الانتهاء من المشروع، بالطريقة التي تناسبك (بريد الكتروني، بريد ...).

11.المسؤولين

لأي سؤال يتعلق بهذه الدراسة، يمكنك الاتصال (قبل، أثناء وبعد الدراسة) بالمسؤولة عن المشروع، مهالخوري على الأرقام التالية : داخلي/ من التاسعة صباحاً" حتى الخامسة بعد الظهر أو بالبريد الإلكتروني :

في حال وجود أي معلومة أخلاقية تتعلق بظروف مشاركتك بهذا المشروع، يمكنك مناقشتها مع المسؤولة عن المشروع أو شرح انشغالاتك ومناقشتها مع منسق مجلس أخلاقيات الأبحاث في علوم الصحة عبر البريد الإلكتروني على العنوان أو بالاتصال على الر داخلي .

يمكن ارسال أي شكوى تتعلق بمشاركتك بهذه الدراسة إلى مفوض جامعة مونتريال على الرقم او على العنوان الإلكتروني يسقبل المفوض الاتصالات على نفقته الخاصة ويتحدث باللغتين الفرنسية والانكليزية ويتلقى المكالمات بين الساعة التاسعة صباحاً والخامسة بعد الظهر.

لمزيد من المعلومات حول حقوقك كمشاركات يمكنك مراجعة موقع المشاركين في جامعة مونتريال على العنوان التالي:

12. مراقبة الجوانب الأخلاقية لمشروع الدراسة

أن لجنة أخلاقيات الأبحاث في علوم الصحة بجامعة مونتريال قد وافقت على هذا المشروع وتقوم بمتابعته وسوف توافق على أي تغيير يطل استمارة المعلومات والموافقة وجدول الدراسة.

13. الموافقة

لقد أتطلعت على استمارة المعلومات والمشاركة وقد تم شرح المشروع لي والأجابة على أسئلتني. أوافق على المشاركة بهذا المشروع حسب الشروط الواردة. سوف أحصل على نسخة مؤرخة وموقعة من هذه الأستمارة.

تاريخ

اسم وتوقيع المشتركة

إلتزام وتوقيع الطالبة الباحثة

أنا الموقعة أدناه، أؤكد بأنني شرحت للمشاركة محتوى استمارة المعلومات والموافقة هذه واجبت على أسئلتها وأشرت لها بوضوح الى طوعية المشاركة والأنسحاب وذلك دون أية نتائج سلبية. ألتزم أحترام ما أتفق عليه في استمارة المعلومات والموافقة وأعطاء المشتركة نسخة موقعة عنها.

تاريخ

أسم وتوقيع الباحثة المسؤولة عن مشروع الدراسة

Formulaire de consentement français

TITRE DE L'ETUDE : L'infirmière libanaise et le sens au travail

LIEU OÙ S'EFFECTUE LA RECHERCHE : Quelques hôpitaux de la région du Mont-Liban - Liban

NOM DE L'ORGANISME QUI SUBVENTIONNE LE PROJET DE RECHERCHE : Conseil de recherche. Université Saint-Joseph de Beyrouth : 75% ; l'étudiante-chercheure : 25%.

ETUDIANTE-CHERCHEURE : Maha El-Khoury, Inf., candidate au doctorat, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

DIRECTRICE DE RECHERCHE : Marie Alderson, Ph.D., Inf., Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

CO-DIRECTRICE DE RECHERCHE : Chantal Caux, Ph.D., Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

I. INTRODUCTION

Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche parce que vous êtes un(e) infirmier(ère) libanais(e) qui exerce la profession au Liban. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

II. DESCRIPTION DE L'ETUDE

- But et objectifs de l'étude

Le but de cette étude est d'interpréter et de mieux comprendre le sens que des infirmières libanaises donnent à leur travail.

- Justification du projet

Cette étude se base sur la conception que l'infirmière est une personne qui dans ses interactions avec les autres et les éléments de la situation, interprète, examine, sélectionne les informations et construit ainsi sa réalité au travail.

Le sens au travail est un phénomène qui se construit lors de l'exercice d'une profession donnée dans le cadre d'un lieu déterminé. Cette recherche propose de comprendre la réalité au travail telle que décrite par des infirmières libanaises et comment ces infirmières construisent leur sens au travail et quelles sont pour elles les éventuelles sources de sens. Elle prendra en

considération l'infirmière avec ses caractéristiques personnelles, le contexte de son travail et les interactions qui se déroulent entre eux. Dans un contexte tel que le contexte libanais, qui souffre d'un problème de pénurie et de migration du personnel infirmier, une telle étude semble importante étant donné que le sens au travail a été relié à la satisfaction au travail, à la motivation, à l'engagement organisationnel, à la performance et à la santé au travail. Les études internationales ayant porté sur ce sujet sont assez rares, quant aux études libanaises, elles sont actuellement, inexistantes.

- Méthodologie retenue

C'est une recherche de type qualitatif qui se base sur une approche par théorisation ancrée.

III. NATURE DE LA PARTICIPATION

Votre participation à l'étude consistera en une entrevue réalisée en un temps et un lieu choisis à votre convenance. La durée de cette entrevue est 1 heure à 1 heure 30'. Il serait possible de vous demander de participer à une deuxième rencontre regroupant d'autres participants afin de compléter ou d'approfondir les données à fur et à mesure de l'avancement de cette étude. Les entrevues seront réalisées par l'étudiante-chercheuse Maha El-Khoury.

Chaque entrevue sera enregistrée. Une prise de note sera effectuée en cours d'entrevue.

IV. CONDITIONS DE PARTICIPATION

Pour participer à cette étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes :

- Occuper un poste d'infirmière ayant un contact direct avec les patients
- Avoir au moins un an d'exercice dans votre poste actuel
- Travailler à temps plein
- Accepter de participer à cette étude en dehors des heures de travail
- Etre prête à communiquer votre expérience relative au sens au travail.

Vous ne pouvez pas participer à cette étude si :

- Vous occupez un poste qui n'est pas en contact direct avec les patients
- Vous exercez un deuxième emploi (en tant qu'infirmière ou pas).

V. RISQUES ET INCONFORTS

Cette étude ne comporte aucun risque ou inconfort pouvant découler de votre participation. Il vous serait demandé de donner un peu de votre temps personnel et de faire un effort de réflexion afin d'enrichir les résultats.

VI. AVANTAGES A PARTICIPER

Vous ne retirez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus pourront contribuer à l'avancement des connaissances relatives au travail infirmier dans le contexte libanais.

VII. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITE DE RETRAIT

Votre participation est tout à fait volontaire et vous êtes libre d’y refuser de participer. Vous pouvez également vous retirer de cette étude à n’importe quel moment, sans avoir à donner de raison.

VIII. CONFIDENTIALITE

Durant votre participation à cette étude, la chercheuse recueillera dans un dossier de recherche les données nécessaires permettant de répondre aux objectifs de l’étude. Toutes les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Vous serez identifiée par un nom fictif. Les données sociodémographiques recueillies permettant de vous relier au dossier de recherche seront conservées sous clé ; elles n’apparaîtront sur aucun document dactylographié. Le contenu nominatif de vos propos ne sera pas transmis à un tiers, mais il sera analysé avec la directrice et la co-directrice ; certains passages des propos recueillis seront utilisés à titre d’illustration dans la thèse de Maha El-Khoury.

Les données de recherche seront conservées sous clé pendant sept ans après la fin de l’étude et seront détruites par la suite.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

IX. COMPENSATION

Vous ne recevrez pas d’argent pour votre participation à ce projet de recherche.

X. COMMUNICATION DES RESULTATS

Vous pourrez communiquer avec l’étudiante-chercheuse afin d’obtenir de l’information sur l’avancement des travaux. L’état d’avancement des travaux vous sera communiqué à la fin du projet en fonction de votre convenance (par courriel, par la poste...).

XI. PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l’étude) avec une des personnes suivantes :

Maha El-Khoury

Téléphones : de 9h à 17h

Courriel :

Pour toute question d’ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez en discuter avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d’éthique de la recherche des Sciences de la santé, Mme Marie-France Daniel

Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant(e) à cette étude ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman de l'Université, Madame Pascale Descary, au (514) 343-2100, entre 9h et 17h.

Au Liban : Mme Rima Sassine Kazan,

Adresse : Faculté des sciences infirmières, Université Saint-Joseph de Beyrouth

Campus des sciences médicales et infirmières

Rue de Damas

B.P. : 11-5076, Riad El Solh

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

XII. Consentement

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions à ma satisfaction. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise.

Nom et signature du participant

Date :

Engagement et signature de l'étudiante-chercheuse :

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans aucune conséquence négative.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature de la chercheuse responsable du projet de recherche

Date :

Appendice F

Guide d'entrevue 2

- Quel est le sens de votre travail ?
- Revenons à vos débuts : quel était le sens de votre travail ? Est-ce qu'il a changé ?
Comment ?
- Qu'est-ce qui influence le sens au travail ?

Thèmes à évoquer :

- Prendre soin du patient
- Aimer le travail
- Importance du travail
- Etre appréciée
- Développement personnel et actualisation de soi
- Développement professionnel

Appendice G

Le questionnaire sociodémographique

Code de l'entrevue...

Date de l'entrevue:

Nom et prénom du participant :

Genre

Féminin Masculin

Tranches d'âge

20-30 ans 31-40 ans 41-50 ans 51 ans et plus

Etat civil

Célibataire Marié (e) Divorcé (e) Veuf (ve)

Formation en sciences infirmières (indiquer le plus haut niveau obtenu)

Technique supérieur Licence/BS Master DESS

Autre formation

Lieu d'exercice au moment de l'entrevue

Institution

Unité

Poste occupé

Expérience professionnelle

Nombre d'années d'exercice dans la profession

Nombre d'années d'exercice dans cette institution

Nombre d'années d'exercice dans cette unité

Expérience éventuelle en dehors du Liban

Pays

Poste occupé

Durée (en année)

Appendice H

Certificat d'éthique



Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé

11 juillet 2011

Objet: Certificat d'éthique – « L'infirmière libanaise et le sens du travail »

Mme Maha El Khoury,

Le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CÉRSS tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Marie-France Daniel, présidente
Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé
Université de Montréal

/gp

c.c. Gestion des certificats, BRDV

Marie Alderson, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières
Chantal Caux, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières
Marie-Claude Longpre (Scs Inf.)
p.j. Certificat #11-056-CERSS-D

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

Département de kinésiologie
Cepsum
2100 Boul. Édouard-Montpetit
7^e étage, bur. 7213
Montréal QC H3T 1J4

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
Télécopieur : 514-343-2181
cerss@umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	L'infirmière libanaise et le sens du travail
Étudiante requérant	Maha El Khoury ([REDACTED]), Candidate au Ph.D. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières.
Sous la direction de	Marie Alderson, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Chantal Caux, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Financement	
Organisme	Conseil de recherche - Université Saint-Joseph / Liban
Programme	Projet de formation doctorale de 3 enseignantes cadrées de la FSI
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CÉRSS qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CÉRSS.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CÉRSS.

[REDACTED]
Marie-France Daniel, présidente
Comité d'éthique de la recherche des sciences
de la santé (CÉRSS)
Université de Montréal

11 juillet 2011
Date de délivrance

1er août 2012
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

Département de kinésiologie
Cepsum
2100 Boul. Édouard-Montpetit
7^e étage, bur. 7213
Montréal QC H3T 1J4

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
Télocopieur : 514-343-2181
cerss@umontreal.ca

21 janvier 2013

Objet: Certificat d'éthique - 1er renouvellement - « L'infirmière libanaise et le sens du travail »

Mme Maha El Khoury,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) - anciennement connu sous le nom de Comité d'éthique de la recherche en santé (CERSS) - a étudié votre demande de renouvellement pour le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences qui prévalent. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Guillaume Paré, conseiller en éthique de la recherche.
Coordonnateur
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV

Marie Alderson, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières

Chantal Caux, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières

Marie-Claude Longpre (Scs Inf.)

p.j. Certificat #11-056-CERSS-D

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE
- 1er renouvellement -

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal

Projet	
Titre du projet	L'infirmière libanaise et le sens du travail
Étudiante requérant	Maha El Khoury (██████████), Candidate au Ph.D. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de	Marie Alderson, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal & Chantal Caux, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Financement	
Organisme	Conseil de recherche - Université Saint-Joseph / Liban
Programme	Projet de formation doctorale de 3 enseignantes cadrées de la FSI
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

██████████
Guillaume Paré, conseiller en éthique de la recherche.
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

21 janvier 2013 Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	1er février 2014 Date du prochain suivi
11 juillet 2011 Date du certificat initial	1er février 2014 Date de fin de validité

*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Appendice I

Modèle d'analyse de la qualité de vie au travail

Figure 3. Modèle d'analyse de la qualité de vie au travail (Morin & Aranha, 2008)

