

Université de Montréal

La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS,
mission CLSC et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail

Par
Sylvain Brousseau

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.) en sciences infirmières
option : administration des services infirmiers

Décembre, 2006

© Sylvain Brousseau, 2006

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant
en CSSS, mission CLSC et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail

Présenté par

Sylvain Brousseau

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Francine Gratton
Présidente-rapporteur

Marie Alderson
Directrice de recherche

Chantal Cara
Codirectrice de recherche

Michel Perreault
Membre du jury

SOMMAIRE

L'organisation des soins de santé au Québec a été soumise, durant la décennie des années 90, à de vastes réformes qui ont perturbé le climat de travail et les pratiques en soins infirmiers (Bourbonnais et al., 2000 ; Pérodeau et al., 2002). Ces réformes ont eu des répercussions négatives sur la qualité de vie au travail (QVT) d'infirmières et d'infirmiers, amenant les décideurs et les chercheurs à investiguer le phénomène de la QVT sous plusieurs angles (Delmas, 1999 ; 2001 ; Gascon, 2001 ; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992). La plupart des études ayant traité de ce phénomène ont été effectuées en milieu hospitalier et prenaient appui sur le paradigme de la détresse psychologique (Bourbonnais et al., 1998, 2000) ou de l'épuisement professionnel (perspective pathogénique) (Duquette et al., 1995) plutôt que sur celui de la santé (perspective salutogénique) (Gascon, 2001). La perspective salutogénique constitue une vision ou une approche positive de la santé (Antonovsky, 1996; Delmas, 2001, Duquette & Delmas, 2002). Des écrits scientifiques (Brooks et al., 1996; Ekstrom, 1999 ; Evans, 2001) révèlent qu'outre le fait de vivre les mêmes bouleversements du réseau de la santé que leurs collègues féminins, certains infirmiers éprouvent, en plus, des sentiments négatifs liés à la discrimination de genre, de l'isolement ainsi qu'une discordance entre les valeurs masculines (force, agressivité) versus les valeurs féminines (délicatesse, souplesse) qui sous-tendent la profession infirmière. Si ces sentiments ne peuvent qu'entraver la QVT des infirmiers, les études ayant porté sur les hommes dans la profession infirmière (Boughn, 2001 ; Ekstrom, 1999; Evans, 1997, 2001) n'en font pas mention. Le but de la présente étude, qui privilégie la méthode phénoménologique descriptive de Giorgi (1985, 1997a), vise à décrire et à comprendre la signification du phénomène tel que vécu par la personne. Les résultats ont été obtenus au moyen d'une entrevue semi-structurée individuelle allant de 60 à 90 minutes auprès de cinq (5) infirmiers déclarant avoir une qualité de vie positive au travail. L'analyse des données s'est effectuée selon les étapes suivantes : la collecte des données, la lecture et les diverses relectures des données, la division des données en unités de signification, l'organisation et l'énonciation des données brutes dans le langage de la discipline et finalement, la synthèse des résultats laissant émerger l'essence du phénomène. La philosophie du *human caring* de Watson

(1988, 2005) a été utilisée comme toile de fond à l'ensemble du processus. L'analyse des *verbatim* a fait émerger huit thèmes circonscrivant la signification de la qualité de vie au travail d'infirmiers exerçant en milieu communautaire, soit: 1) l'autonomie dans la pratique professionnelle; 2) la satisfaction au travail; 3) l'environnement de travail sain; 4) les relations infirmiers-gestionnaires empreintes de soutien et de respect; 5) les relations de *caring* avec l'équipe interdisciplinaire; 6) le travail en partenariat avec les pairs féminins; 7) l'engagement envers les clients et leur famille et 8) l'équilibre entre les sphères professionnelle et familiale. L'essence du phénomène se dégage directement des thèmes ayant émergé des entrevues; elle énonce que la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en centre de santé et des services sociaux (CSSS), mission CLSC et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail, signifie « **un climat empreint de *caring* qui favorise l'épanouissement de l'infirmier en CLSC en œuvrant pour le maintien de l'harmonie entre les sphères professionnelle et familiale** ». Si certains résultats corroborent ceux d'études antérieures, d'autres apportent des éléments nouveaux qui promeuvent la santé des infirmiers par le biais de la qualité de vie au travail. Des avenues concrètes visant la mise en place de programmes d'optimisation de la qualité de vie au travail sont proposées.

Mots-clés : *human caring*, infirmier, phénoménologie, qualité de vie au travail, centre local de services communautaires.

SUMMARY

In the 1990s, health care organizations in Québec underwent sweeping reforms that disrupted the work climate and practices of nurses (Bourbonnais et al., 2000; Pérodeau et al., 2002). These reforms had a negative impact on nurses' quality of working life (QWL), leading decision makers and researchers to investigate the QWL phenomenon from several perspectives (Delmas, 1999; 2001; Gascon, 2001; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992). Most of the studies of this phenomenon were conducted in hospital settings and were based on paradigms of psychological distress (Bourbonnais et al., 1998, 2000) or burn-out (a pathogenic perspective) (Duquette et al., 1995) rather than a health paradigm (a salutogenic perspective) (Gascon, 2001). A salutogenic perspective represents a positive vision of an approach to health (Antonovsky, 1996; Delmas, 2001, Duquette & Delmas, 2002). The scientific literature (Brooks et al., 1996; Ekstrom, 1999; Evans, 2001) suggests that, in addition to living through the same upheavals as their female colleagues, some male nurses also have negative feelings related to sex discrimination, feelings of isolation, and the conflict between masculine values (strength, aggressiveness) and the feminine values (gentleness, flexibility) of the nursing profession. These feelings can only hamper nurses' QWL, yet they are not mentioned in studies of male nurses (Boughn, 2001; Ekstrom, 1999; Evans, 1997, 2001). The aim of the study, using Giorgi's (1985, 1997a) descriptive phenomenology as a method, is to describe and understand the significance of phenomena through people's experiences. The findings were derived from semi-structured individual interviews of 60 to 90 minutes with five male nurses who reported a positive quality of life at work. Data analysis consisted of: collecting the data, reading and rereading the results, dividing the data into meaningful units, organizing and stating the raw data in the language of the discipline and, finally, synthesizing the findings and letting the essence of the phenomena emerge. Watson's (1988, 2005) human caring philosophy served as a backdrop for the entire process. The analysis of verbatim transcripts revealed eight themes that defined the significance of the quality of working life for male nurses practising in community settings: 1) autonomy in their professional practice; 2) job satisfaction; 3) a healthy workplace setting; 4) relations with the administration characterized by support and

respect; 5) caring relationships with other members of the interdisciplinary team; 6) working in partnership with female peers; 7) commitment to clients and their families; and 8) professional work-life balance. The essence of the phenomenon stems directly from the themes that emerged during the interviews; it states that for male nurses working in health and social service centres (CSSSs), as part of CLSCs, working life means “**a caring climate that fosters the vitality of male CLSC nurses by trying to maintain a balance between their professional and family lives.**” If some of the findings confirm what has been reported in other studies, others have added new information on how to promote the health of male nurses by targeting quality of working life. Concrete avenues are proposed for implementing quality of working life optimization programs.

Key words: human caring, male nurse, phenomenology, quality of working life, community health care center.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	III
SUMMARY	V
REMERCIEMENTS	XI
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 - LE PHÉNOMÈNE À L'ÉTUDE	4
BUT DE L'ÉTUDE	12
QUESTION DE RECHERCHE	12
CHAPITRE 2 - LA RECENSION DES ÉCRITS	13
LE TRAVAIL INFIRMIER EN CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MISSION CLSC	14
<i>Le contexte du travail infirmier en santé communautaire</i>	14
<i>Les enjeux du virage ambulatoire pour la profession infirmière en santé communautaire</i>	15
LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL EN GÉNÉRAL ET DANS LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE	19
<i>La qualité de vie au travail et les rapports de genre</i>	30
LES HOMMES DANS LA PROFESSION INFIRMIÈRE	33
<i>Les infirmiers : d'hier à aujourd'hui</i>	33
<i>La profession infirmière au masculin</i>	35
<i>Les infirmiers et le caring</i>	39
LA PHILOSOPHIE DU HUMAN CARING DE WATSON	42
<i>La personne</i>	43
<i>L'environnement</i>	43
<i>La santé</i>	44
<i>Le soin</i>	44
<i>Les facteurs caratifs</i>	45
CHAPITRE 3 - LA MÉTHODE	47
LA PHILOSOPHIE PHÉNOMÉNOLOGIQUE	48
<i>La philosophie phénoménologique et ses deux écoles de pensée</i>	48
LA MÉTHODE PHÉNOMÉNOLOGIQUE	50
LA PERTINENCE DE LA PHÉNOMÉNOLOGIE POUR LA RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES	53
LE MILIEU	54
L'ÉCHANTILLONNAGE	55
LES CRITÈRES D'INCLUSION	55
LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS	56
LE DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE	56
LE PROCESSUS D'ANALYSE DES DONNÉES	57
<i>La collecte des données verbales</i>	57
<i>La lecture et relecture des données</i>	58
<i>La division des données en unités de signification</i>	58
<i>L'organisation des données brutes dans le langage de la discipline</i>	59
<i>La synthèse des résultats</i>	59
LES CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ EN PHÉNOMÉNOLOGIE	60
LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	61

LES LIMITES ET LES FORCES DE L'ÉTUDE	62
CHAPITRE 4 – L'ARTICLE SCIENTIFIQUE POUR PUBLICATION.....	64
CHAPITRE 5 – LA DISCUSSION	93
L'AUTONOMIE DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	94
<i>L'encadrement souple.....</i>	<i>95</i>
<i>L'autogestion du travail.....</i>	<i>96</i>
<i>La latitude décisionnelle.....</i>	<i>97</i>
LA SATISFACTION AU TRAVAIL	98
<i>Le sentiment de bien-être au travail</i>	<i>99</i>
<i>Le plaisir de travailler au domicile des clients</i>	<i>100</i>
<i>La valorisation professionnelle.....</i>	<i>101</i>
L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL SAIN	101
<i>Les éléments facilitant les ajustements au travail.....</i>	<i>103</i>
<i>L'humour au travail.....</i>	<i>103</i>
<i>Les conditions de travail favorables</i>	<i>104</i>
LES RELATIONS INFIRMIERS-GESTIONNAIRES EMPREINTES DE SOUTIEN ET DE RESPECT	105
<i>L'appui des gestionnaires</i>	<i>107</i>
<i>La formation continue encouragée par les gestionnaires.....</i>	<i>108</i>
<i>La possibilité de verbaliser les désaccords aux gestionnaires</i>	<i>110</i>
<i>Le transfert, aux gestionnaires, des problématiques extérieures au rôle infirmier</i>	<i>110</i>
LA RELATION DE CARING AVEC L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE.....	111
<i>La relation de confiance avec l'équipe interdisciplinaire</i>	<i>113</i>
<i>Le lien d'appartenance à l'équipe interdisciplinaire.....</i>	<i>114</i>
LE TRAVAIL EN PARTENARIAT AVEC LES PAIRS FÉMININS	115
<i>Les rapports transparents des hommes dans les interactions avec leurs pairs féminins</i>	<i>116</i>
<i>Le travail d'équipe basé sur la réciprocité avec les pairs féminins.....</i>	<i>117</i>
<i>La relation de confiance avec les pairs féminins</i>	<i>118</i>
L'ENGAGEMENT ENVERS LES CLIENTS ET LEUR FAMILLE	120
<i>La satisfaction des clients et des familles</i>	<i>121</i>
<i>Le sentiment d'aider les clients.....</i>	<i>122</i>
L'ÉQUILIBRE ENTRE LES SPHÈRES PROFESSIONNELLE ET FAMILIALE	124
<i>La gestion de l'équilibre travail-famille</i>	<i>125</i>
<i>Le soutien familial</i>	<i>126</i>
ESSENCE DU PHÉNOMÈNE.....	127
DES AVENUES POUR LA GESTION, LA PRATIQUE, LA FORMATION ET LA RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES	130
<i>Des avenues pour la gestion</i>	<i>130</i>
<i>Des avenues pour la pratique</i>	<i>131</i>
<i>Des avenues pour la recherche.....</i>	<i>132</i>
<i>Des avenues pour la formation</i>	<i>132</i>
CONCLUSION.....	135
RÉFÉRENCES.....	137
APPENDICES	155
APPENDICE A - SCHÉMA DE LA STRUCTURE CONIQUE DE LA QUALITÉ DE VIE EN GÉNÉRAL.....	156
APPENDICE B - MODÈLE D'UN MILIEU DE TRAVAIL ET LES ATTRIBUTS D'UN CADRE DE TRAVAIL DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA.....	158
APPENDICE C - MODÈLE SUR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL D'INFIRMIÈRES D'O'BRIEN-PALLAS (1992)	160

APPENDICE D - FACTEURS CARATIFS DE WATSON	162
APPENDICE E - <i>BRACKETING</i> , PRÉCONCEPTIONS ET CROYANCES DE L'ÉTUDIANT- CHERCHEUR EN REGARD AU PHÉNOMÈNE À L'ÉTUDE	164
APPENDICE F - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE.....	167
APPENDICE G - DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS	174
APPENDICE H - GUIDE D'ENTREVUE	176
APPENDICE I - SCHÉMA DU PROCESSUS D'ANALYSE DES DONNÉES	178
APPENDICE J - FIGURE DE L'ANALYSE DES DONNÉES	180
APPENDICE K - EXTRAIT DE L'ENTREVUE D'ALEXANDRE.....	182
APPENDICE L - CERTIFICAT D'ÉTHIQUE	184
APPENDICE M - LIGNES DIRECTRICES DU JOURNAL OF ADVANCED NURSING	186
APPENDICE O - VERBATIM APPUYANT LA FORMULATION DES SOUS-THÈMES.....	195

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AIIC :	Association des infirmières et infirmiers du Canada
CCAS :	Community care access centers
CCASS :	Conseil canadien d'agrément des services de santé
CH :	Centre hospitalier
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC :	Centre local de services communautaires
CNA :	Canadian Nurses Association
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
FCSII :	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers
IQVT :	Indicateurs de qualité de vie au travail
ICIS :	Institut canadien d'information sur la santé
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
QVT :	Qualité de vie au travail

REMERCIEMENTS

Ce projet de maîtrise a vu le jour grâce aux efforts, aux encouragements, au soutien de plusieurs personnes qui m'entourent. Aussi, je veux prendre le temps de les remercier pour leur soutien et l'aide qu'elles m'ont apportée.

En premier lieu, je voudrais sincèrement remercier ma directrice, Mme Marie Alderson pour avoir accepté de m'encadrer et d'avoir cru en mes aptitudes. Elle a su faire preuve de rigueur, de patience et de générosité à mon égard et ce, tout au long du processus de rédaction du mémoire. Mme Alderson m'a permis de me dépasser et je lui voue ma plus profonde gratitude.

Ma sincère reconnaissance va aussi à ma co-directrice, Mme Chantal Cara qui a démontré du *caring* tout au long de l'étude. Je la remercie de ses conseils judicieux et de son regard juste et critique sur mes écrits ainsi que de son soutien et ses encouragements constants.

Je désire aussi remercier Michel Perreault, Louise Bouchard ainsi que Francine Gratton pour avoir permis la réalisation de ce mémoire par article.

À mon conjoint Luc, je lui dis merci pour son soutien et ses mots motivants quotidiens qui m'ont permis de « tenir le coup » tout au long de ce parcours. Je lui dois beaucoup.

Je voudrais aussi dire merci aux membres de ma famille, mes amies, Manon, Line, Johanne, Louise, mes consœurs de travail, Manon, Sandra et Sylvia, ainsi que mes collègues de l'Ordre régional des Laurentides/Lanaudière pour leur appui inconditionnel, leur patience et leurs encouragements, aussi bien dans les moments positifs que dans ceux plus difficiles. Un merci également à France, pour les corrections et la mise en page.

Je voudrais adresser ma gratitude aux cinq infirmiers qui ont accepté de participer à cette recherche. Merci pour leur générosité et pour avoir partagé leur expérience vécue en regard à leur qualité de vie au travail en CLSC. Sans eux, ce projet n'aurait pu se concrétiser. Finalement, mes remerciements vont aussi au Centre FERASI ainsi qu'à la FRESIQ pour leur soutien financier apporté à ce projet de recherche.

INTRODUCTION

La réforme dans le réseau de la santé, au cours des années '90, créée par une vague de coupures budgétaires et de rationalisation des ressources humaines en soins infirmiers, avait pour objectif d'atteindre un équilibre économique (Bourbonnais, Comeau, Viens, Laliberté, Malenfant, Brisson, & Vézina, 1998 ; Bourbonnais, Malenfant, Viens, Vézina, Brisson, Laliberté, & Sarmiento, 2000). Cette restructuration, appelée «virage ambulatoire», a entraîné une réduction des séjours en milieu hospitalier et, par le fait même, une augmentation des soins et services dispensés dans la communauté. Cet état de faits a modifié l'organisation du travail infirmier en CLSC (Bourbonnais et al., 1998 ; Bourbonnais et al., 2000 ; Lamontagne, 1998) ainsi que les modes de pratiques en soins infirmiers en santé communautaire et a affecté la qualité de vie au travail (QVT) des infirmières et des infirmiers œuvrant dans ce secteur d'activités (Denton, Zeytinoglu, Davies, & Lian, 2003 ; Doran, Pickard, Harris, Coyte, MacRae, Laschinger, Darlington, & Carryer, 2004). La qualité de vie au travail a initialement été étudiée par Elizur et Shye (1990) dans le milieu industriel et ce, dans une perspective de productivité et de rentabilité. Pour ces auteurs, la QVT se traduit par les différentes formes d'interactions que les travailleurs ont avec l'environnement de travail; ils la perçoivent comme étant multidimensionnelle et proposent une vision holistique de la personne en interaction constante avec son environnement de travail.

Suite aux multiples réformes opérées dans le réseau de la santé et leurs effets sur les infirmières et les infirmiers, quelques auteurs (Bourbonnais et al., 2000 ; Lavoie-Tremblay, Viens, & Mayrand-Leclerc, 2003 ; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992) ont commencé à se pencher sur la qualité de vie au travail au sein de la profession infirmière. Cela dit, la plupart de ces écrits traitent essentiellement de la qualité de vie telle que vécue par des infirmières œuvrant en milieu hospitalier (Delmas, 1999 ; Carlier, 2000 ; Gascon, 2001). Les très rares écrits scientifiques abordant le phénomène de la qualité de vie au travail, en santé communautaire, ont exploré des facteurs qui influencent l'environnement de travail et ce, sous l'angle de la satisfaction au travail (Stewart & Arklie, 1994 ; Denton et al., 2003; Doran et al., 2004 ; Jansen, Kerkstra, Abu-Saad, & Van Der Zee, 1996). De plus, ils ne considèrent que la QVT des infirmières alors que celle des infirmiers n'est guère étudiée. Cela dit, il est plutôt difficile de circonscrire le phénomène de la QVT tel que vécu par les infirmiers dans la mesure où, étant

majoritairement une profession de femmes, le genre féminin englobe le genre masculin. La présente étude s'avère novatrice dans le sens où, pour la première fois, la signification de la qualité de vie au travail des infirmiers œuvrant en mission CLSC fait l'objet d'une étude approfondie et ce, sous l'angle salutogénique.

Les résultats obtenus contribueront à élaborer des stratégies visant à maintenir et à améliorer la qualité de vie des infirmiers en mission CLSC; ils permettront d'instituer un programme de qualité de vie au travail en CSSS, mission CLSC.

Ce mémoire de maîtrise comporte cinq chapitres, dont l'un est composé d'un article scientifique. Le premier chapitre traite du phénomène à l'étude, du but de l'étude et de la question de la recherche. Le deuxième chapitre expose une recension des écrits traitant du travail infirmier en CSSS, mission CLSC, de la qualité de vie au travail, des hommes au sein de la profession infirmière ainsi que de la philosophie du *human caring* de Watson utilisée comme toile de fond de l'étude. Le troisième chapitre présente la méthode retenue. Le quatrième chapitre, présenté sous la forme d'un article scientifique soumis à une publication, constitue une synthèse de l'ensemble de la démarche. Le cinquième chapitre présente les résultats obtenus et fait état d'avenues futures pour la profession et la discipline infirmière. Une conclusion clôt le document.

CHAPITRE 1 - LE PHÉNOMÈNE À L'ÉTUDE

Depuis les quinze dernières années, les réseaux de la santé au Québec, au Canada et dans le monde ont été soumis à de vastes restructurations imposées par d'importantes restrictions budgétaires et une intense rationalisation des ressources humaines, bousculant du même coup l'environnement de travail et les pratiques de soins chez les infirmières et infirmiers œuvrant dans divers établissements de soins (Bourbonnais et al., 1998; Bourbonnais et al., 2000; Denton, Zeytinoglu, Davies, & Lian, 2002, 2003; Pérodeau, Paquette, Brissette, St-Pierre, Bernier, & Duquette, 2002; Gagnon, Guberman, Côté, Gilbert, Thivierge, & Tremblay, 2001). Ces réorganisations ont eu des impacts négatifs sur la qualité de vie au travail (QVT) des infirmières et infirmiers. Les écrits traitant de la qualité de vie au travail s'appuient principalement sur le paradigme pathogénique (la maladie, telle que la détresse psychologique et l'épuisement professionnel) (Bourbonnais et al., 1998; Bourbonnais et al., 2000; Duquette, Kérouac, Sandhu, & Saulnier, 1995). De plus, la plupart des études ont investigué le phénomène de la QVT spécifiquement chez les infirmières, le féminin incluant le genre masculin. Il devient alors complexe, voire même impossible, d'extraire ou de formuler des conclusions spécifiques au genre masculin.

Par ailleurs, les études existantes (Brooks, Thomas, & Droppleman, 1996; Evans, 1997, 2001, 2002, 2004; Evans & Blye, 2003), traitant uniquement des hommes dans la profession, ne font pas état de leur qualité de vie au travail. Mentionnons, cependant, que les hommes occupent une place de plus en plus grandissante dans la profession infirmière au Québec. En effet, selon des données statistiques obtenues, la profession infirmière compte 9,1 % d'hommes (ICIS, 2006; OIIQ, 2005). Plus précisément, de ce pourcentage d'hommes (9,1%), seulement 6,7 % déclarent exercer en CLSC et 93,3% en centres de soins aigus et en centres de longue durée (données non publiées de l'OIIQ). Ce pourcentage est loin d'être négligeable puisque selon les données statistiques, dans l'ensemble des provinces du Canada, le pourcentage d'infirmiers n'est que de 5% (ICIS, 2006). D'où l'importance d'étudier la qualité de vie au travail, selon une approche salutogénique (santé), auprès d'infirmiers travaillant dans les centres de santé et des services sociaux (CSSS), mission centre local des services communautaires (CLSC). Enfin, l'approche salutogénique a été privilégiée puisqu'elle permet l'exploration en profondeur des dimensions contribuant favorablement à la qualité de vie au travail.

Au Québec, dans les années '90, le « virage ambulatoire » représente une réorganisation en profondeur de la gestion du système sociosanitaire visant avant tout, une efficacité administrative accrue dans un contexte de restrictions budgétaires (Bourbonnais et al., 1998; Côté, 2002; Desrosiers & Valois, 2002; Dussault et al., 2001; Lavoie-Tremblay, Viens, & Mayrand-Leclerc, 2003). Ce virage constitue un changement de philosophie dans la prestation des soins et services, soit: l'augmentation de la chirurgie d'un jour, la généralisation des services ambulatoires et la réduction de la durée moyenne d'hospitalisation (Bergeron & Gagnon, 2003; Pérodeau et al., 2002).

Proposant une transformation radicale du mode de fonctionnement, des habitudes et des conceptions entourant la prise en charge des patients (Pérodeau et al., 2002), le virage ambulatoire préconise leur retour rapide dans la communauté (Ducharme, Pérodeau, & Trudeau, 2002; Gagnon et al., 2001). Cet état de faits entraîne une augmentation du volume des soins et des services dispensés à domicile (Dallaire, O'Neill, Lessard, & Normand, 2003; Denton et al., 2003; Gagnon et al., 2001; Pérodeau et al., 2002). Dans ce contexte de rationalisation des dépenses, plusieurs infirmières et infirmiers se voient également proposer un départ anticipé à la retraite tandis que d'autres sont contraints à changer de milieu de travail, passant des centres hospitaliers de soins généraux spécialisés (CHSGS) à des centres locaux des services communautaires (CLSC) ou des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) sans avoir nécessairement reçu la formation et le soutien requis (Bourbonnais et al., 2000; Pérodeau et al., 2002).

Avant ces réformes, les CLSC priorisaient les mandats de prévention et de promotion de la santé et les confiaient aux professionnels soignants (Turgeon, Anctil, & Gauthier, 2003). L'environnement de travail, alors plus flexible, favorisait une grande autonomie au niveau des prises de décisions de ces derniers (Pérodeau et al., 2002). Depuis l'avènement des réformes, les CLSC connaissent une expansion constante faisant en sorte que les infirmières et infirmiers deviennent des intervenants pivots dans la prestation des soins de première ligne (Bergeron & Gagnon, 2003). Cette nouvelle situation a pour effet de rendre leurs conditions de travail beaucoup plus difficiles. En effet, ces changements n'ont pas été accompagnés d'une augmentation de ressources

humaines qui permettrait de répondre à l'accroissement de la demande de soins en CLSC (Lamontagne, 1998). De plus, les cas les plus lourds s'avèrent maintenant plus nombreux, plus complexes et sont considérés comme prioritaires. D'ailleurs, selon Pérodeau et al., (2002), les infirmières et infirmiers œuvrant en CLSC rapportent avoir moins de temps pour les aspects affectifs et relationnels du soin (le care) alors que les aspects curatifs (le cure) accaparent tout le temps disponible.

Le système de santé québécois opère présentement une nouvelle réforme axée sur la fusion des CLSC, des CHSLD et des CHSGS, lesquels sont regroupés en centres de santé et de services sociaux (CSSS). L'avènement des CSSS résulte de l'adoption, en décembre 2003, de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (MSSSQ, 2003).

La recension des écrits démontre que ces divers changements provoquent d'importantes modifications dans l'organisation du travail infirmier en santé communautaire, lesquelles génèrent chez certaines infirmières et infirmiers, une tension accrue (Bourbonnais et al., 2000; Lamontagne, 1998; Pérodeau et al., 2002). Des études (Bourbonnais et al., 2000; Denton et al., 2003; Egglefield-Beaudoin & Edgar, 2003; Jansen et al., 1996) démontrent que les tensions vécues au travail ont été à l'origine d'épisodes d'épuisement chez certains d'entre eux. En effet, à l'échelle nationale canadienne, le rapport final du Canadian Nursing Advisory Committee (2002) et les travaux de Dussault et al. (2001) confirment que les restructurations du réseau de la santé dans tous les milieux de soins entraînent chez les infirmières et infirmiers un haut taux d'absentéisme et de roulement, des accidents et des maladies ainsi qu'une baisse de rendement. Ces restructurations génèrent aussi de l'insatisfaction, une perte de motivation et un sentiment de déqualification. Par ailleurs, d'autres études réalisées à l'échelle provinciale (Bédard & Duquette, 1998; Bourbonnais et al., 2000; Carpentier-Roy, 1995; Dallaire et al., 2003; Duquette, 2000; Gascon, 2001; OIIQ, 1999) ajoutent que bon nombre d'infirmières et infirmiers éprouvent de la morosité et que plusieurs d'entre eux rapportent de l'épuisement, de la souffrance et de la détresse psychologique au travail. Il appert également que les restructurations auraient induit une dissonance cognitive au niveau des préoccupations professionnelles des infirmières et infirmiers

(Bourbonnais et al., 1998, 2000). Ces faits s'accompagnent d'une démobilité, d'une démotivation et d'un essoufflement chez ceux-ci (Bourbonnais et al., 2000; Carpentier-Roy, 1995).

Plus spécifiquement, depuis les restructurations, on observe que les infirmières et infirmiers œuvrant en santé communautaire ont également commencé à présenter des signes d'épuisement professionnel et des problèmes de santé au travail (physique et mentale), alors que ceux-ci ne s'observaient auparavant qu'en milieu hospitalier (Denton et al., 2003; Doran et al., 2004; Jansen et al., 1996; Leipert, 1996; Pérodeau et al., 2002; Stewart & Arklie, 1994). Ainsi, depuis les dix dernières années, ces restructurations ont aussi eu des conséquences négatives sur la qualité de vie au travail (QVT) des infirmières et infirmiers, tant en santé communautaire qu'en milieu hospitalier (Bourbonnais et al., 2000; Denton et al., 2003; Pérodeau et al., 2002), créant ainsi un grave malaise dans la profession en plus de perturber l'environnement de travail chez ces derniers.

Ces constats ont amené l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2002) à convoquer un atelier national afin de créer des indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières et infirmiers du Canada. L'atelier a en effet recommandé d'intégrer ces indicateurs à ceux du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) dans le but d'assurer un système de santé rentable qui dispense des soins d'excellente qualité à la population. La qualité de vie au travail constitue une préoccupation majeure pour le réseau de la santé au Québec dans la mesure où elle contribue à assurer des soins de qualité à la population (OIIQ, 2001).

Au cours des trente dernières années, la qualité de vie au travail a fait l'objet de plusieurs études, tout particulièrement dans le milieu industriel (Elizur & Shye, 1990; Goode, 1989; Havlovic, 1991; Kierman & Marone, 1996; Loscocco & Roschelle, 1991, Turcotte, 1988; Zeffane, 1994). Les diverses définitions de la QVT recensées révèlent qu'il existe autant de définitions que d'auteurs. Il n'y a pas de consensus apparent, ni sur la définition, ni sur la description du concept. En effet, il existe plusieurs définitions divergentes de la qualité de vie au travail. Durant les années '60, la QVT a surtout été développée dans une perspective de rentabilité et de productivité (Goode, 1989). Un courant plus humaniste de la notion de la qualité de vie au travail a émergé dans les

années '70 et '80, soit celui du bien-être psychologique (Turcotte, 1988). Ce n'est que durant les années '90 qu'Elizur et Shye (1990) définissent la qualité de vie au travail selon une approche globale incluant plusieurs dimensions de la personne. La plupart de ces auteurs reconnaissent également que la qualité de vie au travail constitue un phénomène multidimensionnel.

Au niveau de la discipline infirmière, quelques études se sont aussi attardées sur le concept de la qualité de vie au travail. De plus, ces écrits se sont principalement concentrés sur la satisfaction au travail et les aspects sociaux de l'environnement de travail des infirmières. En France, Delmas (1999) effectue une étude quantitative visant à décrire les dimensions de qualité de vie au travail et de la hardiesse, de même que les stratégies de coping utilisées par les infirmières.

Pour leur part, O'Brien-Pallas et Baumann (1992) élaborent un modèle théorique décrivant les caractéristiques individuelles, administratives et sociales agissant uniquement sur l'environnement de travail des infirmières tout en considérant les politiques de santé et le marché du travail. Ces auteures tentent d'expliquer le phénomène de la QVT à l'aide de la description de facteurs de satisfaction liés à l'environnement de travail des infirmières. Par ailleurs, Blythe, Baumann, O'Brien-Pallas et Butt (2003) et Lewis, Brazil, Krueger, Lohfeld et Tjam (2001) indiquent que le concept de qualité de vie au travail serait difficile à préciser dû au fait qu'il réfère à des dimensions à la fois internes et externes à la personne. Au Québec, seule Gascon (2001) a réalisé une étude phénoménologique qui avait pour but de décrire et comprendre la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmières québécoises, issues de quatre types de milieux cliniques différents. La philosophie du *human caring* de Watson (1988) fut utilisée comme toile de fond et quatre thèmes ressortent des résultats de son étude.

Le phénomène de qualité de vie au travail a également été étudié auprès d'infirmières œuvrant en santé communautaire. Les auteurs (Stewart & Arklie, 1994 ; Cockerill et al., 2002; Doran et al., 2004; Jansen et al., 1996; Leipert, 1996) ont aussi examiné les facteurs qui influencent l'environnement de travail et ce, sous l'angle de la

satisfaction au travail. À la lumière de ces faits, la qualité de vie au travail des infirmières et infirmiers œuvrant en santé communautaire s'avère ainsi être perturbée.

Outre les études quantitatives et qualitatives recensées précédemment, il existe très peu d'écrits visant à décrire et comprendre le phénomène de la qualité de vie au travail auprès d'une population d'infirmiers. La plupart des études font surtout état des problématiques vécues auprès des infirmières. D'après l'ensemble de la recension des écrits rapportée précédemment, l'étudiant-chercheur constate qu'aucune étude, à sa connaissance, n'a pris le soin d'appréhender ou d'approcher le phénomène de qualité de vie au travail des infirmiers selon le néologisme « salutogénique ». La perspective salutogénique représente une vision positive de la santé (Antonovsky, 1996; Delmas, 1999, 2001; Duquette, 2000; Gascon, 2001). Pour ces auteurs, il incombe, alors, de cibler des approches positives et des mesures spécifiques gagnantes pour contrer les problématiques en matière de qualité de vie au travail.

L'étudiant-chercheur constate que les écrits sur le concept de qualité de vie au travail dans la profession ont surtout été faits auprès de femmes infirmières puisque les infirmiers ne sont pas spécifiés à l'intérieur des échantillons et que la plupart du temps, le genre féminin inclut le genre masculin. Or, il s'avère difficile de connaître le vécu des infirmiers en ce qui concerne leur qualité de vie au travail. Toutefois, Gascon (2001) recommande que semblable étude soit réalisée.

Comme évoqué plus haut, les hommes se retrouvent présentement en nombre croissant dans toutes les sphères de la pratique infirmière, tout particulièrement dans les secteurs des soins intensifs, de l'urgence, de la santé mentale, de la gestion et, depuis peu, de la santé communautaire (AIIC, 2005; CNA, 2003; Evans, 2001). Certains écrits existants ont exploré l'insatisfaction et l'épuisement au travail auprès des infirmières et des infirmiers (Al Ma'aitah, Cameron, Armstrong-Stassen, & Horsburgh, 1999a; Al-Ma'aitah, Cameron, Horsburgh, & Armstrong-Stassen, 1999b). D'autres auteurs (Evans, 2001, 2002, 2004, Evans & Blye, 2003; Brooks et al., 1996; William, 1995; Wilson, 2005) ont, quant à eux, exploré leur vécu des rapports sociaux de genre intra-interprofessionnels et les effets sur leur environnement de travail sans, toutefois, faire de lien avec la qualité de vie au travail.

Bien que les femmes et les hommes soient différents tant du point de vue du corps que de l'esprit (Carpentier-Roy, 1995), il appert que les infirmiers vivent et ressentent, à l'instar de leurs consœurs, les bouleversements du réseau de la santé (Perreault, 1990). En effet, Perreault (1990) rapporte que les hommes, qui occupent des postes à prédominance féminine, souffriront des phénomènes morbides identiques aux femmes et ce, avec la même fréquence. Néanmoins, certains auteurs (Al Ma'aitah et al., 1999a, 1999b) rapportent avoir trouvé de légères différences entre les infirmières et infirmiers concernant le niveau d'insatisfaction au travail. Cette insatisfaction apparaît être attribuable au manque de soutien des gestionnaires, à la rémunération salariale et aux conflits travail-famille.

Les observations de l'étudiant-chercheur et des témoignages de collègues masculins œuvrant en CSSS, mission CLSC portent à penser que la réorganisation du travail liée au virage ambulatoire a eu aussi des conséquences néfastes sur la qualité de vie au travail de certains infirmiers. Selon l'AIIC (2005), Brooks et al. (1996), Evans, (1997, 2001, 2004), Soerlie et al. (1997), William (1995) ainsi que Witthock et Leonard (2003), certains infirmiers éprouvent, en plus, des sentiments négatifs liés à la discrimination de genre, de l'isolement ainsi qu'une discordance entre les valeurs masculines (force, agressivité) versus les valeurs féminines (délicatesse, souplesse) qui sous-tendent la profession infirmière. La perception d'un environnement de travail médiocre et malsain ainsi que l'expérience d'un manque de soutien de la part des supérieurs s'ajoutent aux sentiments négatifs vécus par les infirmiers (Brooks et al., 1996; Evans, 2001, 2002, 2004; Walters, Eyles, French, & Lenton, 1998). Ainsi, ces attitudes négatives, citées précédemment, sont des obstacles au maintien et au développement de la qualité de vie au travail.

La philosophie du *human caring* de Watson (1988, 1999, 2001, 2005) apparaît comme la toile de fond appropriée à l'étude du phénomène de la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC. Cette philosophie favorise une approche des phénomènes dite existentielle, phénoménologique et spirituelle s'inspirant de la métaphysique, des humanités, des arts et des sciences (Watson, 1988, 1999, 2001, 2005). Elle favorise l'exploration et la compréhension de

l'expérience vécue par la personne, l'incitant à exprimer ses propres perceptions afin de l'amener à découvrir une signification à son expérience. Il s'agit d'un processus humain relationnel visant à décrire, à comprendre et à offrir des éléments de solution à partir de la co-création de la signification du phénomène tel que perçu et vécu par la personne. Watson (1988, 2005) privilégie l'utilisation de la méthode phénoménologique pour la recherche en sciences infirmières, dans la mesure où elle permet de décrire et de comprendre la signification et l'essence du phénomène étudié.

La présente recherche s'avère importante pour mettre en place des moyens pour développer des pratiques de gestion en soins infirmiers favorisant la qualité de vie au travail. Par ailleurs, cette étude s'avère être d'autant plus pertinente pour l'avancement des connaissances en sciences infirmières, compte tenu que la profession fait actuellement face à une seconde réforme.

But de l'étude

La présente étude a pour but de décrire et de comprendre la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail.

Question de recherche

Quelle est la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail ?

CHAPITRE 2 - LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre traite de la recension des écrits en rapport avec les différents thèmes traités dans le cadre de ce projet de recherche. Les quatre thèmes suivants seront abordés : le travail infirmier en Centre de santé et des services sociaux (CSSS), mission Centre local des services communautaires (CLSC), la qualité de vie au travail, les hommes dans la profession infirmière et, finalement, la philosophie du *Human Caring* de Watson, qui est utilisée comme toile de fond pour cette étude.

Le travail infirmier en Centre de santé et des services sociaux, mission CLSC

Le contexte du travail infirmier en santé communautaire

Au Québec, les CLSC ont été créés par la commission Castonguay-Nepveu afin de jouer un rôle de premier plan en étant l'une des principales portes d'entrée du réseau de la santé. Les CLSC offraient des services dans un territoire bien délimité et avaient pour mission une approche globale, multidisciplinaire et communautaire dans le but d'améliorer l'état de santé et de bien-être des individus de la communauté (Association des CLSC et CHSLD du Québec, 1998). L'exercice infirmier en santé communautaire a cependant connu d'importants changements avec l'implantation du virage ambulatoire dans le réseau de la santé (Côté et al., 1998; Côté, 2002; Gagnon et al., 2001; OIIQ, 1999; Pérodeau et al., 2002; Turgeon, Anctil, & Gauthier, 2003).

Les infirmières et infirmiers ont toujours exercé un rôle important dans la promotion et l'éducation à la santé (Hagan, 1991; Cloutier-Laffrey, Dickenson & Diem, 1997; Denton et al., 2003; OIIQ, 1999). Outre la fonction éducative, la pratique des soins infirmiers dans la communauté a progressivement inclus une part accrue de soins curatifs auparavant administrés uniquement dans les centres hospitaliers (Cloutier-Laffrey et al., 1997; Denton et al., 2002, 2003; Doran et al., 2004; Hagan, 1991). Cette évolution s'est opérée sous l'influence du développement de nouvelles technologies visant à répondre à des demandes de soins et à des problématiques sociosanitaires et communautaires de plus en plus complexes et variées (Baumann et al., 2001; Denton et al., 2003; Doran et al., 2004; Goulet, 2002; Keller, Hunter, & Shortt, 2004; Pérodeau et al., 2002). Cette évolution a amené les infirmières et infirmiers à revoir leurs pratiques, à développer leurs

compétences et à réviser l'organisation de leur travail (Denton et al., 2003; Jansen et al., 1996). Notons qu'il s'agit là d'une situation observée partout au Canada, en Amérique du Nord (Baumann et al., 2001; Denton et al., 2002, 2003; Keller, Hunter, & Shortt, 2004), voire même dans la communauté européenne (Leipert, 1996).

Les enjeux du virage ambulatoire pour la profession infirmière en santé communautaire

La restructuration des soins en santé communautaire, tant au Québec qu'au Canada ou ailleurs dans le monde, a créé chez les infirmières et infirmiers une désorganisation et de l'insatisfaction au travail, un haut niveau de stress psychologique, de l'épuisement professionnel ainsi que d'autres problèmes de santé (Baumann et al., 2001; Bourbonnais et al., 1998, 1999; Denton et al., 2002; Duquette & Cara, 2000; Duquette, 2000; Duquette et al., 1995; Keller, Hunter, & Shortt, 2004; Leipert, 1996; Pérodeau et al., 2002). Les auteures concluent également que ces changements contribuent à augmenter le taux d'absentéisme, à faire naître des sentiments de crainte face à la perte éventuelle de leur emploi et à favoriser la désertion et l'apparition de conflits de rôles dans la profession.

Le virage ambulatoire avait pour but la résolution rapide et efficace de problèmes de santé physique ou psychologique de manière à réduire la durée moyenne de séjour hospitalier en transférant les activités de soins vers la communauté (Beaudry, 1996). Qui plus est, ce virage avait également pour objectif d'améliorer l'efficacité des services, de permettre une organisation de soins adaptée en fonction de l'évolution des connaissances et des approches, afin que chaque citoyen ait un meilleur accès à une gamme étendue de services au sein même de son domicile. Malheureusement, il a pris place dans un contexte de crise financière et par le fait même, d'assainissement des finances publiques et ce, sans investissement direct dans les soins et services en communauté (Côté, 2002). Conséquemment, certains écrits scientifiques québécois (Bourbonnais et al., 1998, 1999, 2000; Duquette, 2000; Duquette & Cara, 2000; Duquette et al., 1995; Pérodeau et al., 2002) révèlent que la restructuration du réseau, par le biais du virage ambulatoire, dans un contexte de coupures budgétaires, a eu d'importantes conséquences négatives sur la profession infirmière : un niveau élevé de détresse psychologique et un absentéisme accru en sont quelques illustrations. Un bon nombre d'infirmières et d'infirmiers ont déclaré

avoir eu recours aux services d'aide psychologique au travail (Bourbonnais et al., 1998, 2000), en compensation du faible soutien social de la part des collègues (Duquette & Carlier, 2001) et des gestionnaires (Bourbonnais et al., 2000; Duquette & Cara, 2000; Pérodeau et al., 2002). La plupart des infirmières et infirmiers disent également avoir connu un alourdissement de leurs tâches, une diminution de leur latitude décisionnelle (Bourbonnais et al., 2000), une réduction du soutien social au travail (Duquette & Carlier, 2001), en plus d'avoir expérimenté des conflits de rôles (Leipert, 1996). Les infirmières et infirmiers disent également avoir vécu des deuils par le départ successif de collègues. D'importantes modifications dans leur routine de travail ont effrité progressivement leur sentiment d'appartenance, faisant émerger des réactions de méfiance et de perte de confiance face à leurs supérieurs (Baumann et al., 2001; Bourbonnais et al., 1998, 2000; Denton et al., 2003; Doran et al., 2004; Norrish & Rundall, 2001; Pérodeau et al., 2002). Certains témoignages rapportés lors d'entrevues (Pérodeau et al., 2002) et confirmés par le vécu professionnel de l'étudiant-chercheur illustrent que les suppressions et supplantations de postes ont engendré de nombreuses frustrations auprès des infirmières et infirmiers de CLSC ainsi qu'une certaine hostilité envers les nouveaux venus. En effet, la plupart des études (Bourbonnais et al., 2000; Gagnon et al., 2001; Pérodeau et al., 2002) font état du fait que le transfert d'effectifs infirmiers des hôpitaux vers la communauté a généré frustrations et incertitude. Il faut savoir que les infirmières et infirmiers, ayant accumulé l'ancienneté requise au sein des hôpitaux, ont obtenu (« sont venus prendre ») les postes longtemps convoités par celles et ceux œuvrant depuis un certain temps au sein des CLSC (Pérodeau et al., 2002). Ce fait n'a pas été de nature à favoriser les rapports entre les nouveaux venus en CLSC et les plus anciens.

Le virage ambulatoire a créé une réelle surcharge aux infirmières et infirmiers, occasionnant des conditions de travail néfastes à l'exercice de la profession infirmière en communauté (Gagnon & Dallaire, 2002; Pérodeau et al., 2002). Les infirmières et infirmiers indiquent être contraints d'accomplir plus d'une tâche à la fois, à plus d'un endroit à la fois. Il appert qu'on leur impose de nouvelles tâches ou des tâches plus complexes tout en réduisant le temps pour les accomplir (Pérodeau et al., 2002). Le fait d'avoir à s'adapter continuellement aux différents programmes du CLSC allant de l'infanté aux services courants, en passant par le programme enfance-famille, parfois dans

une même semaine, est particulièrement exigeant (Pérodeau et al., 2002). Par ailleurs, selon Bourbonnais et al. (2000), Marck, Allen et Phillipchuk (2001) et Pérodeau et al. (2002), les journées de travail du personnel infirmier se déroulent à un rythme effréné au point de compromettre la qualité de vie au travail et la sécurité des soins en communauté. Selon Baumann et al. (2001), il appert que les longues périodes de stress au travail nuisent aux relations interpersonnelles et induisent des congés de maladie prolongés, lesquels occasionnant, par le fait même, un roulement accru de personnel et un manque d'efficacité dans la dispensation des soins. Ces mêmes auteures soulignent également que les infirmières et infirmiers œuvrant en santé communautaire sont souvent moins bien rémunérés que leurs collègues travaillant en milieu hospitalier du fait que leur semaine de travail compte moins d'heures (35 heures au lieu de 36,25 heures). Par ailleurs, selon Pérodeau et al. (2002), le nombre d'effectifs infirmiers œuvrant à temps partiel n'a fait qu'augmenter en santé communautaire au cours des dernières années. Le statut d'emploi est un facteur déterminant de la rétention au sein de la profession infirmière : les données semblent démontrer que les employés à temps complet ont un taux de cessation d'emploi nettement moins élevé que les employés à temps partiel (Pérodeau et al., 2002). Les infirmières et infirmiers se sentent éloignés des valeurs et des éléments fondamentaux de leur profession (Bourbonnais et al., 2000; Dallaire et al., 2003). Ils ont peine à se sentir fiers et satisfaits de leur travail et ressentent de la démotivation (Bourbonnais et al., 1998, 1999, 2000; Duquette & Delmas, 2002; Pérodeau et al., 2002; Thomson, Dunleavy, & Bruce, 2002). La plupart de ces constats ont été repris selon une perspective sociopolitique, laquelle fait état des enjeux majeurs de la transformation du réseau de la santé en les définissant comme les cinq «Défis» de la profession infirmière au Québec. Il s'agit des défis du nombre, du recrutement, des conditions de travail, de la qualification du travail infirmier et de la motivation (Dallaire et al., 2003)

Parmi le peu d'études (Hagan, 1991; Pérodeau et al., 2002) effectuées en CLSC, mentionnons celle réalisée par Lamontagne (1998) ayant pour but de procéder à une analyse compréhensive des changements organisationnels vécus par les infirmières (n = 13) dans ce secteur. Les résultats éclairent la perception qu'ont les infirmières des effets des changements organisationnels sur leur bien-être personnel et professionnel

ainsi que sur leurs relations avec la clientèle, les gestionnaires et les pairs. De ce fait, il semble que le bien-être se manifeste par des réactions émotionnelles (déception, insécurité, peur, sentiments de perte, etc.) et par des réactions physiques (insomnie, ulcères d'estomac, épuisement, etc.). Au niveau professionnel, elles expriment un sentiment de souffrance et de démotivation face à ces nouveaux changements. Les participantes mentionnent qu'elles perçoivent plus d'agressivité de la part des clients vivant également les changements liés au virage ambulatoire. Si la reconnaissance émanant des gestionnaires est perçue comme importante, la reconnaissance provenant des pairs l'est encore davantage. Cette dernière est malheureusement déficiente. Les résultats illustrent aussi que les infirmières développent des stratégies individuelles et collectives de défense pour contrer les insatisfactions vécues dans le contexte de changements organisationnels. L'étudiant-chercheur estime qu'il aurait été intéressant que l'auteur considère également le genre masculin dans son étude afin de faire ressortir la perception des infirmiers face à ces mêmes changements organisationnels.

Fillion et St-Laurent (2003) réalisent une étude quantitative descriptive sur les facteurs de stress liés au travail infirmier en soins palliatifs et de l'importance du soutien organisationnel, professionnel et émotionnel. Les résultats illustrent que le niveau de stress est moins élevé chez les infirmières dans les CLSC que dans les centres hospitaliers (CH) et que la satisfaction associée au travail y est également supérieure. L'étude de Fillion et St-Laurent révèle les CH comme étant des lieux déshumanisés dans lesquels le statut des infirmières œuvrant en soins palliatifs est peu valorisé. Selon les auteurs, les infirmières dispensant des soins en santé communautaire jouissent, quant à elles, d'une plus grande latitude décisionnelle et sont moins aux prises avec des conflits interprofessionnels.

En terminant, l'étudiant-chercheur constate qu'une très grande majorité des changements du virage ambulatoire et des restructurations en cours ont davantage d'effets négatifs sur l'environnement de travail et sur la qualité de vie au travail des infirmières et infirmiers. En effet, la plupart de ces auteurs révèlent que ces derniers sont insatisfaits à l'égard des conditions de travail et de la charge de travail et sont enclins à quitter la profession. En contrepartie, comme le féminin englobe le masculin, il devient

complexe de connaître spécifiquement le vécu des infirmiers face à ces réformes dans le réseau de la santé et de son impact réel sur leur qualité de vie au travail. La prochaine section fera état de la qualité de vie en général et au travail dans la profession infirmière.

La qualité de vie au travail en général et dans la discipline infirmière

L'étudiant-chercheur citera d'abord quelques définitions de la qualité de vie en général et de la qualité de vie au travail dans les différentes sphères d'activités du monde industriel et de la profession infirmière. Il fera état des connaissances liées au genre.

La qualité de vie en général se définit comme une évaluation subjective des attributs positifs et négatifs qui caractérisent la vie d'une personne (Padilla, Ferrel, Grant, & Rhiner, 1990) et comme un sentiment de bien-être ou d'insatisfaction ressenti en regard des satisfactions que lui procurent les aspects importants de sa vie (Ferrans & Powers, 1992). Dans une perspective globale et multidimensionnelle, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (1996) définit la qualité de vie comme étant la perception qu'a la personne de sa place dans le contexte culturel, spirituel et social du système dans lequel elle vit et ce, selon ses buts, ses standards et ses questionnements.

Bien qu'étant une structure de nature plutôt linéaire et obsolète aux vues de certains, Elizur et Shye (1990) proposent un modèle établissant un lien entre la qualité de vie en général, la satisfaction au travail et la qualité de vie au travail. Selon ce modèle, la qualité de vie en général est représentée par la base d'une structure conique (figure 1 de l'appendice A). La zone médiane du cône symbolise la satisfaction au travail alors que la qualité de vie au travail se situe au sommet de ce cône. Ainsi, la qualité de vie au travail repose sur une satisfaction au travail laquelle est, elle-même, basée sur une meilleure qualité de vie en général.

Cimete, Gencalp et Keskin (2003) ont mené une étude quantitative dans deux hôpitaux universitaires de Turquie, quant à la qualité de vie et la satisfaction au travail des infirmières. L'étude visait à établir une corrélation entre ces deux concepts. Un échantillon de 501 participantes ont été interviewées à l'aide du *Short Form Minnesota Satisfaction Questionnaire* (SFMSQ). Les résultats obtenus démontrent une faible corrélation, mais positive ($r = 0,5$, $p < 0,01$). La moyenne de satisfaction se situe à 3,21,

ce qui reflète un niveau modéré de satisfaction. La satisfaction interne, c'est-à-dire avec une moyenne de 3,90, est supérieure à la satisfaction externe de 2,95. L'étude s'est aussi attardée à différencier quatre domaines (physique, psychologique, social et environnemental) de la qualité de vie. Les résultats indiquent une corrélation plus positive entre la qualité de vie et la satisfaction au travail dans les domaines social ($r = 0,358, p < 0,01$) et environnemental ($r = 0,420, p < 0,01$) que dans les domaines physique ($r = 0,257, p < 0,01$) et psychologique ($r = 0,198, p < 0,01$). En conséquence, il ressort que la qualité de vie des infirmières du point de vue environnemental et social est corrélée à leur satisfaction au travail. L'étudiant-chercheur considère l'étude de Cimete, Gencalp et Keskin (2003) comme un bon exemple de lien entre la qualité de vie et la satisfaction au travail. Par contre, l'intégration dans cette étude du concept de la qualité de vie au travail aurait permis de considérer les trois aspects du modèle conique d'Elizur et Shye (1990). Les études rapportées dans la prochaine section traiteront, pour leur part, de la qualité de vie au travail en général.

Selon Elizur et Shye (1990), la qualité de vie au travail (QVT) dans les années '60, a fait l'objet de multiples recherches dans le domaine industriel. En effet, la QVT a d'abord été considérée selon une perspective de productivité et de rentabilité, émergeant des secteurs primaire et secondaire de l'économie (Turcotte, 1988). Ce n'est que vers les années '70 et '80 que l'on découvre une avenue plus humaniste de la notion de QVT, s'appuyant sur la nature du travail en soi, que le contexte soit physique, psychosocial ou organisationnel (Turcotte, 1988). En effet, la plupart des auteurs (Bowditch & Bouno, 1982; Goode, 1989; Loscocco & Roschelle, 1991) soutiennent que la mise en place de programmes d'amélioration des conditions de travail et l'implication du personnel dans les prises de décisions sont des éléments primordiaux de la QVT dans le monde industriel. Ces mêmes auteurs indiquent que le gain de productivité est proportionnel à l'accroissement de la satisfaction au travail des employés. L'évolution du concept vient de ce qu'il a été associé aux organisations du travail du secteur tertiaire de l'économie, dont font partie les services de soins.

Plus récemment, Delmas (1999), Elizur et Shye (1990), Gascon (2001), Kiernan et Knutson (1990); Havlovic (1991), Loscocco et Roschelle (1991) et Zeffane (1994) ont défini la qualité de vie au travail, sans toutefois atteindre un consensus.

Elizur et Shye (1990) définissent la QVT comme étant un haut niveau d'efficacité de la personne dans ses dimensions psychologique, physique, sociale et culturelle à travers les différentes formes d'interaction qu'a l'individu avec son environnement de travail. Delmas (1999) propose une vision holistique et salutogénique de la QVT, c'est-à-dire comme étant une évaluation multidimensionnelle et complexe du sentiment de bien-être au travail, lequel comprend les dimensions physique, psychologique, sociale et spirituelle de l'individu. Pour leur part, Loscocco et Roschelle (1991) ainsi que Zeffane (1994) définissent la QVT par la satisfaction de la personne au travail. Havlovic (1991) la voit comme une plus grande participation et un plus grand contrôle des travailleurs sur l'environnement de travail. Kierman et Knuston (1990) considèrent que la QVT doit tenir compte des besoins des employés tout en étant attentive aux attentes de l'entreprise. De son côté, Gascon (2001) la définit comme une harmonie entre les plans personnel, social, spirituel et professionnel intégrant la philosophie du milieu de soin, le leadership du gestionnaire, les conditions de travail, l'autonomie professionnelle et les relations avec les pairs et les supérieurs. À l'instar de Lewis et al. (2001), l'étudiant-chercheur observe que tous ces auteurs appuient leur définition sur des dimensions extrinsèques (l'environnement de travail et les conditions de travail) et intrinsèques du travail (la satisfaction et le bien-être, le niveau d'autonomie et les défis à relever).

S'il semble y avoir de plus en plus d'études en sciences infirmières (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 2002; Baumann et al., 2001; Bige, Marchand, & Delplanque, 2001; Blythe et al., 2003; Delmas, 1999; Delmas et al., 2004; Egglefield, Beaudoin & Edgar, 2003; Gascon, 2001; Lewis et al., 2001) investiguant le phénomène de la qualité de vie au travail, l'étudiant-chercheur constate que la plupart l'abordent en milieu hospitalier et auprès d'infirmières.

Bige, Marchand et Delplanque (2001) ont réalisé, en France, une étude multicentrique à l'aide d'un sondage auprès de 495 infirmières et infirmiers dans seize établissements publics de santé. Cette recherche étudiait la qualité de vie au travail par le

biais de sept facteurs professionnels et de huit facteurs personnels. Les résultats révèlent que les facteurs professionnels affectant le plus la QVT sont : l'autonomie, le lieu d'exercice, le choix des horaires et le désir de continuer à exercer la profession. Quant aux facteurs personnels, deux ressortent davantage, soit le fait d'avoir des personnes à charge et le besoin de soutien pour faire face aux problèmes de garderie. Le genre, pourtant l'un des facteurs personnels à l'étude, n'a cependant pas été spécifiquement analysé.

Plus récemment, Delmas et al. (2004) ont effectué une étude quantitative, selon une perspective salutogénique, qui avait pour but d'élaborer un programme de renforcement de la hardiesse et d'évaluer ses effets sur la hardiesse elle-même, les stratégies de coping, le stress perçu et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. L'échantillon fut constitué à partir de la population accessible d'un hôpital du sud-ouest de la France. La randomisation de cet échantillon de 70 infirmières a permis la constitution des groupes expérimentaux et contrôles. Le programme était élaboré à partir des recommandations de Maddi et Kobasa (1984), si bien que trois techniques furent retenues : le focusing, la reconstruction de situation et l'approche émotivo-rationnelle. Les instruments de mesure pour la hardiesse étaient les suivants : l'échelle PVS II (Maddi, 1990) en traduction française (Kérouac & Duquette, 1992); pour le stress perçu, l'échelle NSS (Gray-Toft & Anderson, 1981) en traduction française (Duquette et al., 1995); pour les stratégies de coping, l'échelle abrégée en langue française (Bouchard et al., 1995) du Ways of Coping Questionnaire (Lazarus & Folkman, 1984) et pour la qualité de vie au travail, l'échelle de Elizur et Shye (1990) en traduction française (Delmas, Escobar & Duquette, 2001). Les résultats montrent, aux trois temps de mesure postérieurs à l'intervention, que celle-ci a permis de renforcer le niveau de hardiesse, les stratégies actives de coping, la qualité de vie au travail des infirmières tout en diminuant l'intensité du stress perçu et les stratégies de fuite. De plus, le renforcement augmente la perception sociale du niveau de stratégie de coping et favorise une meilleure qualité de vie au travail.

Dans son mémoire de maîtrise, Delmas (1999) effectue une étude quantitative visant à décrire les niveaux de qualité de vie au travail et de hardiesse ainsi que les

stratégies de *coping* auprès d'infirmières françaises en réanimation et ce, à partir d'indicateurs positifs de santé (approche salutogénique). En s'appuyant sur le cadre théorique de Maddi et Kobasa (1984), cet auteur émet une hypothèse globale, selon laquelle les infirmières hardies présentent une meilleure perception de leur qualité de vie au travail en adoptant des stratégies de *coping* actives. Un questionnaire qui regroupe quatre échelles de mesures (hardiesse, stratégies de coping, qualité de vie au travail et les données sociodémographiques) a été remis à un échantillon de 229 infirmières françaises. Il s'agit du *Personal View Survey*, (Maddi, 1990), du *Ways of Coping Questionnaire* (Lazarus & Folkman, 1984), de l'échelle de qualité de vie au travail (QVT) (Elizur & Shye, 1990) et celle des caractéristiques sociodémographiques (Delmas, 1999). Les résultats de cette étude démontrent, en utilisant le test de corrélation de Pearson, que la majorité des répondantes aux questionnaires possèdent un niveau élevé de hardiesse, principale ressource de la personne et précisément orientée vers le sens de l'engagement et le sens de la maîtrise. Ainsi, les résultats révèlent que le sens de l'engagement ($r=0,2$, $p<0,05$) et le sens de la maîtrise ($r=0,2$, $p<0,05$) sont tous deux corrélés positivement avec la QVT. Il ressort également que les participantes à l'étude utilisent des moyens de réévaluation positive par la résolution de problèmes ($r=0,31$, $p<0,05$) qui est aussi corrélée positivement avec la QVT. Par ailleurs, les données démontrent que la troisième composante de la hardiesse, à savoir le sens du défi ($r=0,18$, $p<0,05$), est corrélé positivement avec la QVT. Ainsi, certaines infirmières adoptent des comportements positifs au travail afin de demeurer en santé, malgré les conditions de travail médiocre. Certaines d'entre elles se disent satisfaites au travail et semblent demeurer en santé. De même, elles auraient tendance à percevoir une qualité de vie au travail accrue. Malheureusement, l'auteur n'a pas, comme dans la presque totalité des études dans le domaine, considéré les différences entre les hommes et les femmes.

Quant à eux, Lewis et al. (2001) ont réalisé une enquête de type quantitative ayant pour but de déterminer les dimensions intrinsèques (l'habileté, l'autonomie et les défis) et extrinsèques (les salaires et autres bénéfices, ainsi que la santé et sécurité du lieu de travail) de la qualité de vie au travail dans sept différents milieux de soins en Ontario, soit : 1) en soins à domicile, 2) en soins de longue durée, 3) en centre hospitalier universitaire, 4) en santé communautaire, 5) en centre hospitalier communautaire de

longue durée, 6) en centre hospitalier ambulatoire et 7) en centre de réadaptation. L'échantillon des répondants est de 1 819 professionnels et non professionnels, dont 600 (33%) sont infirmières. Le taux de réponse moyen au questionnaire, parmi tous les types d'établissements, se situe à 33%. Les auteurs ont tenu compte des caractéristiques sociodémographiques, soit : 1) le genre; 2) le statut d'emploi; 3) le statut marital; 4) l'âge. Les résultats révèlent que le salaire, les bénéfices et le style de supervision dans l'organisation représentent les principaux facteurs dans la détermination de la satisfaction de la qualité de vie au travail. Quant aux différenciations selon le genre, les auteurs concluent que la différence est peu significative. Par exemple, les hommes sont un peu moins satisfaits de leur qualité de vie au travail que les femmes. Finalement, ils recommandent aux décideurs des institutions de santé de concentrer leurs efforts d'amélioration de la QVT au niveau des conditions tangibles de travail plutôt que sur l'autonomie des employés de la santé.

Pour sa part, Gascon (2001) a fait une étude qualitative sur la qualité de vie au travail d'infirmières québécoises œuvrant en milieu clinique. Le but de sa recherche phénoménologique, basée sur la méthode de Giorgi (1997a), visait à décrire et comprendre ce phénomène. L'échantillon était composé de cinq infirmières provenant de divers milieux de soins (CH-CLSC). La philosophie du *human caring* de Watson (1988) fut utilisée à titre de toile de fond tout en respectant les fondements de la phénoménologie (Giorgi, 1997a). Quatre thèmes ont émergé de sa recherche : pour les infirmières, la QVT signifiait l'actualisation de leur potentiel, la reconnaissance de leur compétence, l'importance des relations de *caring* dans leur environnement de travail et le maintien de conditions de travail favorables. Les deux premiers thèmes ayant émergé de cette étude font référence à la personne alors que les deux derniers réfèrent à l'interaction continue entre l'environnement de travail et l'infirmière. À la lumière des résultats de son étude, il appert ainsi que l'essence du phénomène de la qualité de vie au travail élevée chez les infirmières soignantes correspond à l'harmonie de la personne au travail. Toutefois, Gascon (2001) ne considère pas spécifiquement la signification de la qualité de vie au travail pour les hommes dans la profession infirmière mais recommande, par contre, que semblable étude soit réalisée.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2002) a proposé un modèle de milieu de travail pour une pratique de qualité des soins (Figure 2 de l'appendice B). Ce modèle veut répondre aux besoins et aux buts des infirmière et infirmiers tout en aidant l'utilisateur à atteindre ses objectifs de santé dans le contexte actuel de la restructuration (AIIC, 2002). L'énoncé de politique en lien avec ce modèle stipule, entre autres, l'importance pour l'infirmière et l'infirmier de participer activement au processus décisionnel dans l'adoption de politiques pour promouvoir leur santé et leur sécurité au travail ainsi que leur bien-être. L'étudiant-chercheur croit que ces conditions sont en lien avec la satisfaction au travail, la productivité, le recrutement et le maintien des effectifs contribuant à améliorer la QVT et, du même coup, la qualité des soins et des résultats positifs qui en découlent.

À partir du modèle portant sur le milieu de travail pour une pratique de soins de qualité, l'AIIC (2002) a organisé un atelier portant sur les IQVT pour les infirmières et infirmiers du Canada dont les résultats ont été présentés au Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) (2004). Au cours de l'atelier, ils ont cherché à définir une série d'IQVT quantifiables. De tous ceux qui ont été discutés, huit ont été retenus soit : 1) l'étendue des responsabilités; 2) le leadership infirmier; 3) les heures supplémentaires au travail; 4) les ratios entre le personnel à plein temps, à temps partiel et occasionnel; 5) l'autonomie dans le champ de pratique; 6) les possibilités de perfectionnement professionnel; 7) l'absentéisme au travail; 8) le nombre total de griefs non réglés. Il a été recommandé d'intégrer ces indicateurs à ceux déjà prévus par le CCASS dans son programme de 2004, intitulé "Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation" (MIRE), servant à l'agrément des organisations de soins de santé au Canada. Lors de ces travaux, les participants ont souligné qu'il était urgent de faire progresser le programme de la qualité de vie au travail des infirmières et infirmiers. Les enjeux dépassent de loin le simple milieu de travail et jouent un rôle pivot dans l'objectif plus général des politiques publiques visant à créer un système de santé rentable qui dispense aux clients des soins de qualité. Les participants ont souligné l'utilité d'un modèle permettant de repérer les liens de causalité éventuels entre les variables, tout en donnant une vision globale quant à la façon d'aborder le phénomène de QVT, quel que soit le milieu de soins (AIIC, 2002).

De plus, le modèle de l'AIIC (2002) illustre les rapports existants entre l'approche de l'AIIC et celle du CCASS (figure 3 de l'appendice B) et compare les attributs principaux d'un cadre de travail, les descripteurs de la vie au travail et les indicateurs de la QVT favorisant un haut niveau de professionnalisme et d'amélioration des soins à la clientèle. L'atelier a mis en lumière deux nouveaux facteurs nuisant au bon fonctionnement d'une organisation de soins, soit : l'absentéisme et la multiplication des griefs. Dans le rapport soumis au CCASS en mars 2004, l'AIIC a fait aussi état de dix dimensions entourant la qualité de vie au travail, qui sont représentés comme suit : 1) les caractéristiques du rôle; 2) la prise de décision; 3) un milieu favorisant l'apprentissage; 4) les déterminants de la santé physique et mentale; 5) l'équité et la justice; 6) les relations sociales et l'environnement; 7) la reconnaissance et le soutien des pairs; 8) le partage du leadership stratégique et tactique; 9) la culture et 10) la congruence des valeurs. Le CCASS (2004) s'engage officiellement à soutenir les organisations de santé dans leur volonté et leur démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail. L'étudiant-chercheur est d'avis que cette initiative du CCASS (2004) contribuera à la création d'environnements plus favorables à la QVT des infirmières et infirmiers dans les différentes sphères d'activités.

O'Brien-Pallas et Baumann (1992) ont élaboré un modèle (figure 4 de l'appendice C) de la QVT dans le but d'examiner les diverses variables qui influencent la QVT chez les infirmières. Les auteures visaient à établir des rapprochements entre l'environnement de travail des infirmières, leur expérience et les caractéristiques du système de santé. Elles ont catégorisé les différentes dimensions de l'environnement de travail en deux groupes : internes et externes à l'établissement. Les dimensions internes s'articulent autour de quatre éléments, soit : 1) le bien-être des personnes, 2) le contexte environnemental et social, 3) l'organisation du travail et 4) l'administration. Ces auteures précisent également que les dimensions externes se traduisent par : 1) les demandes soumises par les usagers, 2) la politique sur les soins de santé et 3) le marché du travail. Même si ces éléments apparaissent isolés, les chercheuses reconnaissent de nombreuses interactions entre les dimensions internes et externes à la personne et notent qu'elles influent sur la qualité de vie au travail des infirmières et infirmiers. De plus, selon Blythe et al. (2003), ces dimensions influencent les décisions des gestionnaires en ce qui a trait à

la dotation et au ratio d'infirmières à temps partiel et complet. Ces auteurs font état du fait que le travail infirmier se situe dans une perspective sociale et culturelle, faisant le lien entre l'expérience personnelle des infirmières et le contexte socio-économique, incluant le marché du travail ainsi que les intérêts et priorités des gouvernements provinciaux et fédéral au Canada.

Pour leur part, Egglefield-Beaudoin et Edgar (2003) ont fait une étude exploratoire portant sur la fréquence, l'importance relative et la nature des irritants qui peuvent affecter de façon significative la QVT des infirmières, leur rétention et leur charge de travail. Ils ont adapté le modèle d'O'Brien-Pallas et Baumann (1992) en incluant uniquement les dimensions internes. Les résultats démontrent que les irritants les plus fréquemment mentionnés relèvent des facteurs socio-environnementaux (l'environnement physique au travail et les relations de travail), suivis par les facteurs opérationnels (l'organisation des soins infirmiers) et finalement, les facteurs personnels (le stress au travail, le manque de respect et de soutien au travail). Les auteurs concluent que ces irritants affectent le moral des infirmières. Ces dernières considèrent d'ailleurs que ces irritants absorbent le temps consacré aux soins à la clientèle. Cette situation est source de frustration laquelle, génère de l'insatisfaction, contribue à l'épuisement et incite à quitter son emploi.

En résumé, l'étudiant-chercheur croit que la façon dont les décideurs perçoivent les ressources humaines en soins infirmiers et leur mode de fonctionnement, a d'importantes conséquences sur leur qualité de vie au travail. Selon lui, les trois modèles présentés (AIIC, 2002 ; Egglefield-Beaudoin & Edgar, 2003 ; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992) tendent à démontrer des points de convergence et permettent de visualiser les forces qui, à l'interne et à l'externe, agissent sur le bien-être des infirmières et des infirmiers.

Les quelques écrits traitant de la qualité de vie au travail des infirmières en santé communautaire ont surtout porté sur les facteurs qui influencent l'environnement de travail et ce, sous l'angle de la satisfaction au travail (Stewart & Arklie, 1994 ; Cockerill et al., 2002; Doran et al., 2004; Jansen et al., 1996).

Jansen et al. (1996) ont fait, aux Pays-Bas, une étude descriptive et comparative quant aux effets des caractéristiques d'emploi et des caractéristiques individuelles, tant sur la satisfaction au travail que sur l'épuisement professionnel des infirmières (n = 310) et infirmières auxiliaires (n = 92) œuvrant en communauté. De ce groupe, seulement 7% étaient des hommes. Un instrument de mesure, sous forme de questionnaire établi à partir de celui d'Algera (1980 et 1986), a été utilisé pour caractériser le rôle des infirmières et infirmiers en communauté. Contrairement à ce qui a été rapporté dans les études menées en CH et en CLSC au Québec, les résultats de l'étude de Jansen et al. (1996) démontrent que les infirmières en santé communautaire, qui ont plus d'autonomie, n'éprouvent pas nécessairement une plus grande satisfaction au travail. En effet, il semble que l'autonomie dont elles disposent n'influe pas autant sur leur satisfaction au travail. L'étudiant-chercheur estime que cette distinction rapportée peut être reliée au contexte culturel du pays ainsi qu'à la situation sociopolitique du système de santé propre aux Pays-Bas.

Par ailleurs, Stewart et Arklie (1994) ont réalisé une étude quantitative descriptive en Nouvelle-Écosse (Canada), visant à préciser le soutien, les facteurs de stress reliés au travail, la satisfaction au travail et l'épuisement des infirmières en santé communautaire. Les résultats révèlent que les trois principales sources de stress sont : 1) le manque de temps pour soigner les usagers, 2) un environnement de travail médiocre et des usagers agressifs ou dépressifs ainsi que 3) les membres de la famille des usagers ayant des comportements difficiles à gérer. Les auteures démontrent aussi deux principales sources de satisfaction, soit : 1) le plaisir procuré par le travail et 2) la prestation de soins de qualité. Les auteures ont été en mesure de valider cinq hypothèses décrivant l'interaction entre les éléments de stress, la satisfaction, le soutien et l'épuisement professionnel. Ainsi, si le soutien augmente, l'épuisement et la maladie diminuent et la satisfaction au travail augmente. L'étudiant-chercheur constate cependant que certains éléments de stress vécus par les infirmières en communauté se distinguent de ceux qui sont rapportés par leurs collègues des centres hospitaliers. Enfin, il constate que l'influence du genre n'a cependant pas été analysée dans le cadre de cette recherche.

Pour leur part, Cockerill et al. (2002) ont réalisé, dans une grande ville du sud de l'Ontario, une étude quantitative descriptive visant à établir un lien entre le temps consacré aux activités de traitement et de prévention des infirmières en santé communautaire et la satisfaction au travail. Les auteures ont utilisé le cadre de référence de Jelinek (1967) portant sur la théorie générale des systèmes appliquée à la prestation des soins en communauté. L'échantillon incluait 38 infirmières et 11 infirmières auxiliaires regroupées en seize équipes de soins à domicile. Les facteurs ont été groupés selon trois variables, soit celles reliées au professionnel, au patient et à la visite. Les infirmières ont indiqué le temps consacré pour le traitement et les activités de prévention à l'aide de l'échelle de Likert (pas suffisant, assez suffisant et plus que suffisant). Les résultats indiquent que la majorité des infirmières estimaient avoir suffisamment de temps pour compléter leurs activités de prévention et de traitement. Par contre, lorsque la situation était plus complexe, tel que dans le cas de suivis en santé mentale requérant l'implication d'autres professionnels, les infirmières rapportaient ne pas avoir suffisamment de temps pour les activités de soins et de prévention. De plus, elles concluaient que la formation des infirmières et leur expérience en santé communautaire étaient deux indicateurs importants, car ils contribuent à réduire leur niveau de stress au travail et à favoriser la satisfaction au travail.

Tout récemment, Doran et al. (2004) ont mené une étude descriptive en deux phases, en Ontario, sur l'impact de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail pour des infirmières en santé communautaire. L'échantillon était constitué de 700 infirmières provenant des différents *Community care access centers* (CCACs) de l'Ontario ayant répondu aux questionnaires. Les résultats démontrent que les infirmières sont moyennement satisfaites de leur travail (3,84/5) et peu satisfaites du temps consacré aux soins (2,83/5). De plus, il appert que les participantes sont moyennement satisfaites de leur autonomie décisionnelle tandis qu'elles sont hautement satisfaites des soins qu'elles dispensent à la clientèle. Par contre, 50% indiquent ne pas être satisfaites de leur sécurité d'emploi, corroborant les enjeux décrits précédemment dans ce chapitre. L'étudiant-chercheur constate que, contrairement à la situation décrite en CLSC au Québec par Pérodeau et al. (2002), les infirmières ontariennes œuvrant en communauté semblent privilégier des emplois à temps complet.

Somme toute, l'étudiant-chercheur estime que la plupart des études citées précédemment considèrent l'autonomie, le soutien, l'importance de donner des soins de qualité à la clientèle, la qualité de l'environnement de travail ainsi que la satisfaction au travail des infirmières, sans pour autant investiguer le vécu des situations de travail en terme de QVT chez les hommes infirmiers.

La qualité de vie au travail et les rapports de genre

Le phénomène de genre n'a guère été considéré dans les études portant sur la qualité de vie au travail et seules quelques études, considérant la satisfaction au travail, ont fait l'objet de distinction du genre (Al-Ma'aitah et al., 1999a; Al-Ma'aitah et al., 1999b; Heikes, 1991; Hodson, 1989; Zawacki, Shanan, & Carey, 1995). L'étudiant-chercheur considère important de s'attarder aux résultats des études traitant de la satisfaction au travail afin d'apporter un éclairage supplémentaire à son étude.

Al-Ma'aitah et al. (1999a) ont mené, en Jordanie, une étude quantitative comparative dans le but d'examiner les facteurs qui influencent la pénurie d'infirmières et infirmiers dans les hôpitaux. L'étude comportait trois objectifs : premièrement, déterminer si la formation universitaire en soins infirmiers, comparativement à celle obtenue à un niveau collégial, préparait différemment les gradués dans leurs perceptions de la satisfaction au travail et de leur environnement de travail; deuxièmement, comparer leurs perceptions de la satisfaction au travail, de l'épuisement professionnel, de la confiance envers la direction et de la volonté à changer de lieu de travail; et troisièmement, explorer la différenciation selon le genre par rapport aux variables précédemment identifiées. L'échantillon était constitué de 435 infirmières, dont 264 femmes (60 %) et 171 hommes (40%). L'étude a été faite à l'aide de 750 questionnaires (*Minnesota Satisfaction Questionnaire* (MSQ-G) et le taux de réponse a été de 57%. Les résultats révèlent que les infirmières ont, à plusieurs points de vue, une satisfaction au travail supérieure à celle des infirmiers et qu'elles seraient moins sujettes à l'épuisement que leurs confrères masculins. Elles sont plus satisfaites que les infirmiers de la supervision qu'elles reçoivent, du type d'emploi occupé, de la quantité de travail à accomplir, des conditions de l'environnement de travail ainsi que de la rémunération. Inversement, les infirmiers rapportent avoir une moindre confiance envers les décideurs,

envisager quitter la profession et être davantage attirés par des emplois plus rémunérateurs à l'extérieur du pays alors que les infirmières seraient plus attirées par des postes en enseignement des soins infirmiers à l'intérieur du pays. Il est intéressant de noter qu'en Jordanie, les infirmiers composent 25% de la main-d'œuvre infirmière (Al Ma'aitah et al. (1999a), comparativement au Québec où ils ne représentent que 9,1% (OIIQ, 2005). De plus, Sullivan (2000) rapporte dans son article que les étudiants hommes en Jordanie constituent 95% des admissions en sciences infirmières. Il note également que l'une des raisons pour expliquer la présence importante des hommes dans la profession est liée au fait que les hommes doivent occuper un bon statut d'emploi avant le mariage; la profession offre diverses opportunités professionnelles. L'étudiant-chercheur pense que la situation observée en Jordanie serait probablement attribuable au contexte socio-culturel et religieux de ce pays ainsi qu'à l'hégémonie masculine.

Par ailleurs, Al-Ma'aitah et al. (1999b) ont réalisé une étude quantitative descriptive corrélative auprès d'un échantillon de 479 personnes, dont 327 infirmières (68%) et 152 infirmiers (32%), travaillant dans des hôpitaux publics et militaires de Jordanie. L'étude a pour but d'investiguer les relations causales entre la satisfaction au travail, la désertion et l'épuisement professionnel chez les deux genres. Le taux de réponse des participants était de 77 %. Les résultats de cette étude démontrent de faibles différences entre les hommes et les femmes concernant le niveau : 1) de la valorisation de l'emploi ($r = 4,2$, $p < 0,05$); 2) du type d'emploi ($r = 12,2$, $p < 0,001$) et 3) de la satisfaction générale ($r = 5,2$, $p < 0,05$) et de la satisfaction intrinsèque au travail ($r = 9,1$, $p < 0,01$). Ces résultats démontrent également que les infirmières sont marginalement plus satisfaites de leur salaire ($r = 3,6$, $p < 0,06$) et de leur plan de carrière ($r = 7,2$, $p < 0,06$) que leurs confrères infirmiers. Toutefois, des analyses de régression ont démontré que des variables exerçaient des influences différentes sur les hommes et les femmes en ce qui a trait aux trois indicateurs de résultats. Il semble que la satisfaction majeure des infirmières est liée au fait, qu'en Jordanie, comme en Occident, la profession est perçue comme étant une profession de femmes. Néanmoins, les deux genres se disent insatisfaits du manque de possibilités d'avancement au sein de la profession. De plus, il en ressort que les conditions de travail médiocres et les contraintes quant à la possibilité de développement de professionnels, conjuguées au manque de soutien et de confiance de

la part de la direction, sont des facteurs plus significatifs, contribuant à la désertion des hommes œuvrant au sein de la profession infirmière, ce qui n'apparaît pas être le cas pour les infirmières.

Hodson (1989) a, pour sa part, réalisé une étude longitudinale, sur une période de dix ans, pour étudier la satisfaction au travail et la différenciation selon le genre chez les travailleurs et travailleuses de différents milieux de travail. Cet auteur conclut que les hommes arrivent à un moins haut niveau de satisfaction que les femmes, mais que ceux-ci verbalisent davantage leur insatisfaction, du fait qu'ils socialisent différemment. Par contre, cette étude ne portait pas spécifiquement sur les infirmières et infirmiers, mais plutôt sur les travailleurs (hommes et femmes) en général. Paradoxalement, une étude effectuée par Heikes (1991), auprès d'échantillons d'infirmiers travaillant dans un environnement féminin, a généré des résultats contraires. En effet, ces résultats illustrent plutôt que les infirmiers ont généralement de meilleures chances de progresser dans la hiérarchie et éprouvent plus de satisfaction au travail par rapport aux collègues féminins.

Walters et al. (1998) ont réalisé, en Ontario, une enquête à l'aide d'un questionnaire auprès d'infirmières (n = 1 190) et d'infirmiers (n = 447) afin d'étudier les différents rôles, selon le genre, sur les plans professionnel et familial afin d'évaluer les effets sur leur santé. Ils ont fait parvenir 5 205 questionnaires et le taux de réponse a été de 44%. Les résultats révèlent que les infirmiers rapportent plus souvent l'absence d'avancement dans la profession, le manque de soutien administratif, la discrimination sexuelle et raciale ainsi que le harcèlement. Les infirmiers et les infirmières soulignent que les exigences du travail ont un effet négatif sur leur qualité de vie au travail. Les compressions engendrent du stress pour les deux groupes. Néanmoins, les infirmières assumant double tâche (responsabilités familiales et professionnelles), disent vivre un plus grand stress que leurs collègues masculins.

Par contre, une étude menée aux États-Unis par Zawacki, Shahan et Carey (1995) indiquait que les infirmiers étaient aussi satisfaits au travail que les infirmières, mais que les hommes étaient un peu plus satisfaits en ce qui a trait au soutien de leur superviseur. Il apparaît cependant que les infirmiers ont à faire face à la discrimination liée au genre de la part de leurs collègues féminines (Evans, 1997, 2001). Elles leur demandent, par

exemple, d'assurer des tâches manuelles nécessitant de la force physique, allant même jusqu'à insinuer qu'ils ne sont pas en mesure de faire appel à leur capacité à faire preuve de *caring* (Miligan, 2001; Walters et al., 1998). À l'instar des infirmières, les infirmiers doivent aussi faire face aux enjeux majeurs au sein de la profession, telles que la désertion et la difficulté à vivre les changements dans l'organisation des soins (Walters et al., 1998).

Somme toute, la qualité de vie au travail, telle que rapportée par les écrits scientifiques, a surtout été traitée chez les infirmières soignantes en milieu hospitalier. Cette qualité de vie au travail s'appuie autant sur les facteurs internes qu'externes à la personne. De plus, ces études traitant du phénomène ont surtout exploré les éléments influant sur la qualité de vie au travail tels que l'environnement de travail, le soutien social et de son influence sur les soins à la clientèle. Toutefois, peu de ces études traitent spécifiquement de la qualité de vie au travail pour des infirmiers. La prochaine section fera état du vécu des hommes dans la profession infirmière.

Les hommes dans la profession infirmière

Les infirmiers : d'hier à aujourd'hui

Au fil du temps, le nombre et la proportion d'hommes dans la profession infirmière a varié considérablement. Wright et Hearn (1993) indiquent que les premières infirmières étaient des hommes. Ils réfèrent à des écrits du temps d'Hippocrate (460-370 avant JC) relatant les activités thérapeutiques d'infirmiers auprès de clients pour l'aide à l'hygiène. Pour leur part, Anderson et Zinsser (1988) mentionnent qu'au temps de la Grèce antique (2000-1^{ier} avant JC), les soins offerts dans les institutions l'étaient par des hommes alors que les soins à domicile étaient offerts par des femmes. Evans (2001) et Mackintosh (1997) rapportent qu'au cours des mouvements monastiques du quatrième et cinquième siècles, les hommes dispensaient certaines formes de soins infirmiers aux malades, aux blessés et aux mourants des membres des différentes communautés religieuses. Par ailleurs, au Moyen-âge, tant les religieux que les religieuses dispensaient des soins aux personnes malades (Wright & Hearn, 1993). Déjà, les hommes de la communauté de St-Anthony (1095-1200) prenaient soin des personnes atteintes de maladies mentales ou de la lèpre (Evans, 2001; Mackintosh, 1997; Wright & Hearn,

1993). Au 14^{ième} siècle, les victimes de la peste noire étaient également soignées par des hommes (Mackintosh, 1997).

Au Moyen-âge et, ensuite, sous l'ère victorienne, la profession a graduellement été investie par des femmes; l'influence de Florence Nightingale fut notoire (Brown & Nolan, 2000; Evans, 2001; Mackintosh, 1997; Romen & Anson, 2005; Wright & Hearn, 1993). Pour cette fondatrice de la science infirmière moderne, le soin relevait exclusivement de qualités attribuées aux femmes; c'était dans la nature des femmes d'être infirmières (Brown & Nolan, 2000; Cohen, 2004; Evans, 2001; Mackintosh, 1997; Romen & Anson, 2005; Wright & Hearn, 1993). C'est à ce moment que les hommes furent exclus de la profession (Mackintosh, 1997); la notion d'infirmiers était jugée incompatible avec l'idéologie institutionnelle de la famille, soit le patriarcat (Evans, 2001). Malgré les contraintes imposées (interdiction aux hommes d'accéder à la discipline), une minorité d'entre eux ont cependant continué à exercer la profession. Les écrits scientifiques de l'époque rapportent un début de ségrégation, tant au niveau de la formation en soins infirmiers qu'au niveau du type d'emplois offert aux infirmiers comparativement à leurs collègues féminines (Mericle, 1983). Florence Nightingale considérait également le concept du nursing comme découlant de la charité judéo-chrétienne. Cohen (2004) fait d'ailleurs le parallèle entre la domination masculine du clergé sur les communautés religieuses hospitalières et les infirmières, lesquelles étaient considérées comme des subalternes aux médecins et ce, au nom de la complémentarité des rôles entre hommes et femmes. L'étudiant-chercheur note qu'il s'agit là d'un premier exemple de division du travail basée sur le genre, au sein de la profession infirmière.

Aux États-Unis, au milieu du 19^{ième} siècle, les hommes infirmiers se retrouvaient davantage dans l'armée et en psychiatrie (Brown & Nolan, 2000). Pendant la guerre hispano-américaine de 1898, la marine américaine n'employait que des hommes infirmiers. Par contre, de 1908 à 1965, les hommes ont été exclus du corps de la marine américaine (Mackintosh, 1997). Pendant cette période, on a vu apparaître en Angleterre une association d'hommes infirmiers (*Society of registered male nurse 1937*) (Edwards, 1989). Les communautés religieuses catholiques ont eu une forte emprise sur l'organisation des soins et sur la formation infirmière (Cohen, 2004). En 1946,

l'Association des infirmières de la province du Québec a tenté de réintroduire les hommes au sein de la profession, mais en vain (First male, 1970). Avec l'avènement de la révolution tranquille au Québec durant les années '60, l'influence des communautés religieuses, quant à l'organisation des soins, s'est progressivement estompée. Il a fallu attendre un projet de loi (*bill 89*), voté par l'Assemblée nationale du Québec le 12 décembre 1969, pour réadmettre 600 nouveaux gradués masculins des écoles d'infirmières au Québec, à utiliser le titre d'infirmier alors que ceux-ci redevenaient éligibles à la profession infirmière (Assemblée nationale du Québec, 1969; First male Nurse, 1970). Entre 1985 et 1995, la proportion d'hommes dans la profession infirmière au Canada est passée d'un peu plus de 2% à près de 4%, alors qu'au Québec la proportion s'établissait, en 1995, à 8 % (Trudeau, 1996). Au début des années 2000, les infirmiers ne constituent que 5% de l'ensemble de la population infirmière (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières / d'infirmiers (FCSII), 2004) alors qu'au Québec, cette proportion est de 9,1% (OIIQ, 2005), soit presque le double de la moyenne canadienne. À la lumière de cette situation, le *Canadian nurse association* (CNA), (2003) publie une étude intitulée, *Men in Nursing*, afin d'étudier la différence entre les sexes et ainsi mieux comprendre la problématique en vue d'élaborer des stratégies d'intervention pour recruter davantage d'hommes au sein de la profession.

La profession infirmière au masculin

De nos jours, les hommes se retrouvent en nombre croissant dans toutes les sphères de la pratique (Evans, 2001, 2002, 2004; Evans & Blye, 2003; Oxtoby, 2003; Trudeau, 1996; Witthock & Leonard, 2003). Ce fait contribue à mettre en lumière leurs différences par rapport aux femmes dans le choix des domaines de pratiques dans la profession. En effet, les infirmiers sont plus nombreux dans les domaines de la psychiatrie, des soins intensifs, de l'urgence et de l'administration (MacDougall, 1997) alors qu'ils se retrouvent en moins grand nombre dans les soins à la mère et aux nouveau-nés, dans les soins pédiatriques ainsi qu'en santé communautaire (Evans, 2001; Trudeau, 1996; Wilson, 2005; Witthock & Leonard, 2003). Il semble que cette répartition soit reliée aux stéréotypes sexuels et à la socialisation des genres (Kleinman, 2004; Larocco, 2004; Oxtoby, 2003; MacDougall, 1997; Romen & Anson, 2005; Trudeau, 1996; Wilson,

2005; Witthock & Leonard, 2003). En effet, selon ces auteurs, certains aspects de la socialisation des hommes par rapport à celle des femmes, tendent à renforcer leur présence dans quelques domaines particuliers de la profession. On entend par socialisation, la façon dont les hommes sont entraînés à être plus contrôlants (psychiatrie), plus stratégiques (administration), à vouloir prendre des risques (urgence et soins intensifs), à camoufler leurs émotions, à se distancer des collègues féminines et à avoir plus de leadership (administration) (Evans, 2001, Evans & Blye, 2003; Kleinman, 2004; MacDougall, 1997; Perreault, 1990; Simpson, 2004). Cette situation apparaît cependant contraire aux résultats de l'étude menée en Israël, par Romen et Anson (2005), lesquels soulignent que les infirmiers israéliens n'accèdent pas à des postes clés dans la profession. Ce phénomène s'avère attribuable à l'origine sociale de la plupart des infirmiers, d'une part, issus de minorités ethniques provenant des pays de l'ex Union Soviétique ou, d'autre part, récemment immigrés en Israël.

Selon l'étude d'enquête *Men in nursing* du *Canadian nurse association* (CNA) (2003), la profession manque de prestige, elle n'apparaît pas valorisée, les tâches ne s'avèrent pas attrayantes pour les hommes, le travail est trop stressant et les infirmières ne sont pas suffisamment rémunérées compte tenu du niveau de stress auquel elles sont confrontées. Dans l'ensemble, les participants considèrent que les médias ne présentent pas les infirmières sous un angle favorable ni ne dépeignent ce qu'elles font en réalité. La majorité des jeunes étudiants interrogés en soins infirmiers rapportent ne pas obtenir suffisamment d'informations concernant les éléments que constitue la profession infirmière. Les perceptions de la société en général au regard de la profession infirmière dissuaderaient les hommes de faire carrière au sein de celle-ci, car trop associée aux valeurs féminines (Evans, 2001; Larocco, 2004).

Evans (2004) a réalisé une étude qualitative exploratoire en sciences infirmières quant à la masculinité et à la division du travail basée sur le genre. Elle a réalisé des entrevues semi-structurées auprès d'un échantillon de huit infirmiers de la Nouvelle-Écosse. Ceux-ci exerçaient en communauté, en santé mentale, en médecine-chirurgie ainsi que dans d'autres spécialités. Les résultats révèlent que le rôle de surhomme « *He-man role* » c'est-à-dire le stéréotype des hommes forts physiquement, crée des situations

complexes, comportant à la fois des avantages et des désavantages. La force physique semble être la raison pour laquelle les hommes travaillent en santé mentale. L'auteure souligne que la masculinité apporte une contribution spécifique au soin. Ce même attribut leur donne le titre de protecteur « *men as protector* » c'est-à-dire que l'homme peut contrôler des patients violents dans l'intérêt de maintenir un environnement de travail sécuritaire. Cette caractéristique contribue, pour certains infirmiers, à les valoriser en se sentant mieux acceptés, voire appréciés par leurs collègues féminines qui se disent rassurées par leur présence. Par contre, l'auteure rapporte que ces mêmes attributs rendent certains infirmiers inconfortables, considérant que la force physique n'est pas toujours le moyen le plus approprié pour gérer les situations (Evans, 2004; Evans & Blye, 2003). Les participants disent, d'une part, ne pas se sentir à l'aise dans ce rôle de surhomme et de protecteur et, d'autre part, déplorent que prendre soin et la compassion soient davantage attribués à leurs collègues féminines.

Evans (2002) a réalisé une autre étude en Nouvelle-Écosse portant sur les stéréotypes associés au genre et sur la sexualisation du toucher lors d'un soin dispensé par un infirmier. Le but de son étude consiste à explorer les expériences de travail des infirmiers en relation avec celle de leurs consœurs. Elle a réalisé des entrevues semi-structurées auprès d'un échantillon de huit infirmiers œuvrant dans différents milieux de soins. Les résultats révèlent que le toucher des infirmiers, dans le cadre de leurs activités de soins, crée des réactions ambivalentes et contradictoires d'acceptation, de rejet et de doute tout en jetant un discrédit sur le fait qu'ils puissent adéquatement s'occuper et prendre soin des personnes. Cette situation tend à blâmer les infirmiers dans leur pratique en les accusant d'avoir des comportements inappropriés lors du soin. Pour leur part, Boughn (1994, 2001), Ekstrom (1999) et Miligan (2001) mentionnent qu'à l'instar de leurs consœurs, les infirmiers sont animés d'altruisme mais éprouvent plus de difficultés à exprimer leurs émotions, principalement dans les cas de décès de patients.

La plupart des auteurs (Brook et al., 1996; Evans, 1997, 2001, 2002; Boughn, 1994; MacDougall, 1997; Simpson, 2004; Sullivan, 2000; Williams, 1995) en arrivent à des constats préoccupants, tel que le fait d'œuvrer en tant qu'homme au sein d'une profession majoritairement féminine soit synonyme d'homosexualité, car associée au

dévouement féminin, c'est-à-dire l'accueil, l'écoute, la compassion et le maternage. Cela génère, chez les pairs et les soignés, des questionnements quant à l'orientation sexuelle de l'infirmier, générant quelques fois des conflits dans l'environnement de travail et un sentiment d'inconfort chez les infirmiers lorsqu'ils prodiguent intimement un soin (Inoue, Chapman, & Wynaden, 2006). Par ailleurs, certains infirmiers considèrent qu'ils sont plus visés que les femmes infirmières par l'absence d'ouverture, le manque de soutien, la discrimination de genre dans la pratique (Larocco, 2004) et le harcèlement des gestionnaires (Brooks et al., 1996; Evans, 2001). Pour sa part, Larocco (2004) mentionne, dans son étude utilisant la théorisation ancrée auprès d'infirmiers (n = 20), sujets de la discrimination de genre dans la pratique, que celle-ci se situe surtout dans l'assignation de la clientèle, à savoir que les infirmiers ne peuvent pas exercer dans un département d'obstétrique. Tous ces éléments réunis ont pour effet de créer un environnement de travail plus hostile et à amener un sentiment d'isolement chez ces derniers (Evans, 2001, Sullivan, 2000).

Walters et al. (1998) ont, quant à eux, fait un sondage par la poste, auprès de 450 infirmiers et 1800 infirmières de la province de l'Ontario, afin de mesurer l'impact des responsabilités domestiques sur le travail. Ils constatent des différences prononcées entre les hommes et les femmes; les hommes éprouvent moins de stress que leurs collègues féminines puisqu'ils assument moins de responsabilités à la maison.

Dans une perspective interdisciplinaire, Brooks et al. (1996) ont effectué, aux États-Unis, une étude phénoménologique existentielle basée sur les travaux de Merleau-Ponty (1962)¹ explorant l'expérience de la colère ressentie par des infirmiers dans le cadre de leur travail. L'échantillon était composé de cinq infirmiers âgés de 28 à 38 ans, présentant des niveaux de scolarité divers en sciences infirmières et détenant entre trois et 17 années d'expérience dans différents domaines de soins. Quatre thèmes émergent de l'analyse, soit : 1) les accusations provenant des pairs et des médecins dans la façon dont ils dispensent les soins ; 2) la remise en question de leur savoir infirmier, de leur autorité et de leur habileté, par les collègues; 3) la discrimination, selon le genre, de la part des pairs et des médecins; 4) le manque de soutien de la part des pairs et des supérieurs. Les

¹ C'est comprendre l'existence de l'être-au-monde par l'interprétation de l'expérience vécue (Cara, 2004).

résultats révèlent que tous les participants décrivent leur environnement de travail comme étant hostile. Ils rapportent être davantage sur la défensive et, par voie de conséquence, moins productifs.

Miligan (2001) a réalisé une étude herméneutique ontologique² dans les hôpitaux de soins de courte durée au Royaume-Uni visant à explorer le concept de soin dans le travail infirmier. L'échantillon était constitué d'infirmiers (n = 8), subdivisé en deux sous-groupes, lesquels devaient choisir un épisode issu de leur pratique illustrant le concept du soin. Cinq thèmes ont émergé de l'analyse dont deux retiennent l'attention de l'étudiant-chercheur, soit : 1) le soin et le *caring* et 2) le genre et être infirmier. Le premier relate la difficulté des hommes à définir le soin. Quant au deuxième, il réfère au fait que les infirmiers sont perçus comme détenant plus de force physique, ce qui les amène à gérer des situations nécessitant cette caractéristique qui, pour la société, est généralement attribuable aux hommes. Ces résultats corroborent ceux d'Evans (2001, 2004), d'Oxtoby (2003) et de Walters et al. (1998). Miligan (2001) souligne que les infirmiers ont de la difficulté à gérer leurs propres émotions au travail et que cette difficulté s'expliquerait par le stéréotype masculin. Miligan (2001) estime aussi que les gestionnaires doivent considérer le fait que certains infirmiers soient réticents à offrir du soutien émotionnel dans le cadre de leur pratique, car le soutien émotionnel est associé aux valeurs féminines. L'étudiant-chercheur croit que les organisations ont à tenir compte du fait que les hommes sont moins portés à exprimer leurs émotions et sont moins susceptibles de demander l'aide dont ils pourraient avoir besoin, ce qui pourrait compromettre leur qualité de vie au travail. La prochaine section présente un aperçu des écrits portant sur la signification du *caring* pour des infirmiers.

Les infirmiers et le caring

L'étudiant-chercheur a recensé peu d'études (Laurella-Brown, 1996; MacDougall, 1997; Whittock & Leonard, 2003) ayant traité de la signification du *caring* pour les infirmiers.

² L'herméneutique ontologique offre une interprétation de l'expérience vécue (Cara, 2004)

Dans le cadre de son doctorat en sciences infirmières aux États-Unis, Laurella (1996) a réalisé, au moyen d'un questionnaire auto-administré, une étude descriptive exploratoire traitant des différences de genre en ce qui a trait au *caring* dans la profession infirmière. Le taux de réponse était de 40%. Seulement 7% (n = 19) était des infirmiers contre 93% (n = 256) d'infirmières. Les résultats démontrent une absence de différence entre les hommes et les femmes en ce qui a trait aux comportements de *caring*. À la lumière de ces données, l'étudiant-chercheur est en accord avec l'auteur pour dire que ces résultats doivent être considérés avec prudence étant donné le faible pourcentage d'hommes dans l'échantillon.

MacDougall (1997) dans son article a, quant à lui, abordé l'aspect du *caring* selon une perspective masculine. Il appert que les hommes tendent à se redéfinir comme individus en vue d'intégrer le *caring* dans le cadre de leur pratique. Quoiqu'une minorité d'hommes démontrent des comportements de *caring* à travers les soins et les relations qu'ils ont avec leur enfant, il apparaît que la société confère encore davantage ce rôle aux femmes. Ainsi, les hommes affichent leur masculinité en occupant des postes de gestion et en laissant les aspects du *caring* à leurs collègues féminines (MacDougall, 1997).

Pour leur part, Whittock et Leonard (2003) ont réalisé une étude qualitative exploratoire au Royaume-Uni afin de connaître, d'une part, ce qui motive les étudiants masculins à accéder à la profession infirmière et, d'autre part, à leurs expériences vécues à titre d'infirmiers. Le but de l'étude était de connaître les facteurs favorisant l'attraction des hommes dans la profession infirmière, laquelle connaît des difficultés de recrutement. L'échantillon était composé d'étudiants infirmiers (n = 30) et d'infirmiers gradués (n = 30). L'âge moyen des participants était de 33 ans. Des entrevues semi-structurées d'une durée d'une heure ont été réalisées, lesquelles ont été analysées au moyen du logiciel *QSR NUD.IST*. Huit thèmes ont émergé de l'analyse, soit : 1) les motivations initiales à l'admission, 2) les conseils d'orientation de carrière, 3) l'importance de faire preuve de *caring* pour devenir infirmier, 4) les différences d'âge et de culture, 5) l'exclusion des hommes dans certains domaines de la profession, 6) les problèmes d'intimité associés à certains soins, 7) le placement des candidats infirmiers et 8) les problèmes d'identité et d'orientation sexuelle. Deux de ces thèmes n'avaient pas émergé

des études citées précédemment. Le premier thème est celui des motivations initiales à l'admission au programme en sciences infirmières. Ces motivations seraient reliées à l'influence parentale, tout particulièrement des mères infirmières ou exerçant dans le domaine de la santé. Le deuxième thème réfère à l'importance de faire preuve de *caring* pour devenir infirmier. Contrairement à ce qui est rapporté dans l'article de MacDougall (1997), portant sur le *caring* et la masculinité, les participants à l'étude de Whittock et Leonard (2003), de tous les âges et de toutes les ethnies, considèrent que les hommes peuvent autant faire preuve d'altruisme et de *caring* que les femmes. Un bon nombre de participants ont d'ailleurs vécu des situations de *caring* au sein de leur famille avant leur entrée dans la profession et ont indiqué que ce facteur a influencé positivement leur choix de carrière. Certains participants ont rapporté avoir eu des difficultés à faire preuve de *caring*, ce qui les pousse à abandonner dès les premiers stages pratiques. En définitive, l'étudiant-chercheur croit que cette situation d'abandon est possiblement attribuable, dans un premier temps, à la difficulté pour certains hommes de laisser paraître leurs émotions et, aussi, au rôle traditionnel qui leur est souvent conféré.

Somme toute, les écrits recensés précédemment, traitant des infirmiers au sein de la profession infirmière, ont surtout dirigé leur attention sur l'expérience vécue des hommes en lien avec les rapports sociaux de genre. Certains infirmiers éprouvent des sentiments négatifs liés à la discrimination de genre (homosexualité) et de l'isolement et de la discordance entre les valeurs masculines (force, agressivité) versus les valeurs féminines (*caring*, délicatesse, maternage et souplesse). Les infirmiers vivent des situations particulières attribuées au genre qui, de l'avis de l'étudiant-chercheur, pourraient avoir une influence néfaste sur leur qualité de vie au travail. Toutefois, peu de ces études ont traité du phénomène de la qualité de vie au travail chez les infirmiers.

La prochaine partie décrira brièvement la philosophie du *caring* de Watson (1988, 2001, 2005, 2006a) comme toile de fond dans la présente étude. Watson (1988, 2005) définit les concepts centraux du métaparadigme infirmier en plus de présenter les facteurs caratifs les plus pertinents à la compréhension du phénomène à l'étude.

La philosophie du *Human caring* de Watson

La philosophie du *Human caring* de Watson fut développée entre 1975 et 1979 (Watson, 2001) et fut reprise en 1988. Cette philosophie favorise une approche dite existentielle, phénoménologique et spirituelle (Cara, 1997, 1999, 2003; Kérouac, Pépin, Ducharme, & Major, 2003; Watson, 1988, 2005) facilitant la compréhension de l'essence des soins infirmiers.

La plupart des auteurs (Cara, 1997, 1999, 2003; Roch & Duquette, 2003; Kérouac et al., 2003; Watson, 1988, 2005) soulignent que le *caring* est un processus intersubjectif humain basé sur un idéal moral dont l'objectif ultime est le respect, la dignité de la personne et la préservation de l'humanité. Watson (1988) souligne que la contribution de la personne aux soins de santé est déterminée par la capacité des infirmières et infirmiers à traduire cet idéal moral dans leur pratique quotidienne. Le *caring* nécessite un engagement « esprit, corps et âme » avec une autre personne, à un moment spécifique de la relation interpersonnelle (Watson, 1988, 2001, 2005, 2006a). L'auteure fait référence au concept de relation de *caring* transpersonnelle qui amène l'infirmier à aider ses collègues, à percevoir leur condition humaine ainsi qu'à partager, dans la dignité, les sentiments et les pensées qu'il veut leur exprimer. Watson (1988, 2001, 2005, 2006a) souligne également que le *caring* humain prend forme lorsque l'infirmier entre dans le champ phénoménal de la personne, perçoit la réalité subjective de l'autre et devient capable d'aider cette personne à partager ses pensées et ses sentiments négatifs et positifs. La relation transpersonnelle permet à l'infirmier d'accompagner le patient, de l'aider à mieux décrire et comprendre l'expérience de sa maladie, contribuant ainsi à sa guérison (Cara, 2003; Watson, 1988, 2001, 2005). L'infirmier est alors vu comme co-participant au processus de soins humains (Cara, 2003). D'ailleurs, plusieurs auteures (Cara, 2003; Watson, 1988, 2005, 2006a) soutiennent que la relation transpersonnelle thérapeutique constitue l'essence même de la pratique infirmière.

Une autre dimension de la philosophie est l'occasion réelle du *caring* (Cara, 2003; Watson, 1988, 2001, 2005, 2006a). L'occasion réelle du *caring* devient le point focal dans le temps et l'espace où deux personnes, avec leur champ phénoménal unique, vivent

une interconnexion de *caring* humain-à-humain à l'intérieur de laquelle chaque personne perçoit son unicité comme un être dans le monde (Cara, 1997, 2003; Watson, 1988,1999, 2001, 2005, 2006a). Watson (1988, 2005) considère en effet la profession infirmière à la fois comme une science et un art, c'est-à-dire reposant à la fois sur des connaissances scientifiques et un système de valeurs humanistes et altruistes. L'infirmier imprègne ainsi sa pratique d'humanisme et y intègre ses connaissances ainsi que la démarche scientifique. Pour Watson (1988, 2005), les soins infirmiers requièrent un haut niveau de respect pour la personne et la vie humaine ainsi que des valeurs non paternalistes qui sont reliées à l'autonomie et à la reconnaissance de la liberté de choix de la personne. Il importe de préciser que la philosophie du *caring* se situe à l'intérieur du paradigme de la transformation, lequel prône une ouverture sur le monde (Kérouac et al., 2003). La philosophie du *caring* de Watson (1988, 2005, 2006a) comporte quatre éléments essentiels, définis dans la section ci-après.

La personne

La personne fait référence à un être unique dans le monde qui perçoit, vit des expériences et est en continuité dans le temps et l'espace. Il s'agit d'un tout ou d'un ensemble indivisible, unique en devenir et agissant avec ses choix, ses valeurs et ses croyances. L'être dans le monde se définit comme ayant une âme, un corps et un esprit. La personne est influencée par tout changement de perception de soi (Cara, 2003; Kérouac et al., 2003; Watson, 1988). L'infirmier est appelé à faire preuve d'écoute et de compréhension, à manifester du soutien envers ses patients et ses collègues et à transmettre les valeurs des soins infirmiers en lien avec le *caring*. L'infirmier est en relation avec les pairs, tout en étant en interaction avec son environnement.

L'environnement

L'environnement est caractérisé par le monde physique ou matériel et le monde spirituel (Kérouac et al., 2003). Il correspond à la réalité interne et externe qui s'influencent mutuellement et représente aussi bien toutes les forces de l'univers que l'environnement immédiat de la personne (Watson, 1988, 2005). L'environnement représente plusieurs dimensions internes et externes. L'environnement interne réfère à la perception, la subjectivité, la spiritualité et l'environnement externe, à la politique,

l'éducation, le milieu de vie et à l'univers de la personne (O'Brien-Pallas & Baumann, 1992). L'étudiant-chercheur est d'avis qu'un environnement de travail qui soutient des valeurs de *caring* contribue à la satisfaction, à l'émancipation et à la croissance personnelle de la personne. Semblable environnement contribuerait également à une qualité de vie accrue au travail pour les infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC.

La santé

Pour Watson (1988, 2005), la santé réfère à l'unité et à l'harmonie entre l'esprit, le corps et l'âme et est associée au degré de congruence entre le moi tel que perçu (par rapport à un idéal) et tel que vécu (Cara, 2003; Watson, 1988). L'harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit donne lieu au respect de soi, à la connaissance de soi et à sa capacité de se soigner et de s'auto-guérir. La santé correspond aussi à un processus dynamique et continu dans lequel l'infirmier aspire à un état d'équilibre favorisant un bien-être et une qualité de vie au travail. Les organisations doivent privilégier un climat de travail favorisant l'harmonie et qui soit salubre à la qualité de vie au travail du personnel infirmier (Cara, 1997, 1999). Ils doivent également permettre à l'infirmier de s'actualiser tout en l'encourageant à participer aux activités de développement professionnel (Watson, 2001, 2005). L'étudiant-chercheur est d'avis que toute dysharmonie du corps-âme-esprit peut altérer la qualité de vie au travail de l'infirmier. Il croit aussi que les chercheurs, décideurs et cliniciens doivent promouvoir un environnement de travail sain afin de prévenir toute souffrance, détresse émotionnelle et ainsi maintenir une qualité de vie au travail.

Le soin

Le soin survient à l'intérieur d'une relation de *caring* et s'actualise à travers un processus de facteurs caratifs et une transaction intersubjective de *caring* (humain-à-humain) (Cara, 2003; Watson, 1988, 2005). Pour Watson (1988), le soin constitue une assistance à la personne pour qu'elle soit en mesure d'atteindre une plus grande harmonie corps-âme-esprit et ainsi promouvoir son estime de soi et sa guérison.

En 1979, Watson a développé dix facteurs caratifs (appendice D) qui se veulent un guide pour la discipline infirmière (Watson, 1988, 2001, 2005, 2006a). Dans le cadre

de la présente étude, nous ne retiendrons que quatre de ces dix facteurs, dans la mesure où ils nous apparaissent plus pertinents pour l'investigation du phénomène à l'étude. Ils ont été subséquemment revus en 1985, puis en 1988 (Watson, 2001). L'utilisation du terme «caratif» s'inscrit par opposition au terme conventionnel médical «curatif» (Cara, 2003; Watson, 1988). Tel que l'indiquent Cara (1997, 2003) et Watson (2001), ces facteurs, en plus de permettre l'étude de la structure des soins infirmiers et la compréhension de la pratique, encouragent la personne à augmenter son sens de responsabilité et son contrôle d'elle-même face à un stress situationnel, à un conflit relié à son développement ou à une perte. Cara (1999, 2003) et Watson (1988, 2005) considèrent les facteurs caratifs comme étant essentiels et permettant d'offrir des soins infirmiers holistiques; ils contribuent à promouvoir une meilleure qualité de vie au travail.

Les facteurs caratifs

Les facteurs caratifs de Watson (1988, 1999, 2001, 2005, 2006a) constituent une base à partir de laquelle l'infirmier peut mettre en valeur son rôle distinctif selon une approche de *caring*. Sans perdre de vue les autres facteurs définis par Watson (1988, 2005), les facteurs suivants sont retenus, lesquels nous apparaissent pertinents dans le cadre de cette recherche phénoménologique.

Le facteur trois, qui représente la prise de conscience de soi et des autres, constitue une valeur fondamentale dans la mesure où il favorise la croissance personnelle, se traduisant par la reconnaissance des valeurs du *caring* dans le milieu de travail, par la réciprocité du patient ainsi que par le soutien de l'administration et des pairs. Il convient que l'infirmier se montre sensible aux besoins exprimés de façon verbale ou non verbale par les collègues, quel que soit le genre, tout en étant congruent et empathique afin de favoriser des comportements sécuritaires et chaleureux au travail (Cara, 1999, 2003; Watson, 1988).

Le facteur cinq vise à permettre aux personnes d'exprimer leurs sentiments et à les soutenir dans les difficultés qu'elles vivent. Il s'agit d'établir une relation thérapeutique propice à un climat sécuritaire et chaleureux favorisant l'expression des sentiments à la fois positifs et négatifs. L'infirmier accepte l'expression des sentiments

des autres sans porter de jugement, ce qui lui permet d'accroître la conscience de ce qu'il est comme personne.

Le facteur huit réfère au soutien et à la protection de l'environnement de travail de manière à ce que l'infirmier travaille dans un environnement de *caring* propice à un meilleur contrôle sur les diverses situations (Cara, 1997, 1999; Watson, 1988, 2005, 2006a). Il permet de prévenir, chez les collègues, un niveau de stress trop élevé en tentant de nuancer leur perception de la situation. De cette façon, il peut contribuer à leur état de bien-être mental, physique et spirituel (Duquette & Cara, 2000). Montgomery (1993) estime que, selon les ressources dont l'infirmier dispose et du sens qu'il donne à son expérience de *caring*, il pourra, soit accéder à une forme de croissance personnelle, soit être victime d'un « traumatisme » émotionnel. La croissance personnelle résulte des effets positifs du *caring* sur l'infirmier; elle s'associe à une augmentation de la confiance et de l'estime de soi et a également un effet énergisant, producteur de sens; elle renforce l'engagement, de même qu'elle est un renforcement de la motivation à vouloir prendre soin (Montgomery, 1993).

Quant au facteur dix, celui-ci renvoie à l'importance de s'ouvrir et de s'attarder aux forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles qui reposent sur l'expérience subjective et personnelle de la personne (Watson, 1988). Par ailleurs, Watson mentionne l'importance d'aider l'infirmier à explorer la signification que la personne donne à sa propre situation. Selon cette approche, l'étudiant-chercheur croit que l'infirmier est en mesure de se préoccuper de la perception et des réactions qu'a la personne du phénomène vécu et ce, tout en tenant compte de la globalité de l'expérience de celle-ci à un moment spécifique de son existence.

Finalement, Watson (1988, 2005) suggère l'utilisation de la méthode phénoménologique pour la recherche en sciences infirmières dans la mesure où elle permet au chercheur de décrire et de comprendre les expériences humaines de même que la signification subjective et l'essence du phénomène étudié. Cet aspect fera l'objet du chapitre trois.

CHAPITRE 3 - LA MÉTHODE

Ce chapitre présente la philosophie et la méthode privilégiées par l'étude et fait état de la pertinence de la méthode choisie pour la recherche en sciences infirmières. Il explicite le milieu, la population cible, la stratégie d'échantillonnage, les critères d'inclusion, le recrutement des participants; il relate le déroulement de l'étude ainsi que les étapes de l'analyse des données, les considérations éthiques, les critères de scientificité ainsi que des limites et des forces de l'étude.

La philosophie phénoménologique

La philosophie phénoménologique et ses deux écoles de pensée

Le courant philosophique phénoménologique a pris son essor en Europe au cours des années 1900. Ce courant est marqué par deux écoles de pensée : celle de Husserl, traitant de la phénoménologie transcendantale (pure) et celle de Heidegger, étudiant d'Husserl, privilégiant la phénoménologie herméneutique (interprétative) (Cara, 2004; Cohen, 1987). L'approche utilisée pour la présente étude sera celle développée par Giorgi (1997a, 1997b), basée sur l'école de pensée d'Husserl.

La phénoménologie dite herméneutique ou « heideggerienne » s'intéresse à l'existence de « l'être-dans-le-monde ». Pour sa part, Husserl préconise le développement d'une phénoménologie transcendantale « pure » (Cara, 2004; Giorgi, 1985, 2000). L'adjectif « pure » est à comprendre comme étant la saisie du sens véritable de l'objet, qui constitue une assise universelle à la philosophie et à la science. De ce fait, il cherche à la fois à développer une science descriptive et à découvrir la signification des expériences telles que perçues par la conscience des individus (Cohen, 1987). Selon Cara (2004), **la conscience** est perçue comme une façon d'accéder à l'expérience afin de lui donner une signification. Il importe que la conscience soit toujours orientée vers quelque chose. C'est ce que l'on appelle l'intentionnalité (Cara, 2004).

Giorgi (1997a) et Ray (1991) soulignent que, selon Husserl, l'**intentionnalité** correspond à une dimension fondamentale de la conscience. Deschamps (1993) et Söderhamn (2001) indiquent que l'intentionnalité permet de saisir la signification du phénomène tel que ce dernier est vécu par la personne. L'intentionnalité permet

d'approfondir l'expérience humaine et d'éclairer la complexité des perceptions individuelles. Elle constitue une notion essentielle et une manière nouvelle de découvrir la nature, la conscience et l'implication des individus dans le monde qui les entoure (Giorgi, 1997a). De plus, Giorgi (1997b) mentionne que la signification précise attribuée au terme « phénomène » se définit comme étant la présence de cela même qui est donné, exactement comme cela est donné ou ressenti. En d'autres termes, la phénoménologie analyse les intuitions ou les présences, non pas dans leur sens objectif, mais sous l'angle du sens que ces phénomènes revêtent pour les sujets qui les vivent.

Reeder (1987) souligne qu'Husserl a introduit le terme du « *lebenswelt* », référant au monde de la vie, au monde de l'expérience vécue par les personnes. Giorgi (2000) souligne la nécessité de reconnaître le rôle joué par la conscience : cette dernière ne présente pas les objets ou données de manière neutre; au contraire, elle contribue, par la variation de ses modes, styles, formes, etc. à donner, aux expériences vécues, une réelle signification.

L'expérience réfère, dans ce cas, à l'intuition des objets « réels », c'est-à-dire « de ceux-là mêmes qui sont dans le temps et dans l'espace, régis par la causalité et donc offerts à la perception ordinaire » (Giorgi, 1997a, p. 344). Par conséquent, décrire le phénomène, c'est saisir son unification par la personne ainsi que le sens qui lui a été donné. En accord avec la philosophie de Watson (1988, 2005), la phénoménologie, affirme Merleau-Ponty (1945), cité par Cara (2004), part d'une conception globale de la personne, c'est-à-dire comme un « être unique dans le monde », qui perçoit, qui vit ses expériences dans l'espace et le temps. La personne aborde le monde et les phénomènes à partir de cette toile de fond, qui teintera ses perceptions et ses expériences. Cette approche implique de donner le primat au vécu de l'individu et de sa perception du phénomène (Giorgi, 1997a, 1997b). Cette philosophie permet d'entrer dans le monde subjectif de la personne qui décrit, dans son champ phénoménal (Watson, 1988), l'expérience vécue (Giorgi, 1997a, 1997b).

Giorgi (1997a) rapporte que la phénoménologie s'avère également être l'étude des structures de la conscience, ce qui inclut une interrelation entre les actes de la conscience et leurs objets et les divers styles et modalités de présence manifestés par la conscience.

Pour Husserl (cité dans Giorgi, 1997a, 1997b), la caractéristique principale de la conscience, c'est qu'elle nous présente des objets; ce qu'il appelle « **intuition** ». Cara (2004), Ray (1991) et Söderhamn (2001) soulignent que l'intuition est un processus qui permet au chercheur de décrire l'expérience quotidienne, telle que vécue par la personne et ce, à partir d'un esprit ouvert et par le biais de plusieurs modes de conscience. Ces divers modes de conscience, découverts par Husserl, vont au-delà des cinq sens et incluent également l'intuition intellectuelle, la synthèse créative, l'imagination, l'anticipation, la mémoire, les sentiments, l'esthétique et l'éthique (Reeder, 1987). Ces modes constituent les différentes facettes de l'étendue de la conscience, laquelle est au cœur de la phénoménologie.

Spiegelberg (1982) mentionne que la première opération de l'investigation d'un phénomène réfère à l'intuition du chercheur et requiert de sa part une totale concentration afin que celui-ci soit le plus fidèle possible au phénomène. Cara (2004) note que l'intuition réfère aussi à l'attitude d'ouverture du chercheur, nécessaire à la description de ce que la personne a vécu. L'intuition servira donc de base, dans la présente étude, à la description du phénomène de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC. Enfin, l'approche phénoménologique considère la personne comme étant experte à cause de l'expérience vécue. La prochaine étape fera état de la méthode choisie pour la présente étude.

La méthode phénoménologique

La méthode utilisée par l'étudiant-chercheur, dans le cadre de cette recherche, est celle développée par Giorgi (1997a, 1997b). Selon Merleau-Ponty (1945), cité dans Cara (2004), la phénoménologie, comme méthode, vise à décrire l'expérience telle qu'elle est vécue, sans considérer les diverses explications de causalité offertes par les scientifiques. Elle a pour objectif de décrire le phénomène (Deschamps, 1993, Giorgi, 1997a; Omery, 1983) et non de le définir. Cette distinction conceptuelle s'avère importante puisqu'elle constitue une importante différence entre les approches quantitative et qualitative de la qualité de vie au travail. Selon Deschamps (1993), la définition délimite le champ d'application du phénomène. Giorgi (1997a, 1997b, 2000) souligne que décrire, c'est

prendre appui sur l'expérience originare du phénomène, soit celui vécu par l'individu et sa conscience qu'il a du monde. La phénoménologie représente aussi, pour cet auteur, une manière grâce à laquelle les personnes peuvent découvrir et redécouvrir leur conscience vis-à-vis le monde qui les entoure. Cette méthode implique donc une description de tous les phénomènes, y compris les expériences humaines.

La méthode phénoménologique de Giorgi (1985, 1997a, 1997b, 2000) s'inspire de l'école de pensée de Husserl, laquelle apparaît la plus adéquate pour décrire et comprendre la signification, voire l'essence du phénomène de la qualité de vie au travail des infirmiers. Relativement à la question de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC, l'approche phénoménologique implique la nécessité de comprendre l'impact d'une expérience en fonction des normes de la personne, de la signification qu'elle lui accorde et de ses priorités face au phénomène. Cette méthode comporte trois aspects importants : 1) la réduction phénoménologique, 2) le processus descriptif, qui permet d'identifier le sens du phénomène tel qu'il apparaît à la conscience des personnes, par l'intuition et l'intentionnalité et 3) la recherche de l'essence du phénomène pour laquelle Giorgi (1997a, 1997b, 2000) suggère d'utiliser la variation libre et imaginaire, puisqu'elle permet de découvrir les caractéristiques essentielles du phénomène.

Divers experts de la méthode (Cara, 2004; Giorgi, 1997a, 1997b, 2000; Hycner, 1999) suggèrent d'effectuer une réduction phénoménologique afin de rendre les résultats de recherche plus précis. Cette opération mentale permet de poser un regard naïf et ouvert sur le phénomène en évitant d'adopter des conceptions préétablies (Giorgi, 1997a). La réduction phénoménologique consiste à établir une réflexion rigoureuse permettant au chercheur de décrire la conscience vis-à-vis le phénomène à l'étude (Ray, 1991). Il s'agit, pour Deschamps (1993), d'un processus spécifique de la phénoménologie d'Husserl par lequel est modifiée l'attitude naturelle du chercheur. « C'est par la pratique de la réduction phénoménologique que l'identification et la distanciation des préconceptions du chercheur à l'égard du phénomène exploré, sont rendues possibles » (Deschamps, 1993, p.17). La réduction phénoménologique

comprend deux phases distinctes identifiées par Husserl, soit : 1) le *bracketing* ou époque et 2) la réduction eidétique ou l'essence du phénomène (Cara, 2004).

Le *bracketing* ou *époque* signifie reconnaître les connaissances théoriques passées relatives à un phénomène dans le but de le saisir en toute innocence et de le décrire tel qu'il se présente (Giorgi, 1997a, 1997b). Pour ce faire, il faut que le chercheur soit entièrement présent au phénomène dans la situation où il se retrouve (Giorgi, 1997a). Comme le propose Giorgi (1997a, 1997b, 2000), les préconceptions et les savoirs issus du passé seront mis entre parenthèses par l'étudiant-chercheur afin de lui permettre d'entrer dans le vécu des participants, en adoptant une attitude naturelle et ainsi, utiliser leur propre expérience comme fondement dans la description du phénomène. Cette mise entre parenthèses permet au chercheur de réduire au minimum toutes influences personnelles, afin que les faits parlent d'eux-mêmes de manière à pouvoir saisir le phénomène tel qu'il se présente (Cara, 2004 ; Giorgi, 1997a, 2000). Selon Boyd (2001), le *bracketing* contribue à développer une attitude naturelle et ouverte par laquelle le chercheur sera en mesure de découvrir l'essence du phénomène. Ainsi, l'étudiant-chercheur énonce au préalable ses préconceptions (voir appendice E), préjugés et opinions relatives au phénomène à l'étude afin qu'il aborde celui-ci avec la plus grande ouverture possible. Ces préconceptions proviennent d'expériences personnelles, d'observations et de lectures effectuées lors de la recension des écrits. Ayant été lui-même un infirmier travaillant en CLSC pendant plus de sept ans, l'étudiant-chercheur a développé ses propres croyances face au phénomène de la qualité de vie au travail en communauté; il devra, dès lors, éviter qu'il ne fasse l'erreur de les percevoir, comme étant celles des participants.

Selon Giorgi (1997a, 1997b), la réduction eidétique ou l'essence d'un phénomène, deuxième phase de la réduction phénoménologique, permet de saisir le sens du phénomène en allant du particulier vers l'universalité. Il précise également qu'il s'agit : « d'une articulation fondée sur l'intuition, d'un sens fondamental sans lequel un phénomène ne pourrait se présenter tel qu'il est, soit une identité constante qui contient les variations qu'un phénomène est susceptible de subir et qui les limite (Giorgi 1997a, p. 351). Pour ce faire, Giorgi (1997a, 1997b, 2000) suggère d'utiliser la variation libre et

imaginaire. De ce fait, le chercheur peut « modifier à loisir les aspects ou les éléments d'un phénomène ou d'un objet pour ensuite vérifier si ce phénomène, ou encore cet objet, seront encore reconnaissables » (Giorgi, 1997a, p.351). Selon Reeder (1991a), la variation libre et imaginaire permet de s'appuyer sur la compréhension et sur l'expérience initiale du phénomène tel qu'il se présente au chercheur, pour identifier la véritable signification. Autrement dit, ce procédé permet à l'étudiant-chercheur de découvrir les caractéristiques essentielles du phénomène à l'étude (Giorgi, 1997a, 2000).

La pertinence de la phénoménologie pour la recherche en sciences infirmières

Plusieurs auteurs (Benner, 1994 ; Beck, 1994 ; Caelli, 2001 ; Cara, 1997, 2004 ; Cohen, 1987 ; Oiler, 1982 ; Omery, 1983 ; Ray, 1991 ; Reeder, 1987, 1991a; Watson, 1988) proposent que la phénoménologie soit une méthode reconnue pour la recherche en sciences infirmières. Ray (1991) va même jusqu'à affirmer que le positivisme logique, qui a été utilisé pendant des décennies par les études en sciences infirmières, n'est pas congruent avec la discipline qui décrit d'une part, sa philosophie comme étant à la fois holistique et interactive et d'autre part, son épistémologie comme le savoir basé sur l'expérience humaine des personnes. Watson (1988, 2001) précise que la phénoménologie vise la compréhension des expériences humaines telles qu'elles émergent à la conscience de la personne. Pour sa part, Beck (1994) estime que la phénoménologie apporte à la discipline une nouvelle façon de décrire et d'interpréter la conscience et l'engagement d'une personne dans le monde. Selon Watson (1988), la phénoménologie permet au chercheur de décrire et de comprendre les expériences vécues de même que la signification subjective et l'essence du phénomène à l'étude. Cette théoricienne note que les phénomènes humains s'avèrent surtout de nature subjective et que les infirmiers et infirmières doivent tenter de comprendre les expériences humaines telles qu'elles sont vécues par la personne.

La phénoménologie s'efforce également d'articuler, de manière cohérente, la description de la personne dans son univers comme « être-dans-le-monde » (Watson, 1988). La phénoménologie représente à la fois une philosophie et une méthode permettant à la personne de découvrir et de redécouvrir sa conscience vis-à-vis de

l'univers qui l'entoure. Enfin, un grand nombre d'auteurs (Benner, 1994; Beck, 1994; Caelli, 2001; Cara, 1997, 2004 ; Cohen, 1987; Oiler, 1982; Omery, 1983; Ray, 1991; Reeder, 1987; Watson, 1988) soulignent l'importance et la pertinence de la phénoménologie en recherche qualitative, en sciences infirmières, dans la mesure où elle permet de décrire et de mieux comprendre les expériences telles que vécues par les personnes ; cette habileté est particulièrement intéressante dans le cadre de la présente étude, cherchant à décrire et mieux comprendre la qualité de vie au travail des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC. Ainsi, et selon une perspective salutogénique et de *caring*, la présente étude privilégie l'approche phénoménologique en accordant une importance prioritaire à la signification de l'expérience vécue de la personne.

Le milieu

Le milieu choisi est un CSSS, mission CLSC des Laurentides ainsi qu'un CSSS, mission CLSC de la région métropolitaine comprenant divers programmes, tels que : le soutien à domicile et les services courants incluant la santé mentale et l'enfance-famille. La démarche de soins privilégiée dans les deux missions CLSC est le modèle McGill. Dans les services de programme de soutien à domicile, les soins infirmiers visent à évaluer les besoins en matière de santé physique et mentale aux personnes ayant des incapacités temporaires ou permanentes, par exemple les personnes âgées ou handicapées, les personnes en convalescence, celles atteintes du sida ou d'une maladie chronique ou encore les personnes qui nécessitent des soins palliatifs à domicile. Les intervenants œuvrant au sein du programme des services de santé courants, évaluent quant à eux les besoins tant physiques que mentaux auprès d'une clientèle ambulatoire qui consulte sur place, avec ou sans rendez-vous. Pour ce qui est du programme de l'enfance-famille, celui-ci regroupe les activités qui visent à favoriser le développement d'une grossesse normale et à assurer le développement optimal des enfants et des adolescents. Finalement, une équipe multidisciplinaire œuvre auprès des enfants des garderies et des écoles primaires et offre des activités de soutien aux parents.

La population cible

La population cible regroupe l'ensemble des infirmiers qui œuvrent dans le milieu mentionné ci-avant.

L'échantillonnage

Les approches qualitatives en recherche privilégient le recours à des échantillons non probabilistes et ne précisent habituellement pas de règles concernant la taille (Patton, 2002). En accord avec la méthode phénoménologique, Benner (1994) suggère de réaliser des entrevues jusqu'à redondance des données, c'est-à-dire lorsque les informations recueillies seront similaires entre les différents participants. Compte tenu du fait que ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, le nombre de cinq participants est jugé raisonnable pour l'établissement de l'échantillon de convenance (Boutin, 1997; Fortin, 1996; Fortin, Côté, & Fillion, 2006; Kvale, 1996). Même si la diversité des données s'avère souhaitable dans le cadre d'une étude phénoménologique, les cinq participants à la présente étude répondent à des critères d'inclusion afin de favoriser l'obtention de ladite redondance des données (Boutin, 1997; Kvale 1996; Patton, 2002). Afin de favoriser le plus de diversité possible, les participants sont issus de deux programmes dispensés en CLSC, soit : le soutien à domicile et la santé mentale.

Les critères d'inclusion

Les participants à cette recherche répondent aux critères de sélection suivants :

- Être infirmier;
- Parler et comprendre le français;
- Occuper un emploi à temps complet ou effectuer un remplacement à temps complet en CSSS, mission CLSC et ce, depuis un an;
- Désirer partager l'expérience vécue de leur qualité de vie au travail;
- Déclarer avoir une qualité de vie positive au travail;
- Accepter volontairement de participer à la recherche.

Le recrutement des participants

En ce qui concerne le recrutement des participants, Hycner (1999) souligne que c'est le phénomène à l'étude qui dicte la méthode d'échantillonnage, voire même le type des participants, et non l'inverse. Pour permettre de mieux comprendre le phénomène de la qualité de vie au travail chez les infirmiers, et puisque l'étude porte sur un groupe minoritaire de professionnels par rapport à l'ensemble de la profession infirmière, un échantillonnage de convenance a été utilisé pour le recrutement des participants, en accord avec la méthode dite non probabiliste (Fortin, Côté, & Fillion, 2006; Fortin, 1996; Patton, 2002). Le recrutement des cinq participants s'effectue dans un premier temps, selon la méthode d'échantillonnage par réseaux, aussi appelée : « boule de neige » (Fortin, Côté, & Fillion, 2006). L'étudiant-chercheur a d'abord recruté deux participants dans un centre de santé et des services sociaux (CSSS), mission CLSC de la région des Basses-Laurentides. Ensuite, ceux-ci l'a référé à au moins un autre participant qui répondait aux critères d'inclusion provenant du même milieu de travail. Dans un deuxième temps, l'étudiant-chercheur sollicite la collaboration de ce participant pour recruter les deux derniers participants qui proviennent d'un CSSS de la grande région de Montréal.

Le déroulement de l'étude

En accord avec l'approche boule de neige (Patton, 2002), l'étudiant-chercheur a contacté les participants pour leur remettre, à chacun, le formulaire de consentement pour qu'ils soient en mesure de prendre connaissance du projet de recherche. Le formulaire de consentement (appendice F) leur est remis une semaine avant le début de l'entrevue, pour qu'ils puissent en prendre connaissance. Ce formulaire, expliquant le projet de recherche, précise le but, les modalités de participation, les avantages et inconvénients, etc. Un délai de sept jours de réflexion a été accordé aux participants afin qu'ils puissent prendre une décision quant à leur volonté de participer à l'étude. L'étudiant-chercheur a répondu aux questions que pouvaient avoir les participants. À la suite d'une décision positive de leur part, les participants ont été invités à signer le formulaire de consentement dans lequel ils reconnaissent avoir reçu, discuté et compris les renseignements nécessaires au bon déroulement de l'étude (Doucet, 2002; Fortin, 1996;

Fortin, Côté, & Fillion, 2006). Le formulaire de consentement signé confirme ainsi leur participation à l'étude. Par la suite, un formulaire socio-démographique (appendice F) est remis aux participants pour recueillir quelques informations personnelles (tableau des données sociodémographiques à l'appendice G), soit: le nom, l'âge, le nombre d'années d'expérience, le lieu et l'horaire de travail, le statut d'emploi, de même que le programme dans lequel ils travaillent. Les cinq infirmiers âgés de 27 à 50 ans, intéressés à participer au projet de recherche, disant avoir une bonne qualité de vie au travail et désirant exprimer leur expérience vécue sur le phénomène à l'étude, ont convenu, par rendez-vous avec l'étudiant-chercheur, de l'heure et de l'endroit de la rencontre pour l'entrevue. Un pseudonyme est attribué par l'étudiant-chercheur à chacun des participants et ce, avec leur accord, afin de respecter l'anonymat et la confidentialité des données (Doucet, 2002). À l'aide d'un guide d'entrevue (appendice H), un entretien semi-dirigé, d'une durée de 60 à 90 minutes, est réalisé à l'aide de questions larges et ouvertes. Ceci permet à l'étudiant-chercheur de préciser la nature des informations recueillies. La section ci-après fait état du processus de collecte et d'analyse des données.

Le processus d'analyse des données

Cette section décrit la méthode phénoménologique scientifique de Giorgi (1997a, 1997b). Il est important de mentionner que l'étudiant-chercheur appliquera la réduction phénoménologique tout au long du projet de recherche (Cara, 2004; Giorgi, 1997a, 1997b, 2000).

La collecte des données verbales

Avant de procéder à la collecte des données, un *bracketing* a été effectué afin de documenter les préconceptions, croyances, connaissances, valeurs et l'expérience de l'étudiant-chercheur, relatives au phénomène de la qualité de vie au travail. Ces procédures contribuent à la rigueur scientifique de la présente étude. L'étudiant-chercheur a dû faire abstraction de ses préconceptions afin de rapporter, le plus fidèlement possible, les propos des participants quant à la signification de la qualité de vie au travail.

Une entrevue semi-structurée (Kvale, 1996) enregistrée, d'une durée de 60 à 90 minutes, a été réalisée à l'aide de questions larges et ouvertes de manière à obtenir une description complète et détaillée des perceptions des participants quant à leur expérience vécue du phénomène de la qualité de vie au travail. Un guide d'entrevue a été conçu par l'étudiant-chercheur tout en portant une attention particulière afin de connaître le phénomène vécu. L'étudiant-chercheur a pu, au besoin, ajouter des questions additionnelles au guide d'entrevue afin d'amener les participants à clarifier leurs dires. La première question posée a été : « Que signifie pour vous, en tant qu'homme infirmier, le fait d'avoir une bonne qualité de vie au travail ? » Cette première question a permis d'amorcer l'exploration de la signification du phénomène tel que perçu par les infirmiers en mission CLSC. Au fur et à mesure de l'évolution de l'entrevue, d'autres questions ont émergé. L'entrevue s'est terminée lorsque les participants exprimaient n'avoir plus rien à rajouter.

La lecture et relecture des données

Après avoir retranscrit les *verbatim* de chaque participant et avant de procéder à l'analyse du contenu, l'étudiant-chercheur a fait plusieurs lectures et relectures pour en saisir le sens global. Pour ce faire, il a intégré les principes de l'intuition et de l'intentionnalité pour être à l'écoute du phénomène, tel que raconté par les participants à la présente recherche. Ainsi, la démarche fut réalisée avec une grande ouverture d'esprit, de manière à capter l'ensemble de la signification émergeant du *verbatim* et ainsi, amorcer la réflexion au regard des données recueillies. L'étudiant-chercheur a tenté de dégager le sens général des propos et a débuté la rédaction des mémos dans le journal de bord permettant, en conséquence, une première organisation des idées. Ceci a fait l'objet de la prochaine étape.

La division des données en unités de signification

En vue de poursuivre l'analyse, l'étudiant-chercheur a procédé à la discrimination du contenu des entrevues en isolant les phrases et en les divisant en unités de signification (appendice K). Cette phase de l'étude s'avère cruciale. L'étudiant-chercheur a maintenu une attitude ouverte afin de laisser émerger des significations imprévues et préserver la signification des données telles qu'elles émergeaient à la

conscience des participants. Les diverses unités de signification qui ressortent ont ensuite été rassemblées en sous-thèmes (Giorgi, 1997a, 1997b). Lors de la révision et de la validation du processus d'analyse, l'étudiant-chercheur a eu recours à des experts externes en phénoménologie (directrice et co-directrice) en vue d'atteindre un consensus dans le choix des unités de significations et des sous-thèmes.

L'organisation des données brutes dans le langage de la discipline

L'énoncé des sous-thèmes et la révision des unités de signification précisent la valeur de chacune des unités. L'étudiant-chercheur a examiné rigoureusement chaque unité en tentant d'élucider l'essence qui en émerge. Des thèmes, inspirés des sous-thèmes, ont été mis en relief. Une fois les sous-thèmes et thèmes identifiés, l'étudiant-chercheur les a examinés, les a explorés et les a décrits de façon à rendre plus explicite encore, la valeur de chacun, exprimée dans le langage de la discipline infirmière. Il a tenu un journal de bord tout au long du processus de collecte et d'analyse des données, pour y consigner ses perceptions, observations, impressions, questions et pensées relatives au dit phénomène. Il a également rédigé des mémos pour lui permettre d'organiser les différents éléments de données recueillies en vue de bien définir les sous-thèmes clés. Les travaux de Watson (1988, 2005), agissant comme toile de fond, de même que d'autres écrits pertinents, ont permis d'aider l'étudiant-chercheur dans cette démarche afin d'accroître la compréhension du phénomène de la qualité de vie au travail pour la discipline infirmière.

La synthèse des résultats

Au terme de la constitution des thèmes, l'étudiant-chercheur a eu recours à la variation libre et imaginaire afin d'évaluer si chaque thème est essentiel et correspond bien à l'essence du phénomène. Ce procédé sert également à décrire, selon la perspective de la discipline infirmière, la structure fondamentale de l'expérience réellement vécue (Giorgi, 1997a). La recherche de l'essence du phénomène, telle que discutée plus haut, correspond à la dernière étape du processus d'analyse des données (appendices I et J). Celle-ci amène l'étudiant-chercheur à exprimer, en une seule phrase, la signification «universelle» (Cara, 2004) du phénomène étudié et dans quelle mesure elle correspond à la question de recherche formulée à la fin du premier chapitre.

Les critères de scientificité en phénoménologie

La rigueur de la recherche phénoménologique réside dans la connaissance et la compréhension du phénomène (Giorgi, 2000). La rigueur scientifique des études phénoménologiques repose aussi sur l'ouverture d'esprit, la créativité, le respect de la philosophie et de la méthode ainsi que la minutie déployée lors de la collecte et l'analyse des données (Beck, 1994; Whittemore, Chase, & Mandle, 2001). Plusieurs auteurs (Benner, 1994; Beck, 1994b; Burns & Grove, 2001; Cara, 1997, 2004; Giorgi, 1997a, 2000; Sandelowski, 1986; Söderhamn, 2001; Whittemore et al., 2001) mentionnent que les chercheurs doivent accorder beaucoup d'importance à la rigueur scientifique puisque celle-ci conditionne directement les valeurs des résultats de l'étude.

Selon Whittemore et al. (2001), la rigueur scientifique des études phénoménologiques fait référence à quatre éléments. Cette rigueur a été particulièrement assurée par l'ouverture d'esprit et le respect de la philosophie phénoménologique ainsi que par la minutie déployée lors de la collecte des données et de son analyse par l'étudiant-chercheur. Celui-ci a effectué un *bracketing* et s'est assuré de respecter l'authenticité, la crédibilité, l'attitude critique de l'étudiant-chercheur ainsi que l'intégrité des données pour que celles-ci correspondent bien à l'expérience vécue telle que décrite par les participants sur ledit phénomène. Selon Cara (2004), l'**authenticité** des données permet de déterminer si les résultats de cette étude correspondent bien aux expériences telles qu'elles ont été exprimées par les participants. Cette stratégie a pu être réalisée par le respect de la méthode, dont les notions essentielles ont été définies dans les sections précédentes du mémoire : 1) la réduction phénoménologique et le *bracketing*, 2) l'intentionnalité et l'intuition, 3) les multiples lectures et relectures des entrevues et 4) la division des unités de signification (Giorgi, 1997a, 1997b).

Plusieurs auteurs (Beck, 1994; Cara, 2004; Groenewald, 2004; Whittemore et al., 2001) soulignent que la **crédibilité** permet à l'étudiant-chercheur d'observer dans quelle mesure les résultats de la présente recherche correspondent bien au phénomène à l'étude. Ainsi, la crédibilité a été assurée par le respect des éléments suivants : 1) le choix diversifié des participants (dans le cas présent : participants issus de différents programmes en CLSC), 2) l'obtention d'une redondance des données, 3) la validation

interjuge (directrice et co-directrice) des données de l'analyse, 4) la variation libre imaginaire et la réduction *eidétique* ainsi que 5) la reconnaissance du phénomène par les experts (Cara, 2004; Whittemore et al., 2001).

L'**attitude critique** de l'étudiant-chercheur, sur laquelle il s'est appuyé par l'abstraction de ses préconceptions ou *epochè*, a été un élément primordial pour assurer la rigueur phénoménologique. Cette attitude critique évite à l'étudiant-chercheur d'éventuels biais et ce, par la constante révision qu'il a faite de son journal de bord ainsi que par la consultation qu'il a eue auprès d'une experte en phénoménologie (codirectrice), dans le but de chercher des thèmes et sous-thèmes alternatifs à travers les ambiguïtés qui auraient pu être relevées à travers la lecture et relecture des données (Cara, 2004; Whittemore et al., 2001).

Enfin, l'**intégrité des données** demeure un aspect essentiel dans l'analyse des données en recherche qualitative (Cara, 2004; Whittemore et al., 2001). Elle s'exprime par la préoccupation du chercheur à valider ses interprétations en s'appuyant sur les données. Tout au long de l'analyse des données, l'étudiant-chercheur a pu ainsi éviter de formuler prématurément l'essence du phénomène et a atteint la redondance des données. L'utilisation adéquate de son journal de bord a aussi contribué à l'intégrité des données.

Les considérations éthiques

L'étude a été présentée au comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal. Un certificat d'autorisation a été émis pour la durée de l'étude (appendice L). Chaque participant a été informé verbalement et par écrit des modalités de l'étude ainsi que de l'utilisation des résultats pour des fins académiques et scientifiques (Doucet, 2002). Le formulaire précise les inconvénients ou les risques associés à la collaboration à l'étude. À notre connaissance, il n'y a aucun risque à participer à l'étude, sauf ceux inhérents à la vie quotidienne. Un délai de sept jours de réflexion a été accordé aux participants afin qu'ils puissent prendre une décision quant à leur volonté de participer à l'étude. Suite à une décision positive de leur part, les participants ont été invités à signer un formulaire de consentement dans lequel ils reconnaissent avoir reçu, discuté et compris les renseignements nécessaires au bon

déroulement de l'étude (Doucet, 2002; Fortin, Côté, & Fillion, 2006). Un consentement libre écrit a aussi été demandé pour l'enregistrement des entrevues sur magnétophone. Les participants ont été avisés qu'au terme de l'étude, les bandes magnétiques et l'ensemble des données seront conservées, en lieu sûr pendant sept ans. La confidentialité des données est respectée tout au long de cette étude et ce, grâce à l'attribution d'un pseudonyme à chacun des participants (Doucet, 2002; Fortin, Côté, & Fillion, 2006). Finalement, à la fin de l'entrevue, l'étudiant-chercheur s'est assuré de répondre aux besoins des participants en matière de soutien et d'informations en les référant, si cela s'avérait nécessaire, à des ressources professionnelles appropriées.

Les limites et les forces de l'étude

La section qui suit, expose les limites méthodologiques et les limites liées au contexte du milieu à l'étude ainsi que les forces inhérentes à la présente recherche.

Parmi les limites de cette étude, il y a le temps alloué pour réaliser un mémoire, ce qui explique le nombre restreint de participants. Il est bien évident qu'un plus grand nombre de participants provenant des autres milieux de soins, c'est-à-dire des secteurs d'activités des soins aigus et de longue durée, aurait permis d'atteindre davantage une redondance des données et d'obtenir des données additionnelles relatives au phénomène de la qualité de vie au travail pour les infirmiers. L'approche salutogénique peut également être une limite de l'étude dans la mesure où elle a orienté les données obtenues dans le cadre des entrevues. Il faut rappeler, en effet, que pour être retenus dans le cadre de l'étude, les participants devaient jouir d'une qualité de vie au travail. De même, bien que la méthode de Giorgi (1997a, 1997b) ne requière pas de seconde entrevue pour valider les données obtenues, la réalisation de celle-ci aurait peut-être pu contribuer à préciser certaines informations obtenues.

D'autre part, l'une des forces de cette étude se situe aux niveaux de la richesse des informations obtenues qui pourraient permettre aux organisations de mieux comprendre la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers au sein de la profession infirmière et qui exercent les soins en communauté. L'autre force réside dans le fait qu'aucune autre étude n'avait, à ce jour, établi de lien entre, d'une part, la qualité de vie

au travail et, d'autre part, le partenariat infirmiers-infirmières ainsi que le plaisir à travailler au domicile des clients.

L'article scientifique pour fin de publication dans le *Journal of Advanced Nursing*, lequel comporte l'analyse des résultats et la discussion, fait l'objet du prochain chapitre. Finalement, il s'avère pertinent de mentionner que l'article a été rédigé selon les lignes directrices (appendice M) du *Journal of Advanced Nursing*.

CHAPITRE 4 – L'ARTICLE SCIENTIFIQUE POUR PUBLICATION

La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en Centre de santé et des services sociaux (CSSS), mission : CLSC³ et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail.

RÉSUMÉ

But. L'article vise à décrire, sous une perspective salutogénique, la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC et qui déclarent avoir une qualité de vie positive au travail. L'approche salutogénique a été privilégiée car elle permet l'exploration en profondeur des dimensions contribuant favorablement à la qualité de vie au travail.

Phénomène à l'étude. L'organisation des soins de santé au Québec a été soumise durant la décennie des années '90 à de vastes réformes qui ont perturbé la qualité de vie au travail d'infirmières et d'infirmiers exerçant en milieu communautaire. La plupart des études ayant traité de ce phénomène ont été effectuées en milieu hospitalier et prenaient appui sur le paradigme de la détresse psychologique ou de l'épuisement professionnel (perspective pathogénique) plutôt que sur celui de la santé (perspective salutogénique). La perspective salutogénique constitue une vision ou une approche positive de la santé (Antonovsky, 1996). Des écrits scientifiques (Brooks et al., 1996, Evans, 2001) révèlent qu'outre le fait de vivre les mêmes bouleversements du réseau de la santé que leurs collègues féminins, certains infirmiers éprouvent, en plus, des sentiments négatifs liés à la discrimination de genre, de l'isolement ainsi qu'une discordance entre les valeurs masculines (force, agressivité) versus les valeurs féminines (délicatesse, souplesse) qui sous-tendent la profession infirmière.

Méthode. L'étude privilégie la méthode phénoménologique descriptive de Giorgi (1985, 1997). Celle-ci vise à décrire et à comprendre la signification du phénomène tel que vécu par la personne. Les résultats ont été obtenus au moyen d'une entrevue semi-structurée allant de 60 à 90 minutes, réalisée auprès de cinq infirmiers. L'analyse des données s'est

³ Centre local des services communautaires

effectuée selon les étapes suivantes : la collecte des données, la lecture et les diverses relectures des données, la division des données en unités de signification, l'organisation et l'énonciation des données brutes dans le langage de la discipline et finalement, la synthèse des résultats laissant émerger l'essence du phénomène. La philosophie du *human caring* de Watson (1988, 2005) a été utilisée comme toile de fond à l'ensemble du processus.

Résultats. L'analyse des *verbatim* a fait émerger huit thèmes circonscrivant la signification de la qualité de vie au travail d'infirmiers exerçant en milieu communautaire, soit: 1) l'autonomie dans la pratique professionnelle, 2) la satisfaction au travail, 3) l'environnement de travail sain, 4) les relations infirmiers-gestionnaires empreintes de soutien et de respect, 5) les relations de *caring* avec l'équipe interdisciplinaire, 6) le travail en partenariat avec les pairs féminins, 7) l'engagement envers les clients et leur famille et 8) l'équilibre entre les sphères professionnelle et familiale. L'essence du phénomène se dégage directement des thèmes ayant émergé des entrevues; elle énonce que la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC, signifie « **un climat empreint de *caring* qui favorise l'épanouissement de l'infirmier en CLSC en œuvrant pour le maintien de l'harmonie entre les sphères professionnelle et familiale** ».

Conclusion. Si certains résultats corroborent ceux d'études antérieures, d'autres apportent des éléments nouveaux qui promeuvent la santé des infirmiers par le biais de la qualité de vie au travail. Des avenues concrètes visant la mise en place de programmes d'optimisation de la qualité de vie au travail sont proposées.

Mots-clés : infirmier, qualité de vie au travail, phénoménologie, *human caring*, centre local des services communautaires.

PHÉNOMÈNE À L'ÉTUDE

Les restructurations du réseau de la santé ont eu, et ont encore, des effets néfastes sur la qualité de vie au travail du personnel infirmier (Blythe, Baumann, O'Brien-Pallas, & Butt, 2003). Les écrits relatant ce phénomène portent davantage sur l'expérience

vécue par des infirmières en milieu hospitalier; la qualité de vie au travail, telle que vécue par des infirmiers, n'est pas considérée de façon spécifique. Ce fait est navrant lorsqu'on sait que les hommes se retrouvent en nombre croissant dans plusieurs sphères de la pratique infirmière (Witthock & Leonard, 2003). Enfin, les études traitant du concept de la qualité de vie au travail dans la profession infirmière ont investigué ces éléments davantage sous l'angle pathogénique (Bourbonnais et al., 2000; Duquette et al., 1995) que salutogénique (Delmas, 1999, 2001; Gascon, 2001). La présente étude s'applique à décrire et à comprendre, d'un point de vue salutogénique, la signification du phénomène de la qualité de vie au travail d'infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC. La philosophie du *human caring* de Watson (1988, 2005) sert de toile de fond à l'exploration du phénomène. Cette étude présente un caractère novateur dans la mesure où aucune recherche n'a, à ce jour et à notre connaissance, exploré les éléments positifs influençant la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en milieu communautaire.

La qualité de vie au travail a fait l'objet de plusieurs interprétations au sein de la communauté scientifique. Elizur et Shye (1990) définissent la qualité de vie au travail, en milieu industriel, comme étant la satisfaction qu'éprouve le travailleur à l'égard de son environnement de travail. Les auteurs notent aussi qu'elle constitue un phénomène multidimensionnel. En sciences infirmières, Delmas (1999) définit la qualité de vie au travail comme une évaluation multidimensionnelle et complexe du sentiment de bien-être au travail. Gascon (2001) la définit comme une harmonie entre les plans personnel, social, spirituel et professionnel, intégrant la philosophie du milieu de soin, le leadership du gestionnaire, les conditions de travail et les relations avec les pairs.

Les quelques études portant sur la qualité de vie au travail des infirmières ont surtout capturé celle-ci sous l'angle pathogénique, soit sous l'angle de l'épuisement professionnel (Duquette et al., 1995; Duquette & Delmas, 2002) ou de la détresse psychologique (Bourbonnais et al., 2000). Par contre, dans son étude quantitative auprès d'infirmières françaises (n = 70), Delmas et al. (2004) se sont penchés sur la qualité de vie au travail à partir du concept de la hardiesse et d'indicateurs positifs au travail, soit sous l'angle salutogénique. Les résultats indiquent que les infirmières témoignant d'un niveau élevé de hardiesse et d'efficacité seraient davantage enclines à s'épanouir et à se

réaliser professionnellement au travail atteignant ainsi, une qualité de vie au travail accrue.

Au Québec, Gascon (2001) réalisa une étude phénoménologique descriptive (Giorgi, 1997) portant sur la qualité de vie au travail d'infirmières (n = 5) œuvrant en milieu clinique. La philosophie du *human caring* de Watson (1988) fut utilisée comme toile de fond. Les quatre thèmes suivants ressortent des résultats : 1) l'actualisation du potentiel de la personne, 2) la reconnaissance de la compétence de l'infirmière, 3) l'importance des relations de *caring* dans son environnement de travail et 4) le maintien de conditions de travail favorables. L'essence de la qualité de vie au travail chez les infirmières soignantes correspond à l'harmonie de la personne avec son environnement de travail permettant d'atteindre et de maintenir une qualité de vie au travail.

Quelques études en santé communautaire ont investigué les facteurs qui influencent l'environnement de travail des infirmières et ce, sous l'angle de la satisfaction au travail (Denton et al., 2003; Doran et al., 2004; Pérodeau et al., 2002). Pour la plupart qualitatives, ces recherches renseignent sur le contexte socioenvironnemental du travail infirmier et sur le temps consacré aux activités de traitement et de prévention en santé communautaire. Leurs résultats font état du fait que les infirmières sont moyennement satisfaites de leurs conditions de travail et peu satisfaites du temps consacré aux soins holistiques. Elles se disent, en outre, moyennement satisfaites de leur autonomie décisionnelle mais hautement satisfaites des soins holistiques qu'elles dispensent à la clientèle à domicile. Il apparaît que l'autonomie, le soutien, l'importance de dispenser des soins de qualité à la clientèle, la qualité de l'environnement de travail ainsi que la satisfaction au travail des infirmières se dégagent des études citées précédemment mais aucune ne fait état du vécu des situations de travail en termes de QVT des infirmiers. En résumé, il apparaît que la qualité de vie au travail, telle que vécue par les infirmiers, n'est guère considérée dans les écrits existants. Toutefois, Gascon (2001) recommande que semblable étude soit réalisée.

Au Québec, les infirmiers représentent 9,1 % de la population infirmière; dans l'ensemble des provinces du Canada, ce pourcentage tombe à 5% (ICIS, 2006). Les

infirmiers œuvrent principalement dans les secteurs des soins intensifs, de l'urgence, de la santé mentale, de la gestion et depuis peu, des soins de santé communautaires (AIIC, 2005; Trudeau, 1996). Les écrits recensés traitant de la place des hommes dans la profession (Larocco, 2004; Wilson, 2005) ont surtout exploré leur vécu des rapports sociaux de genre intra-interprofessionnels et les effets sur leur environnement de travail. Il est mentionné dans ces écrits que certains infirmiers vivent des situations difficiles dues à l'absence d'ouverture, au manque de soutien de la part des pairs féminins, à la discrimination de genre, à l'isolement et au harcèlement des gestionnaires (Brooks et al., 1996 ; Evans, 2001; Wilson, 2005). Ainsi, ces attitudes négatives, citées précédemment, sont des obstacles au maintien et au développement de la qualité de vie au travail et vont à l'encontre des valeurs associées aux relations de *caring*, tel que définies par Watson (1988, 2005). En effet, cette auteure mentionne que les relations de *caring* conduisent à des relations et des pensées positives et harmonieuses.

La philosophie du *human caring* de Watson (1988, 2005, 2006a) réfère à un ensemble de valeurs et de postulats précisant l'essence des soins infirmiers. Le *caring* est un processus intersubjectif humain basé sur un idéal moral, dont l'objectif ultime est le respect et la dignité de la personne. Il constitue un engagement de l'esprit, du corps et de l'âme dans une relation interpersonnelle (Watson, 1988, 2005, 2006a). Watson (1988, 2005) suggère l'utilisation de la méthode phénoménologique pour la recherche en sciences infirmières dans la mesure où elle permet au chercheur de décrire et de comprendre les expériences humaines de même que la signification subjective et l'essence du phénomène étudié.

L'ÉTUDE

But

Cette étude phénoménologique descriptive (Giorgi (1985, 1997, 2000) a pour but de décrire et de comprendre la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en Centre de santé et des services sociaux, mission CLSC.

Méthode phénoménologique

La méthode phénoménologique de Giorgi (1985, 1997) s'inspire de l'école de pensée de Husserl permettant de décrire et de comprendre la signification, voire l'essence du phénomène de la qualité de vie au travail des infirmiers. Elle comporte trois aspects importants : 1) la réduction phénoménologique (le *bracketing* et la réduction eidétique), qui consiste à mettre entre parenthèse les connaissances relatives au phénomène afin de le saisir tel qu'il est décrit par les participants, 2) le processus descriptif, qui permet d'identifier le sens du phénomène tel qu'il apparaît à la conscience des personnes par l'intuition et l'intentionnalité et 3) la recherche de l'essence du phénomène pour laquelle Giorgi (1985, 1997) suggère d'utiliser la variation libre et imaginaire. Selon Ray (1991), l'intuition permet au chercheur de décrire l'expérience quotidienne telle que vécue par une personne, à partir d'une ouverture d'esprit et de plusieurs modes de conscience. L'intentionnalité renvoie également à la manière de découvrir la nature de la conscience, de ce qui l'entoure et d'en saisir la signification. Finalement, quant à la variation libre et imaginaire, celle-ci permet de découvrir les caractéristiques essentielles du phénomène en s'appuyant sur la compréhension et sur l'expérience initiale de celui-ci, tel qu'il se présente au chercheur (Giorgi, 1985, 1997).

Participants

L'échantillon de type non-probabiliste, était composé de cinq ($n = 5$) infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC, soit quatre en soutien à domicile et un en santé mentale courant. Recrutés selon la technique "boule de neige", ils provenaient de la grande région métropolitaine ou de la rive nord de Montréal et répondaient aux critères d'inclusion suivants : 1) être infirmier, 2) parler et comprendre le français, 3) occuper, depuis au moins un an, un emploi à temps complet en CLSC ou effectuer un remplacement à temps complet dans ce même secteur, 4) désirer faire part de leur expérience de qualité de vie au travail, 5) déclarer avoir une qualité de vie positive au travail et 6) accepter de participer à la recherche. Une brève description des participants est présentée au tableau 1 ci-après.

TABLEAU 1. DESCRIPTION DES PARTICIPANTS

Participants (Pseudonymes)	Âge	Genre	Formation académique	Années d'expériences à titre d'infirmier en CLSC	Quart de travail	Statut d'emploi	Programme du CLSC
1) Alexandre	37 ans	Masculin	Baccalauréat en sciences infirmières	12 ans	Jour	Temps complet	Soutien à domicile
2) Luc	29 ans	Masculin	Baccalauréat en sciences infirmières	2 ans	Soir	Temps complet	Soutien à domicile
3) Pierre	44 ans	Masculin	Baccalauréat en science de la santé	2 ans et demi	Jour et soir	Temps complet	Soutien à domicile
4) George	48 ans	Masculin	Baccalauréat en sciences infirmières	29 ans	Jour et soir	Temps complet	Santé mentale courant
5) Stéphane	35 ans	Masculin	Baccalauréat en science de la santé	5 ans	Jour	Temps complet	Soutien à domicile

Collecte des données

Les données furent obtenues, au cours de l'été 2005, au moyen d'un entretien individuel semi-dirigé (questions larges et ouvertes portant sur la qualité de vie au travail). Les participants déterminaient eux-mêmes le lieu de leur entrevue; celle-ci durait entre 60 à 90 minutes.

Rigueur phénoménologique

L'application rigoureuse de la recherche phénoménologique repose sur quatre dimensions, à savoir : l'authenticité, la crédibilité, l'attitude critique et l'intégrité des données. Pour ce faire, un *bracketing* fut appliqué, par l'étudiant-chercheur, tout au long

de l'étude afin d'assurer que les résultats correspondent le plus exactement possible à l'expérience vécue des participants. La réduction phénoménologique, l'intentionnalité, l'intuition, les multiples lectures des entrevues ainsi que leur division en unités de signification (Giorgi, 1997, 2000) ont assuré l'authenticité des données. Comme l'exige la méthode (Whittemore et al., 2001), la validation interjuge des données de l'analyse, la variation libre imaginaire, la réduction *eidétique* et la reconnaissance du phénomène par les experts (directrice et co-directrice) ont assuré la crédibilité des données. L'attitude critique a été appliquée tout au long de l'analyse des données. Pour ce faire, l'étudiant-chercheur a respecté la réduction phénoménologique en faisant abstraction de ses préconceptions et a fait appel à la variation libre et imaginaire. Une révision régulière de son journal de bord a été effectuée afin d'assurer la rigueur phénoménologique. De plus, il a eu recours à une experte (co-directrice) en phénoménologie de manière à éviter toutes formes de biais. Finalement, l'intégrité des données a été respectée en évitant de formuler prématurément l'essence du phénomène.

Considérations éthiques

Le comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal a émis un certificat autorisant l'étude. Chaque participant a été informé verbalement et par écrit des modalités de l'étude ainsi que de l'utilisation des résultats pour des fins académiques et scientifiques. Après l'obtention de leur assentiment, les participants ont signé un formulaire de consentement dans lequel ils reconnaissent avoir reçu, discuté et compris les renseignements relatifs à l'étude. La confidentialité des données a été assurée au moyen de l'attribution d'un pseudonyme à chaque participant.

Analyse des données

La méthode phénoménologique de Giorgi (1985, 1997) a été utilisée pour effectuer l'analyse des données (entrevues). La réduction phénoménologique a été réalisée tout au long de l'analyse; celle-ci comporte deux phases distinctes identifiées par Husserl, soit 1) le *bracketing* qui vise la mise entre parenthèses des connaissances existantes à propos du phénomène et 2) la réduction eidétique référant à la découverte du

phénomène (caractéristiques essentielles) tel qu'il se présente à la conscience du chercheur (Cara, 2004). Finalement, le contenu des entrevues a été analysé selon les cinq étapes suivantes: 1) la collecte des données verbales, 2) la lecture et relecture des données, 3) la division des données en unités de signification, 4) l'organisation et l'énonciation des données brutes dans le langage de la discipline et 5) la synthèse des résultats ainsi que l'émergence de l'essence du phénomène.

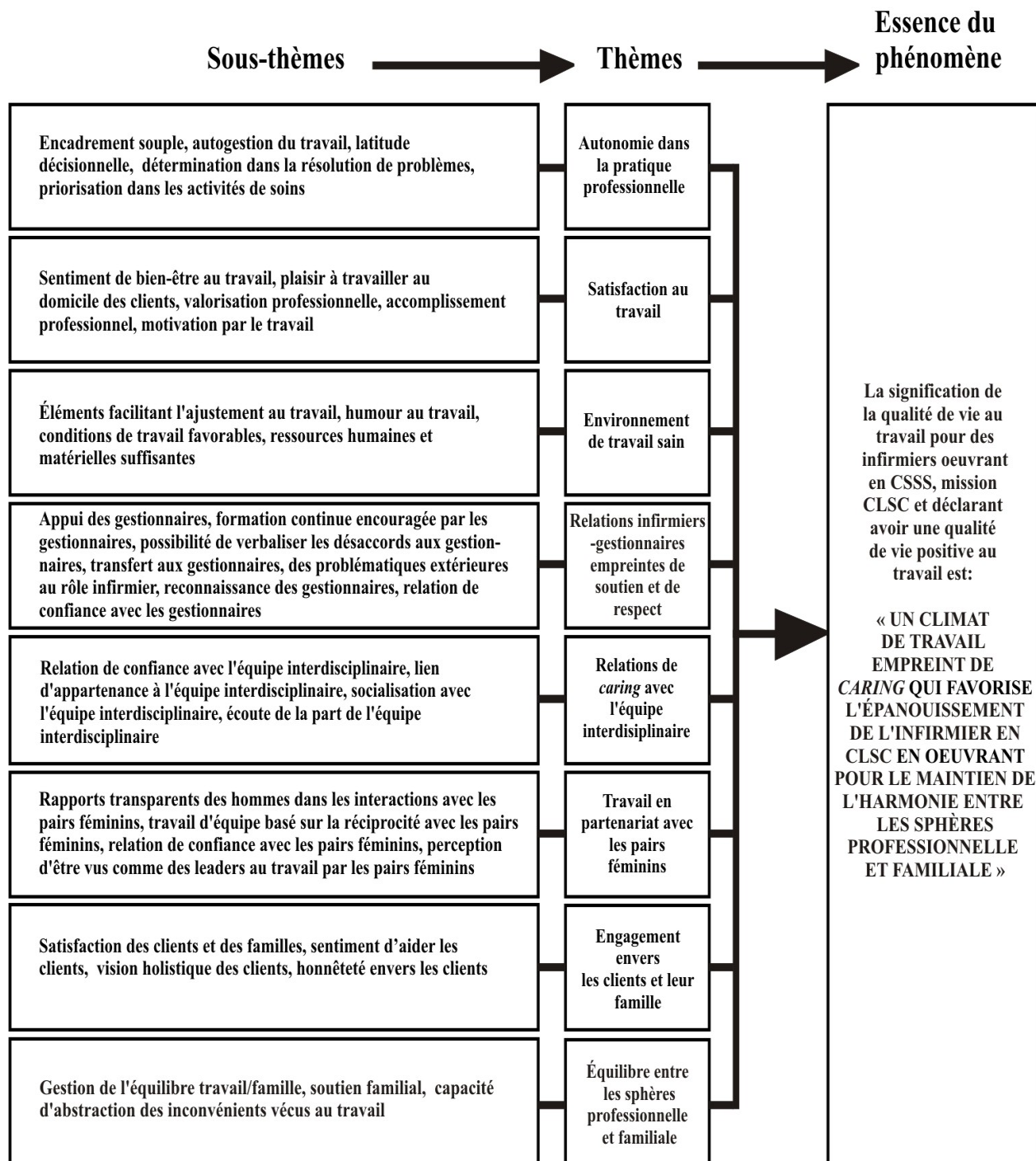
RÉSULTATS ET DISCUSSION

L'analyse des données⁴ a fait émerger huit thèmes, évoqués par l'ensemble des cinq participants. Ils émanent de 35 sous-thèmes décrivant la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers en CSSS, mission CLSC et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail. Le processus d'analyse des données ainsi que les thèmes et sous-thèmes sont illustrés au tableau 2. Afin d'alléger le texte, seuls les sous-thèmes prédominants seront discutés. De plus, en vue de rendre le processus plus fluide, la présentation et la discussion des résultats se feront simultanément.

⁴ Pour connaître l'analyse détaillée, consulter la recherche complète Brousseau, S. (2006). *La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail*. Mémoire de maîtrise inédit en sciences infirmières. Université de Montréal, <http://www.bib.umontreal.ca>

Tableau 2.

Schéma du processus d'analyse phénoménologique



L'autonomie dans la pratique professionnelle

L'autonomie dans la pratique professionnelle se traduit par la latitude décisionnelle permettant de déterminer de nouvelles approches de soins en faisant appel à ses connaissances en soins infirmiers. George, l'un des participants, la décrit comme suit: « *On a beaucoup plus d'autonomie en CLSC. « [...] On a l'opportunité d'innover, de développer de nouvelles approches ainsi que de nouvelles idées dans les soins et ça aide à ma qualité de vie au travail »*. La maîtrise de son champ de pratique professionnel contribue à son autonomie professionnelle et favorise, ainsi, sa qualité de vie au travail. L'infirmier en CLSC dispose de liberté d'action pour prendre des décisions en termes de planification et de priorité dans les soins aux clients. Contrairement au milieu hospitalier, le contexte de travail en milieu communautaire offre une autonomie accrue de par le fait que la structure organisationnelle est plus souple et que la gestion s'avère plus horizontale que verticale; ces résultats corroborent ceux obtenus par Moulton (2000) et Marone (2003). Ces auteurs notent que les soins à domicile sont souvent perçus par les infirmiers et les infirmières comme un milieu plus favorable par rapport à l'autonomie professionnelle, que les milieux hospitaliers. Les écrits de Kramer et Schmalenberg (1991) et Dussault et al. (2001) vont dans le même sens en indiquant que l'autonomie professionnelle se caractérise, tant par la capacité de prendre des décisions face à tous les aspects cliniques de la pratique des soins infirmiers, que par une autonomie organisationnelle. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2005) et MacDougall (1997) soulignent d'ailleurs que les infirmiers choisissent cette profession pour l'autonomie qu'elle offre dans tous les secteurs d'activités. En définitive, l'infirmier œuvrant en santé communautaire a le sentiment d'avoir le contrôle sur sa pratique professionnelle, contribuant ainsi à une qualité de vie au travail.

La satisfaction au travail

La satisfaction au travail traduit une sensation agréable de bonheur qui s'apparente à la notion de bien-être, de plaisir, d'agrément et de joie à effectuer son travail sans y vivre de tracasseries; elle constitue un élément clé pour le maintien et l'optimisation de la qualité de vie au travail des infirmiers. En effet, les résultats de la

présente étude révèlent l'importance que revêt, pour les infirmiers en CLSC, le fait de se sentir satisfaits au travail. Ce constat est confirmé par les propos d'Alexandre, qui déclare : « [...] *pour moi, la qualité de vie au travail passe par la satisfaction. Si tu te sens satisfait de ton travail à la fin de la journée, tu auras une bonne qualité de vie au travail.* » Ces propos vont dans le même sens que les résultats des travaux de l'AIIC (2002) portant sur les indicateurs de la qualité de vie au travail, d'une part et, d'autre part, des travaux de Dussault et al. (2001) selon lesquels, la satisfaction au travail est généralement associée à la qualité de vie au travail.

Le bien-être au travail laisse également présager une satisfaction au travail chez les infirmiers. Ce résultat corrobore les dires de Wilcock et al. (1998) qui rapportent que le bien-être représente une perception individuelle faisant référence à un état de bonheur, d'estime de soi et de santé physique et mentale. En accord avec la philosophie du *caring* de Watson (1988, 2005), ce bien-être peut symboliser une harmonie entre les différentes sphères de la personne : le corps, l'âme et l'esprit. Pour Watson (1988, 2005), l'esprit (le savoir et les émotions) est le point de départ à partir duquel l'individu peut accéder à son corps et à son âme. Il est à noter que les participants interviewés accordent une importance égale au corps et à l'esprit comme sources de bien-être au travail.

Il ressort aussi de l'étude que le fait de travailler au domicile des clients favorise la satisfaction au travail des infirmiers. Les participants disent aussi éprouver, d'une part, du plaisir à travailler auprès d'une clientèle diversifiée et prodiguer, d'autre part, une grande variété de soins et services. Pierre l'exprime clairement : « *Pour moi, intervenir au domicile du patient me donne du plaisir. Cela me donne un sentiment de satisfaction et augmente l'estime que j'ai en tant qu'infirmier.* ». Il apparaît donc que le travail au domicile des clients constitue pour les participants une importante source de satisfaction au travail. Il en découle ainsi que le fait d'exercer au domicile du client contribue à la qualité de vie au travail. Enfin, mentionnons qu'après consultation des écrits scientifiques, aucune étude n'a pu établir de lien entre le plaisir à travailler au domicile des clients et la qualité de vie au travail. Il s'agit là d'un élément novateur de la présente étude.

L'environnement de travail sain

Les participants mentionnent qu'un environnement de travail sain et réceptif à leurs besoins en termes de support professionnel s'avère essentiel à l'établissement de rapports humains au travail et harmonieux sur les plans physique, social et psychologique. Un environnement de travail de qualité est défini comme un milieu permettant à l'infirmier d'être en mesure de s'ajuster et de s'intégrer au travail. Le fait de travailler dans un environnement propice aux conditions de travail favorables, à l'humour, à l'ouverture, à la communication et offrant des opportunités d'échanges professionnels, contribue à l'établissement d'un climat de travail favorisant l'intégration et la croissance personnelle et professionnelle des travailleurs (Cara, 1997 ; Dussault et al., 2001 ; Milligan, 2001 ; Montgomery, 1993). Luc décrit cette situation en déclarant que :

Depuis que je suis au CLSC, je suis très bien, parce que l'ambiance et les conditions sont bonnes et l'environnement favorise mon intégration au travail. Cela me permet de m'ajuster dans mon milieu de travail et de pouvoir m'épanouir. [...] en milieu communautaire, je trouve que le caring est plus présent.

Ce résultat corrobore les écrits de Blythe, Baumann, O'Brien-Pallas et Butt (2003), Dussault et al. (2001), Gascon (2001), O'Brien-Pallas et Baumann, (1992) ainsi que de Lavoie-Tremblay et al. (2003) rapportant qu'un environnement de travail qui permet au personnel soignant de se réaliser pleinement, crée un milieu stimulant, influençant positivement la qualité de vie au travail ainsi que l'épanouissement au travail.

Les résultats de l'étude permettent, dans un premier temps, d'établir un lien entre le *caring* et la qualité de l'environnement de travail et mettent en évidence également, qu'un milieu qui préconise des conditions de travail favorables ainsi qu'une approche humaine de l'organisation permet aux infirmiers de s'épanouir et de bénéficier d'une qualité de vie au travail. Dans son étude auprès de 45 professionnels de la santé, Montgomery (1993) obtient des résultats semblables; elle indique qu'un milieu de travail empreint de *caring* contribue à promouvoir l'estime de soi et l'épanouissement des soignants. Finalement, Alderson (2004a, 2004b, 2005a, 2005b, 2006a, 2006b)

mentionne, dans ses études en psychodynamique du travail, que des conditions de travail favorables constituent une importante source de plaisir et de construction identitaire et, dès lors, de santé mentale au travail.

Les relations infirmiers-gestionnaires empreintes de soutien et de respect

Les résultats de l'étude illustrent combien des relations infirmiers-gestionnaires, empreintes de soutien et de respect, influent positivement sur la qualité de vie au travail des participants. Dès qu'émergent des situations difficiles au travail, les infirmiers souhaitent pouvoir compter sur le soutien des gestionnaires. Pierre le décrit bien en mentionnant :

[...] lorsque ton gestionnaire te reconnaît, te respecte, t'appuie, te consulte au niveau de tes compétences, qu'il est capable de te faire confiance dans des situations difficiles au travail et qu'il prend le temps d'écouter ce que tu as à dire, pour moi, cela facilite mes relations avec lui et m'aide à garder intacte ma qualité de vie au travail.

Les relations infirmiers-gestionnaires empreintes de respect et de soutien s'apparentent à des comportements de *caring* favorisant le développement de la personne au sein de l'organisation et sa qualité de vie au travail. En effet, Gascon (2001) et Watson (2006b) confirment dans leurs travaux que les relations de *caring* au travail passent par l'appui et le respect des gestionnaires; elles permettent aux infirmières de s'épanouir au travail et de se réaliser au sein de la profession. De même, dans son étude phénoménologique, Cara (1997, 1999) conclut que les relations harmonieuses avec les gestionnaires permettent aux infirmières et infirmiers de connaître un sentiment de croissance professionnelle et d'accomplissement au travail. Cette même auteure mentionne que la philosophie de Watson (1988), selon laquelle le *caring* constitue la base des relations interpersonnelles fondées sur la confiance, favorise chez les infirmières et les infirmiers une interaction plus positive avec les gestionnaires. Enfin, à l'instar des travaux de Carlier (2000) et de Dussault et al. (2001), les relations empreintes de soutien et de respect entre les gestionnaires et les infirmiers et infirmières ne peuvent qu'être favorables au développement de la qualité de vie au travail.

Les relations de *caring* avec l'équipe interdisciplinaire

L'émergence de ce thème confirme l'importance de relations harmonieuses et empreintes de *caring* entre les infirmiers et les autres professionnels du CLSC. Les relations interdisciplinaires basées sur des discussions franches, transparentes et respectueuses des compétences de chacun, nourrissent le sentiment de confiance interprofessionnel. Les résultats révèlent que cette relation de *caring*, davantage présente en milieu communautaire qu'hospitalier, est perçue par les participants comme étant propice à la collaboration. Comme l'exprime Luc :

[...] pour moi, le caring dans les relations avec les collègues me semble plus présent en milieu communautaire et cela facilite la collaboration avec les professionnels. À l'hôpital, il est pratiquement inexistant, parce qu'on n'a pas le temps. [...] Le caring prend tout son sens dans mes relations avec les autres professionnels et on a l'impression de travailler dans le respect et en collaboration avec eux.

Ainsi, il apparaît que cette relation interprofessionnelle basée sur le respect des compétences propres à chacun, est gage d'une relation de *caring* entre les divers professionnels au travail et se montre favorable à la collaboration interdisciplinaire. Les participants indiquent que cette collaboration est possible grâce au temps alloué aux rencontres interdisciplinaires. Ce résultat vient confirmer les dires de Duquette et Cara (2000) indiquant que la collaboration entre les intervenants s'installe plus aisément dans un contexte de soins basé sur le *caring* et contribue à une reconnaissance accrue des compétences de chacun. De même, dans son étude sur la structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec, D'Amour (1997) note l'importance de la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe de soins en CLSC, sans toutefois établir de lien avec le *caring*. Watson (1988) souligne aussi l'importance de soutenir le développement des relations de *caring* dans l'équipe interdisciplinaire au travail. Tout en considérant la personne comme un *être-dans-le-monde*, Watson fait référence à la notion de « relation de *caring* transpersonnelle », grâce à laquelle la personne (l'infirmier) aide les collègues à percevoir leur état et à partager les sentiments et les pensées qu'il veut bien leur exprimer. Ce type de relation favorise l'esprit d'équipe entre professionnels (Cara, 1997, 1999; Miligan, 2001). Tout comme l'a

montré Cara (1997), les résultats de la présente étude illustrent que de telles relations interdisciplinaires peuvent contribuer à promouvoir la qualité de vie au travail des infirmiers et à leur épanouissement au sein de la profession.

Le travail en partenariat avec les pairs féminins

Ce sixième thème, décrit par tous les participants, réfère à l'importance d'établir un partenariat avec les pairs féminins en prenant appui sur des rapports sociaux positifs. Bien qu'il existe des écrits portant sur les infirmiers au sein de la profession, il y a peu de données sur leur travail en partenariat avec les pairs féminins et son influence sur la qualité de vie au travail. Les participants soulignent l'importance que revêt pour eux, le fait que les pairs féminins reconnaissent leur savoir professionnel d'infirmier. En effet, ils ne veulent pas être seulement reconnus pour leur force physique; ils souhaitent occuper une place intégrante en tant qu'hommes au sein de la profession infirmière.

Les participants rapportent combien il est primordial pour eux d'avoir, lors de situations conflictuelles avec leurs vis-à-vis féminins, une communication ouverte, franche et constructive. Certains participants ont le sentiment que, contrairement à eux, leurs pairs féminins ne se disent pas tout lors de situations conflictuelles au travail. Alexandre mentionne que : « [...] *lors de conflits au travail, les femmes, entre elles, ne disent pas tout ce qu'elles pensent; il y a des non-dits. Nous, les hommes, sommes plus directs entre nous et pour moi, c'est important pour conserver ma qualité de vie au travail.* » Ainsi, lors de situations conflictuelles, les infirmiers seraient plus directs. En accord avec les résultats des études menées auprès d'infirmiers par Brooks et al. (1996), Evans (2001), Whittock et Leonard (2003) et Wilson (2005), il est important pour les participants d'entretenir des relations de travail harmonieuses avec leurs pairs féminins, par le biais de rapports directs, francs, transparents, empreints de respect et sans arrière-pensées. Cara (1997, 1999) et Miligan (2001) notent aussi l'importance de favoriser une communication ouverte et constructive entre collègues infirmières et infirmiers. En définitive, le travail en partenariat avec les pairs féminins occupe une place importante pour le maintien et le développement de la qualité de vie au travail de l'infirmier. Soulignons qu'aucune des études portant sur les infirmiers n'a, jusqu'à maintenant, établi

de lien entre la qualité de vie au travail et les rapports sociaux infirmiers-infirmières au sein de la profession. Il s'agit là d'un autre aspect novateur de la présente étude.

L'engagement envers les clients et leur famille

Pour les participants, le fait d'accompagner et d'aider les clients ainsi que leur famille et de tout faire pour satisfaire ceux-ci reflète l'engagement de ces premiers dans les soins qu'ils leur dispensent. Cet engagement se traduit également par l'honnêteté dont ils font preuve à l'égard de la clientèle et par leur vision globale du soin. Les participants disent combien cela est gratifiant. Luc exprime ce fait :

[...] lorsqu'on rend le client confortable et qu'on l'accompagne jusqu'à son dernier souffle à la maison, on a le sentiment d'être vraiment engagé dans les soins que l'on donne aux patients. J'ai l'impression d'exercer ma profession d'infirmier et cela favorise ma qualité de vie au travail.

En accord avec les travaux de Watson (1988, 2005, 2006a), cette forme d'engagement correspond à une pratique de soins basée sur le *caring*. Il appert à travers les résultats de l'étude, que l'engagement de l'infirmier dans l'établissement d'une relation d'aide et de confiance avec le client et sa famille favorise sa qualité de vie au travail. La satisfaction exprimée par les clients et leur famille en regard des soins reçus, renforce le sentiment d'engagement des infirmiers et contribue à leur qualité de vie au travail. Alexandre explicite bien ce fait :

[...] l'épouse du client était très contente. Moi, it makes my day! J'étais satisfait d'avoir aidé un client et j'ai évité une hospitalisation. [...] c'est bien important d'avoir le sentiment d'aider les clients et le réseau familial, cela représente pour moi, une forme d'engagement que j'ai comme infirmier, envers le client. C'est cela qui favorise ma qualité de vie au travail.

Ce résultat corrobore ceux de Cara (1997), Roach (1992) et Watson (1988, 2005, 2006a, 2006b) indiquant que les soins infirmiers sont un processus d'humain à humain, empreint d'attitudes essentielles au *caring*, telles que le respect de soi et des autres, la sensibilité ou le souci de l'autre, l'authenticité, la présence, la patience, la confiance et la compétence. Les soins en CLSC revêtent tout leur sens lorsqu'ils sont prodigués de

façon holistique; cette approche favorise en effet, une compréhension accrue des besoins des clients et de leur famille. À l'instar des autres participants, Alexandre confirme bien ce fait : « [...] *Moi je trouve qu'en CLSC, nous avons la possibilité et le temps de soigner toutes les dimensions de la personne malade.* » Tous les participants sont d'avis que la vision des soins communautaires en CLSC offre aux infirmiers une possibilité d'engagement dans les soins par l'entremise de l'enseignement à la clientèle, de la prévention et de la promotion de la santé; cet état de fait contribue à leur qualité de vie au travail.

L'équilibre entre les sphères professionnelle et familiale

L'équilibre professionnel et familial favorise l'épanouissement au travail et contribue à la qualité de vie au travail de tous les infirmiers interviewés, appuyant ainsi les travaux de Cara (1997) et de Whittock et al. (2002) effectués auprès d'infirmières et d'infirmiers. Par exemple, le fait que l'horaire de travail soit adapté aux contraintes et exigences familiales apparaît influencer positivement la qualité de vie au travail. Stéphane décrit ainsi ce besoin d'équilibre : « *Avoir une qualité de vie au travail, je dirais, c'est d'avoir un travail adapté à la famille. Dans mon cas, au CLSC, c'est un horaire de travail qui nous permet de nous adapter aux besoins de la famille.* »

Le soutien de la conjointe et le fait de pouvoir gérer son travail en tenant compte des besoins familiaux sont autant d'éléments primordiaux pour l'atteinte de l'équilibre entre la vie professionnelle et familiale. George évoque l'importance du soutien du conjoint : « *Il y a aussi le support de ma conjointe qui est important pour ma qualité de vie au travail. Alors, l'équilibre entre la famille et le travail va aller de soi. [...] La flexibilité de mon horaire au CLSC me permet de concilier mon travail et ma famille.* » La conciliation travail-famille fait plus précisément référence à la gestion des responsabilités familiales à l'égard des enfants, des parents âgés, d'un membre de la famille handicapé ou d'un partenaire de vie ou conjoint. Ce résultat est en accord avec les travaux de Watson (1999) en ce qui concerne l'atteinte d'un équilibre au point de vue mental, physique et spirituel de la personne au travail. Watson (1999) reconnaît le concept d'équilibre de la personne lorsqu'elle réfère à l'harmonie corps-âme-esprit.

Somme toute, il est intéressant de constater que le soutien de la conjointe et la gestion de l'équilibre travail-famille par la flexibilité des horaires, facilitent l'atteinte de l'équilibre travail-famille des infirmiers et favorisent le maintien de leur qualité de vie au travail (Whittock et al., 2002).

L'essence du phénomène

L'essence de la qualité de vie au travail pour les infirmiers interviewés correspond **à un climat empreint de *caring* qui favorise l'épanouissement de l'infirmier en CLSC en œuvrant pour le maintien de l'harmonie entre les sphères professionnelle et familiale.** Les paragraphes ci-après présentent comment chacun des thèmes soutient l'essence du phénomène de la qualité de vie au travail pour ces derniers.

Premièrement, l'autonomie dans la pratique professionnelle, constitue l'une des valeurs de la philosophie du *caring* (Watson, 1988, 2005) et désigne la marge de manœuvre de l'infirmier lui permettant de s'épanouir au travail. Deuxièmement, la satisfaction au travail, tout comme l'environnement de travail sain et les relations infirmiers-gestionnaires empreintes de soutien et de respect, conduisent également, selon les participants, à la qualité de vie au travail et à l'épanouissement au travail. Ces thèmes réfèrent au contexte socioenvironnemental de l'infirmier au travail. Ceci corrobore le modèle décrit par O'Brien-Pallas et Baumann (1992) où les éléments socioenvironnementaux correspondent au climat organisationnel, aux relations interprofessionnelles, aux relations avec les supérieurs, aux rapports entre les pairs ainsi qu'aux relations avec la clientèle et la famille.

La qualité de vie au travail représente également les deux thèmes suivants, à savoir : les relations de *caring* avec l'équipe interdisciplinaire, empreintes de respect des compétences cliniques de chacun, de même que le travail en partenariat avec les pairs féminins. Ceux-ci contribuent à promouvoir la croissance personnelle et correspondent à des valeurs du *caring*, qui sont autant d'éléments importants afin d'assurer un climat de travail (Cara, 1997, 1999; Turkel, 2003) incitant à des comportements harmonieux (empathie, écoute, ouverture) et conduisant à l'épanouissement des infirmiers. Watson (1988, 2005) indique qu'une pratique de soins infirmiers basée sur le *caring*, nécessite un

contexte socioenvironnemental de soins, caractérisé par le soutien et la collaboration entre les intervenants.

Quant à l'engagement de l'infirmier à l'égard de la personne soignée et de sa famille, les participants se sentent épanouis lorsqu'ils perçoivent que leur engagement, basé sur une vision holistique des soins, procure une satisfaction aux clients et à leur famille. Comme énoncé antérieurement, l'épanouissement de l'infirmier en CLSC s'appuie aussi sur l'équilibre entre les sphères professionnelle et familiale. Finalement, Frederick et Fast (2001) notent que l'atteinte d'un équilibre pour un travailleur, entre sa vie professionnelle et familiale, a pour effet de favoriser son épanouissement au travail et sa qualité de vie au travail.

Les limites et forces de l'étude

Parmi les limites de l'étude, notons que le temps alloué pour réaliser un mémoire explique le nombre restreint de participants. Il est bien évident qu'un plus grand nombre, provenant d'autres milieux de soins, c'est-à-dire des secteurs des soins aigus et de longue durée, auraient permis d'obtenir des données additionnelles relatives au phénomène de la qualité de vie au travail. L'approche salutogénique peut également être une limite de l'étude dans la mesure où elle a orienté les données obtenues dans le cadre des entrevues. Rappelons, en effet, que pour être retenus dans le cadre de l'étude, les participants devaient jouir d'une qualité de vie au travail.

L'une des forces de l'étude se situe au niveau de la richesse des informations obtenues. Celles-ci peuvent aider les organisations à mieux comprendre la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers qui exercent en communauté.

CONCLUSION

Cette étude est la première à utiliser la phénoménologie descriptive auprès d'infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC au Québec dans une perspective salutogénique. En ce sens, les résultats de l'étude apportent une contribution originale au développement des connaissances en administration des services infirmiers entourant le phénomène de la qualité de vie au travail. L'essence du phénomène révèle qu'une

pratique de soins basée sur des valeurs de *caring* favorise l'épanouissement des infirmiers en CLSC et contribue au maintien de l'harmonie entre les sphères professionnelle et familiale. L'approche salutogénique propose aux organisations de santé de s'orienter vers une vision positive et holistique de la santé de l'infirmier dans son contexte socioenvironnemental de travail, faisant ainsi de la promotion de la qualité de vie positive au travail, son cheval de bataille. Manifestement, à l'instar des pairs féminins, les infirmiers doivent être en harmonie corps-âme-esprit pour optimiser et maintenir leur qualité de vie au travail et par le fait même, contribuer à assurer la pérennité dans les soins offerts à la population.

Recommandations pour la pratique, la recherche, la formation et la gestion

Pratique

Les données obtenues soulignent l'importance, pour les infirmiers en CLSC, d'exercer un contrôle sur leur pratique professionnelle ainsi que de participer aux décisions relatives aux soins. Les thèmes et les sous-thèmes révèlent qu'il incombe aux organisations de permettre aux infirmiers d'être partie prenante des décisions relatives à l'exercice infirmier et d'émettre des recommandations en termes de pratique professionnelle. L'une des mesures consisterait à susciter la participation des infirmiers au sein des comités de travail tel que mandaté par le Conseil d'établissement des infirmières et infirmiers (CECII) pour l'amélioration de différents aspects de la pratique professionnelle. Il ressort aussi comme primordial, d'instaurer une philosophie de soins fondée sur les valeurs du *caring*, ce qui serait profitable pour les infirmiers et les infirmières ainsi que pour la clientèle.

Recherche

Il serait opportun, d'une part, de réaliser semblable étude auprès d'infirmiers œuvrant en soins aigus et en soins de longue durée. D'autre part, après avoir investigué la signification de la qualité de vie au travail sous un angle individuel, il serait intéressant d'explorer celle-ci sous un angle collectif auprès des infirmiers œuvrant dans les différentes sphères de la pratique en utilisant l'approche de la psychodynamique du

travail (PDT) qui vise spécifiquement à mieux comprendre l'expérience collective de travail d'un ensemble de travailleurs.

Formation

Il conviendrait aux institutions d'enseignement en soins infirmiers (collégiale et universitaire) d'introduire l'aspect salutogénique de la qualité de vie au travail tout au long des différents programmes de cours. Ainsi, il s'avère essentiel que l'enseignement, à la fois théorique et pratique, prépare les étudiants en leur proposant divers moyens pour maintenir et développer une meilleure qualité de vie au travail. Ce faisant, les éducateurs pourront s'assurer d'intégrer ces valeurs au sein des stages cliniques et des externats de manière à préparer les futurs infirmiers à faire leur entrée sur le marché du travail.

Gestion

Les résultats peuvent aussi guider les décideurs, les cadres supérieurs et intermédiaires œuvrant en CSSS, à mettre en place un programme de qualité de vie au travail. Ces derniers pourraient, par exemple, créer un comité de travail regroupant les différents professionnels, dans lequel les infirmiers participeraient en identifiant, analysant et en proposant des solutions touchant la formation continue, l'aménagement du temps de travail (horaire autogéré, semaine comprimée), le travail interdisciplinaire, le maintien et l'amélioration des conditions de travail (autogestion de la charge de cas, respect du temps supplémentaire, pauses, vacances), le tout ayant pour conséquence d'être salubre pour leur qualité de vie au travail.

Remerciements

Nos sincères remerciements vont aux cinq infirmiers qui ont accepté de participer à cette étude. Nous remercions également les organismes boursiers pour leur soutien financier à cette recherche : le Centre de formation et expertise en soins infirmiers (FERASI) de l'Université de Montréal ainsi que la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ).

Les auteurs

Brousseau Sylvain, inf., M. Sc. inf. © exerce à titre d'infirmier-conseil en prévention et contrôle des infections au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes. Cet article a été rédigé dans le cadre de son mémoire de maîtrise en sciences infirmières (Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal).

Alderson Marie, inf., Ph. D. est professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et directrice de ce mémoire. Elle est également chercheuse au Centre FERASI et au sein du Réseau de recherche en santé et sécurité du travail du Québec.

Cara Chantal, inf., Ph. D. est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et codirectrice de ce mémoire. Elle est également chercheuse au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain (CRIR).

RÉFÉRENCES

- Alderson, M. (2004a). La santé au travail des infirmières en unités de soins de longue durée. L'apport de la psychodynamique du travail. *Infirmière canadienne*, 5(1), 5-11.
- Alderson, M. (2004b). La psychodynamique du travail: objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, XXIX, 1, 239-256.
- Alderson, M. (2005a). La souffrance psychique des infirmières : est-ce pertinent de l'investiguer au moyen de la psychodynamique du travail? *Frontières*, 17(2), 53-58.
- Alderson, M. (2005b). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 80 (mars 2005), 76-86.
- Alderson, M. (2006a). *La psychodynamique du travail : une approche utile en santé mentale au travail*. Dans P. Delmas et M. Mayrand-Leclerc (sous la dir.), *Sortir du management panique. Tome 1 : Préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe*, chapitre 8, pp. 134-146. Collection : Fonction cadre de santé « Gestion des ressources humaines ». Paris : Lamarre.
- Alderson, M. (2006b). *Éclairage psychodynamique de l'expérience collective de travail des infirmières : un apport précieux pour un management avisé*. Dans P. Delmas et M. Mayrand-Leclerc sous la dir.), *Sortir du management panique. Tome 1 : Préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe*, chapitre 9 (tome 1), pp. 147-160. Collection : Fonction cadre de santé « Gestion des ressources humaines ». Paris : Lamarre.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1), 11-18.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2005). Les hommes dans la profession infirmière. *Rapport préparé par Louise Hanvey, consultante*. Ontario, Canada.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2002). Les indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières du Canada. *Rapport d'atelier présenté au Conseil canadien d'agrément des services de santé* par Graham S. Lowe, Université de l'Alberta, Alberta.
- Blythe, J., Baumann, A., O'Brien-Pallas, L-J., & Butt, M. (2003). La qualité de vie au travail et la valeur du travail infirmier. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, M. Mayrand Leclerc, *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 23-36). Québec, Presses Inter Universitaires.

- Bourbonnais, R., Malenfant, T., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., & Sarmiento, J. (2000). Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et infirmiers de l'agglomération de Québec. *Rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)*.
- Brooks, A., Thomas, S., & Droppleman, P. (1996). From Frustration to Red Fury: A Description of Work-Related Anger in Male Registered Nurses. *Nursing Forum, 31* (3), 4-15.
- Cara, C. (1997). Managers' subjugation and empowerment of caring practices: A relational caring inquiry with staff nurses. *Dissertation Abstracts International, 58* (04), 1797. (University Microfilms International No. AAT97-28055).
- Cara, C. (1999). A Relational Caring Inquiry: Nurses' Perspectives On How Management Can Promote A Caring Practice. *International Journal For Human Caring, 3* (1), 22-30.
- Cara, C. (2004). La méthodologie phénoménologique: Une approche qualitative à découvrir. Présentation sous forme de diapositives. Dans Gratton, F., & Cossette, S. Recherche en sciences infirmières (SOI-6103).
- Carlier, P. (2000). Relations entre le soutien au travail, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmiers (es) d'unités psychiatriques en France. *Mémoire de maîtrise*, Université de Montréal : Montréal.
- D'Amour, D. (1997). Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. *Thèse de doctorat*, Université de Montréal : Montréal.
- Delmas, P. (1999). Relation entre la hardiesse, les stratégies de *coping* et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises de réanimation. *Mémoire de maîtrise inédit*, Université de Montréal : Montréal.
- Delmas, P. (2001). Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress perçu et les stratégies de *coping* et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. *Thèse de Doctorat*, Université de Montréal, Montréal.
- Delmas, P., Duquette, A., Bourdeau, M., & Pronost, A-M. (2004). Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. *L'infirmière clinicienne, 1* (1), 12-24.
- Denton, M., Zeytinoglu, I.U., Davies, S., & Lian, J. (2003). *Organizational Change and the Health and Well-Being of Home care Workers*. Final Report. Submitted to Workplace Safety and Insurance Board. Toronto.

- Doran, D., Pickard, J., Harris, J., Coyte, P.C., MacRae, A., Laschinger, H., Darlington, G., & Carryer, J. (2004). Management and Delivery of Community Nursing Services in Ontario: *Impact on the Quality of Care and the Quality of Worklife of Community-based Nurses*. University of Toronto: Toronto, 21 pages.
- Dussault, G., Fournier, M-A., Zanchetta, S., Kérouac, S., Denis, J-L., Bojanowski, L., Carpentier, M., & Grossman, M. (2001). *Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : revue de la littérature, rapport présenté à la table ronde des intervenants en soins infirmiers*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B., & Saulnier, P. (1995). *  tude longitudinale de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Duquette, A., & Cara, C. (2000). Le caring et la santé de l'infirmière. *L'infirmière canadienne*, 1 (2), 10-11.
- Duquette, A., & Delmas, P. (2002). Le travail menace-t-il la santé des infirmières? *Krankenpflege, soins infirmiers*, 12 70-73.
- Elizur, D., & Shye, S. (1990). Quality of work and its relation to quality of life. *Applied Psychology: An International Review*, 39 (3), 275-291.
- Evans, J.A. (2001). Men nurses and masculinities : *Exploring gendered and sexed relations in nursing*. Thèse de Doctorat, Faculté des sciences infirmières, Université de Dalhousie, Nouvelle-Écosse.
- Frederick, J-A., & Fast, J-E. (2001). Aimer son travail: une stratégie efficace pour équilibrer la vie professionnelle et la vie privée. *Tendances sociales canadiennes*, 11 (8), 9-13.
- Gascon, J. (2001). *La signification de la qualité de vie au travail d'infirmières   ouvrant en milieu clinique*. Mémoire de Maîtrise non publié, Université de Montréal : Montréal, Québec.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In: Giorgi, A., ed. *Phenomenology and psychological Research*, 8-22. Pittsburg, PA : Duquesne, Press.
- Giorgi, A. (1997). The Theory, Practice and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure, *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 236-60.
- Giorgi, A. (2000). The Status of Husserlian Phenomenology in caring Research. *Scandinavian Journal caring Sciences*, 14 (1), 3-10.

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés du Canada.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C (1991). Job Satisfaction and retention: Insights for the 1990s, Part. I. *Nursing'91*, 21, 50-55
- Larroco, S.A. (2004). Policies and Practices that Influence Recruitment and retention of Men in Nursing: A grounded Theory Study of Socializing Men into Nursing. Doctoral Dissertation.
- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., & Mayrand-Leclerc, M. (2003). L'environnement de travail : un élément déterminant du bien-être et de la qualité de vie au travail des infirmières. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, M. Mayrand-Leclerc, *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 37-46). Québec, Presses Inter Universitaires.
- MacDougall, G. (1997). Caring: a masculine perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (1), 809-813.
- Marone, C. (2003). Home Health Care Nurses' Perceptions of physician-Nurse Relationships. *Qualitative Health research*, 13 (5), 623-635.
- Miligan, K. (2001). The concept of care in male nurse work: an ontological hermeneutic study in acute hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1), 7-16.
- Montgomery, C.L. (1993). Healing through communication. *The practice of caring*. Newbury Park: sage Publication.
- Moulton, R. A. (2000). Empowerment structures and control over nursing practice by home health nurses. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University.
- O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing Worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration* 5 (2), 12-16.
- Pérodeau, G., Paquette, S., Brissette, L., St-Pierre, C., Bernier, D., & Duquette, A. (2002). L'impact du virage ambulatoire sur les professionnelles de la santé en précarité d'emploi. Dans G. Pérodeau et D. Côté. *Le Virage ambulatoire : Défis et enjeux*. pp. 85-104. Presses de l'université du Québec, Québec.
- Ray, M.A. (1991). Phenomenological method for nursing research. In Wayne State University College of Nursing (Ed.), *Summer research conference monograph: Nursing Theory, Research et Practice*, 163-176. Detroit, WSU Press.
- Roach, M.S. (1992). *The human act of caring*. A blueprint for the Health Profession, (revised edn). Canadian Hospital Association, Ottawa.
- Trudeau, R. (1996). Male registered nurses, 1995. *Health Reports*, 8 (2), 21-27.

- Turkel, M.. (2003). A Journey into Caring as Experienced by Nurse Managers. *International Journal for Human Caring*, 7(1), 20-26.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League of Nursing.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Watson, J. (2006a). Overview of Watson's Theory of Human Caring: Carative factors/caritas processes as guide to professional nursing education and practice. *Danish Clinical Nursing Journal*, 20 (3), 21-27.
- Watson, J. (2006b). Caring theory as ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administrative Quarterly*, 30 (1), 48-55.
- Whittemore, R., Chase, S.K., & Mandle, C.L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health research*, 11 (4), 522-537.
- Whittock, M. et Leonard, L. (2003). Stepping outside the stereotype. A pilot study of the motivations and experiences of males in the nursing profession. *Journal of Nursing Management*, 11, 242-249.
- Whittock, M., McLaren, S., Edwards, C., & Robinson O (2002). "The Tender Trap": Gender, Part-time Nursing and the Effects of Family Friendly Policies on Career Advancement. *Sociology of Health and Illness*, 24(3), 305-326.
- Wilcock, A.A., Van der Arend, H., Darling, K., Scholz, J., Siddall, R., Snigg, C., & Stephens, J. (1998). An exploratory study of people's perceptions and experiences of wellbeing. *British Journal of occupational Therapy*, 61 (2), 75-82.
- Wilson, G. (2005). The experience of males entering Nursing: A phenomenological analysis of professionally enhancing factors and barriers. *Contemporary Nurse*, 20 (2), 221-233.

CHAPITRE 5 – LA DISCUSSION

Dans ce cinquième chapitre, nous présentons une discussion des principaux résultats de l'étude. Cette discussion réfère, principalement, aux écrits scientifiques recensés au deuxième chapitre de même qu'à la philosophie du *human caring* de Watson (1988, 1999, 2001, 2005) retenue comme toile de fond à l'étude. L'analyse des données, présentée au chapitre précédent, a permis l'émergence de 35 sous-thèmes regroupés en huit thèmes représentant la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers en CSSS, mission CLSC et qui déclarent avoir une qualité de vie positive au travail. Les huit thèmes ainsi que les sous-thèmes les plus fréquemment évoqués (appendice N) par les participants sont discutés ci-après. Certains des *verbatim* appuyant la formulation des sous-thèmes sont présentés en appendice O. Finalement, ce chapitre propose des avenues pour la gestion, la pratique, la formation et la recherche en sciences infirmières.

À titre de rappel, les huit thèmes ayant émergé de l'étude sont : 1) l'autonomie dans la pratique professionnelle, 2) la satisfaction au travail, 3) l'environnement de travail sain, 4) les relations infirmiers-gestionnaires empreintes de soutien et de respect, 5) les relations de *caring* avec l'équipe interdisciplinaire, 6) le travail en partenariat avec les pairs féminins, 7) l'engagement envers les clients et leur famille et 8) l'équilibre entre les sphères professionnelle et familiale. L'essence du phénomène est, dès lors, formulée ainsi : **Un climat empreint de *caring* qui favorise l'épanouissement de l'infirmier en CLSC en œuvrant pour le maintien de l'harmonie entre les sphères professionnelle et familiale.**

L'autonomie dans la pratique professionnelle

Relevé et décrit par tous les participants, ce thème constitue un élément essentiel dans le travail quotidien de l'infirmier en CLSC. Les résultats démontrent, en effet, que l'autonomie dans la pratique professionnelle en CLSC favorise une meilleure qualité de vie au travail. Pour les participants interviewés, l'autonomie se traduit par la liberté d'action, l'indépendance et la marge de manœuvre que peut avoir l'infirmier dans le cadre de sa pratique quotidienne, tout en étant imputable envers son organisation. L'infirmier peut alors juger de ce qui lui apparaît prioritaire dans les soins, sur la base de ses compétences professionnelles dans son champ de pratique et ainsi, pouvoir résoudre les problèmes auxquels il fait face. Les résultats de la présente étude corroborent ceux émanant des travaux de l'AIIC (2002), Dussault et al. (2001), Goulet (2002) et Baumann et al. (2001),

qui démontraient que les infirmières et les infirmiers sont considérés comme des personnes dont l'autonomie professionnelle exige compétence, jugement et discernement. En particulier, Goulet (1999a, 2002) ajoutait que cette autonomie professionnelle réfère à une pratique infirmière basée sur des prises de décisions multiples avec des activités précises et réfléchies.

Les écrits de Cockerill et al (2002), de Marone (2003), de Moulton (2000) ainsi que ceux de Jansen et al. (1996) confirment que le fait de travailler au domicile des clients est associé à une plus grande autonomie décisionnelle (professionnelle) en termes de priorité de soins. Par ailleurs, le rapport de l'AIIC (2002) et des travaux de Dussault et al. (2001) confirment que pour les infirmières et infirmiers, l'autonomie dans la pratique professionnelle constitue un indicateur de qualité de vie au travail. Enfin, selon une enquête récente faisant le portrait des hommes dans la profession infirmière, l'AIIC (2005) concluait que les infirmiers choisissent précisément la profession pour l'autonomie qu'elle peut leur procurer. Kramer et Schmalenberg (1991) affirmaient également que cette autonomie se caractérise tant par la capacité de prendre des décisions face à tous les aspects cliniques de la pratique des soins infirmiers que par une autonomie organisationnelle. L'infirmier en CLSC paraît disposer suffisamment de liberté d'action pour prendre des décisions en termes de planification et de priorité dans les soins aux clients. Marone (2003) et Moulton (2000) affirmaient que le travail infirmier à domicile est souvent perçu par les infirmiers et les infirmières comme un milieu plus favorable en termes d'autonomie professionnelle que les milieux hospitaliers.

Le thème de l'autonomie dans la pratique infirmière regroupe cinq sous-thèmes, soit : 1) un encadrement souple, 2) l'autogestion au travail, 3) la latitude décisionnelle, 4) la détermination dans la résolution de problèmes et 5) les priorités dans les activités de soins. Seuls les trois sous-thèmes les plus souvent évoqués par les participants sont discutés dans la prochaine section.

L'encadrement souple

Décrit par tous les participants, l'encadrement souple et flexible de l'exercice infirmier en CLSC s'avère d'une importance cruciale pour le maintien de la qualité de vie au travail. Il appert que ce type d'encadrement leur permet de jouir d'une plus grande

autonomie professionnelle et de se sentir utiles au travail. Ils ont le sentiment d'assumer les responsabilités inhérentes et propres à leur profession, sans se sentir surveillés par les administrateurs et ce, tout en étant imputables de leurs faits et gestes. Les résultats de la présente étude appuient ceux de l'étude longitudinale de Marsland, Robinson et Murrels (1996) et des travaux de Denton et al. (2003) et de Doran et al. (2004). En effet, ces divers auteurs rapportaient déjà que le travail infirmier en communauté est souvent perçu, par les infirmières et infirmiers, comme un milieu de travail plus flexible que le milieu hospitalier. Il y a donc lieu de penser que le milieu communautaire offre une plus grande souplesse en termes d'encadrement des soins et favorise une gestion plus horizontale que verticale, offrant ainsi aux infirmiers une autonomie accrue dans le travail. Marsland, Robinson et Murrels (1996) et Moulton (2000) notaient aussi que le travail dans le secteur communautaire bénéficie d'un encadrement léger et souple qui stimule, soutient et inspire, au lieu de limiter, ordonner et contraindre. Il faut cependant souligner que les administrateurs naviguent dans un univers très réglementé : lois, règlements, directives, conventions collectives, procédures et politiques qui arrivent de toutes parts (ministères, conseils régionaux, associations syndicales et professionnelles, partenaires, population, etc.). En résumé, il peut être dit que l'infirmier œuvrant en santé communautaire trouve l'autonomie dans le cadre de sa pratique en communauté et que le fait de ne pas ressentir la lourdeur institutionnelle contribue à maintenir sa qualité de vie au travail et, par voie de conséquence, son épanouissement au travail.

L'autogestion du travail

Relevé par quatre participants sur cinq, l'autogestion du travail est un sous-thème qui désigne la possibilité, pour l'infirmier en CLSC, de décider des horaires de travail et d'administrer soi-même l'organisation de son travail au quotidien. Ces résultats corroborent les propos de plusieurs auteurs, dont l'AIIIC (2002), Baumann et al. (2001), Kramer et Schmalenberg (1991) ainsi que Moulton (2000). Par exemple, Baumann et al. (2001) ainsi que Kramer et Schmalenberg (1991) rapportaient que les horaires de travail autogérés (*self scheduling*) et la planification de l'organisation des soins par les infirmiers leur permettent d'exercer une pratique professionnelle plus autonome et d'avoir un certain contrôle sur les soins à la clientèle. Turcotte (1988) ajoutait que l'autogestion donne aux travailleurs la possibilité d'utiliser leurs habiletés, leurs champs de compétences et leurs qualifications, en

plus de faire preuve de créativité et d'innovation dans la façon d'organiser leur horaire et dans la planification de leurs vacances. Les résultats des travaux d'O'Brien-Pallas et Baumann (1992) abondaient dans le même sens. Ces auteurs démontraient qu'une plus grande liberté dans la gestion du travail constitue une caractéristique importante pour le maintien de l'autonomie de l'infirmier et favorise une plus grande reconnaissance de ses compétences ainsi qu'une forme de pouvoir décisionnel quant à la façon de gérer son propre travail. La notion d'autogestion a également été mentionnée dans l'étude de Moulton (2000); il y est dit que l'autogestion fait appel à des fonctions dites indépendantes, c'est-à-dire, à la gestion des activités telles que la planification des soins, l'enseignement à la clientèle et la relation d'aide auprès des clients et des familles. Les résultats de l'étude de Gascon (2001) mentionnaient également que ces fonctions se retrouvent principalement en CLSC et, plus précisément, dans le cadre du soutien à domicile. Les travaux de l'AIIC (2005) et ceux d'Evans (1997, 2001) révélaient que cette autogestion tant recherchée par les hommes désireux d'œuvrer en soins infirmiers s'avère compatible avec les attributs masculins. Les hommes qui choisissent la profession infirmière le font parce qu'ils y voient une possibilité de gérer leur propre travail au quotidien (Evans, 1997; Larroco, 2004). En résumé, il peut être énoncé que le milieu de travail doit promouvoir la créativité, l'innovation et l'autonomie et mobiliser le potentiel de l'infirmier (AIIC, 2002; Cara, 1997, 1999) afin de contribuer à préserver sa qualité de vie au travail.

La latitude décisionnelle

Quatre des cinq participants ont souligné l'importance de cette dimension, eu égard à leur qualité de vie au travail et à leur accomplissement professionnel : le fait de disposer de suffisamment de liberté d'action pour prendre des décisions en matière de gestion des soins (planification des soins, ajustement des traitements et évaluation des soins) est identifiée par les participants comme un élément important. Aiken (1998) et Chalfant (1998) avaient déjà identifié ce fait en rapportant que la latitude décisionnelle émerge comme l'un des aspects primordiaux de la pratique professionnelle clinique de l'intervenant de première ligne. Kramer et Schmalenberg (1991) indiquaient que la latitude décisionnelle se caractérise, tant par la capacité de prendre des décisions au regard de tous les aspects cliniques de la pratique des soins infirmiers, que par une autonomie organisationnelle. De plus, Baumann et al. (2001) et Dussault et al. (2001) soulignaient que le personnel infirmier fournit un meilleur

rendement et démontre davantage de loyauté envers ses employeurs lorsque ceux-ci reconnaissent sa compétence professionnelle, laissant place à la latitude nécessaire pour qu'il exerce un certain contrôle sur sa vie professionnelle. De cette façon, il est libre de pratiquer en utilisant, optimisant et valorisant l'ensemble de ses connaissances en soins infirmiers (Mayrand-Leclerc, 2003). L'engagement de l'infirmier dans le contrôle des activités et l'évaluation des résultats de soins lui permet également de prendre sa place au sein de l'organisation. Il est loisible de croire que le contexte du travail infirmier en CLSC facilite cette latitude décisionnelle; elle permet à l'infirmier de planifier et d'organiser le suivi des clients et de décider quel membre de l'équipe de soins accomplira telle ou telle tâche. Somme toute, cette latitude décisionnelle est garante du maintien ou du développement de la qualité de vie au travail des infirmiers œuvrant en mission CLSC.

La satisfaction au travail

La satisfaction au travail est un deuxième thème identifié comme fondamental par tous les participants pour le maintien et l'amélioration de leur qualité de vie au travail. En effet, les résultats de la présente étude révèlent l'importance, pour les infirmiers en CLSC, d'être satisfaits dans leur travail au quotidien. Ces résultats corroborent les travaux de l'AIC (2002), de Al Ma'aitah et al. (1999a, 1999b), de Dussault et al. (2001), de Gascon (2001) et de Turcotte (1988), selon lesquels la satisfaction au travail est généralement synonyme d'une meilleure qualité de vie au travail. Les résultats de la présente étude indiquent que la satisfaction au travail constitue une sensation agréable qui s'apparente à la notion de plaisir, d'agrément et de joie à effectuer son travail. De plus, le fait de ne vivre aucun tracas dans le cadre de son travail quotidien, favorise l'estime de soi. En accord avec Turcotte (1988), il apparaît que cette satisfaction aide également la personne à s'épanouir pleinement au travail. Les études de Gascon (2001) et de Dussault et al. (2001) énonçaient également que, pour les pairs féminins, la satisfaction favorise un sentiment positif qui s'apparente aux notions de confort et de plaisir associées au travail infirmier.

Selon les participants à la présente étude, le fait d'exercer dans la communauté contribue à une qualité de vie au travail accrue; celle-ci les incite ensuite, à s'investir davantage dans les soins prodigués à la clientèle qu'ils ne l'auraient fait s'ils exerçaient en milieu hospitalier. En effet, contrairement au milieu hospitalier, le travail en CLSC enrichit,

aux dires des participants, le travail infirmier dans la mesure où il permet de mieux approcher les dimensions humaines du client et de lui fournir des soins dans son environnement personnel. Cet état de fait serait générateur, selon ces derniers, d'une grande motivation et valorisation professionnelles. Enfin, la satisfaction du travail bien fait et de qualité des infirmiers interviewés leur permet également de s'accomplir au travail, ce qui a pour effet d'influencer positivement le développement et le maintien d'une qualité de vie au travail. Mentionnons que ce deuxième thème en importance, décrit par les participants, est constitué de cinq sous-thèmes, soit : 1) le sentiment de bien-être au travail, 2) le plaisir de travailler au domicile des clients, 3) la valorisation professionnelle, 4) l'accomplissement au travail et 5) la motivation par le travail. Seuls les trois sous-thèmes ayant été les plus fréquemment évoqués par les participants sont discutés dans la prochaine section.

Le sentiment de bien-être au travail

Le sentiment de bien-être au travail, exprimé par tous les participants, constitue une sensation agréable de bonheur qui s'apparente à la notion de plaisir, d'agrément, de joie à effectuer son travail d'infirmier en CLSC, favorisant également l'épanouissement au travail. Ces résultats corroborent les résultats de l'étude exploratoire de Wilcock, Van der Arend, Darling, Scholz, Sidall, Sigg et Stephens (1998) indiquant que le bien-être représente une perception individuelle faisant référence à un état de bonheur, d'estime de soi et de santé physique ainsi que mentale. Watson (1988, 1999) ajoute que ce bien-être peut symboliser une harmonie entre les différentes sphères de la personne, soit le corps-âme-esprit. Le sentiment de bien-être décrit par les participants permet à ceux-ci de s'épanouir pleinement et de trouver une satisfaction au travail.

L'étude de Gascon (2001) identifiait des résultats semblables chez les pairs infirmières. L'auteure rapportait que le bien-être psychologique au travail représente, pour celles-ci, bonheur, bonne humeur, satisfaction et joie à accomplir leur travail au quotidien. Les données obtenues dans le cadre de la présente étude portent à croire qu'il importe que l'organisation favorise et aide les infirmiers à maintenir un niveau optimal de qualité de vie au travail; celui-ci correspond pour les participants interviewés à un état de bien-être physique, spirituel, professionnel, intellectuel, social et émotif. Il apparaît à travers les résultats que pour avoir une saine qualité de vie au travail, les infirmiers doivent se sentir

bien psychologiquement et physiquement. Ainsi, le bien-être au travail constitue un élément clé de la satisfaction au travail et, du même coup, de la qualité de vie au travail.

Le plaisir de travailler au domicile des clients

Le sous-thème du plaisir de travailler au domicile des clients, évoqué par quatre des cinq participants, s'avère être un élément majeur associé à la satisfaction au travail. Les résultats de l'étude illustrent que le fait de travailler au domicile des clients leur procure un sentiment de plaisir. Comme déjà mentionné, il apparaît que lorsque les infirmiers exercent au domicile du client, cela leur permet de s'investir entièrement dans les soins, dans la mesure où ils sont amenés à explorer toutes les dimensions humaines de la personne dans son environnement personnel. Les participants disent être choyés de travailler au domicile des clients; ce fait induit et génère du plaisir au travail. Ce résultat rejoint les dires de Carpentier-Roy (1995) à propos des éléments structurants et des espaces de liberté qui rendent possible l'accès au plaisir. Ces espaces de liberté seraient possiblement plus présents ou plus accessibles au domicile des clients. Les participants soulignent d'ailleurs qu'ils ont choisi d'exercer à domicile plutôt qu'en milieu institutionnel afin d'être loin des structures bureaucratiques. Ils notent également que le fait de se retrouver dans l'environnement personnel des clients leur permet de bien évaluer les besoins de ceux-ci, d'ajuster leurs interventions à cet environnement spécifique et ainsi, d'exploiter au maximum leur plein potentiel dans la pratique des soins infirmiers. Ces résultats corroborent ceux de l'étude de Doran et al. (2004), Marone (2003) et de Moulton (2000) à l'effet que les infirmières et infirmiers œuvrant en santé communautaire, disent ressentir une plus grande satisfaction et davantage de plaisir lorsqu'ils pratiquent au domicile des clients. Bige et al. (2001) indiquaient, par ailleurs, que le plaisir au travail est, d'une part, un élément indispensable à la création d'une dynamique positive des équipes de professionnels et qu'il promet, d'autre part, la qualité de vie au travail de l'infirmier.

Selon l'étudiant-chercheur, le « plaisir », lié au fait de travailler au domicile des clients, contribue à une satisfaction personnelle et professionnelle favorisant, à son tour, une qualité de vie au travail. La qualité de vie au travail des infirmiers s'en trouve, par le même fait même, soutenue, ce qui a, en bout de ligne, des conséquences bénéfiques pour les clients. Ainsi, le contexte de travail au domicile des clients apparaît donc une source de satisfaction au travail pour les infirmiers. Tous ces éléments s'avèrent être, pour eux, un

avantage indéniable par rapport au contexte de soins en milieu institutionnel. Donc, le fait d'exercer au domicile du client contribue, par le fait même, à une meilleure qualité de vie au travail.

La valorisation professionnelle

La valorisation professionnelle est l'un des sous-thèmes décrit par quatre des participants sur cinq. Les résultats de l'étude révèlent que pour acquérir une valorisation professionnelle, c'est-à-dire d'être reconnu et soutenu par l'organisation dans laquelle œuvre les infirmiers, il s'avère important pour les participants que l'employeur permette aux individus de participer à l'élaboration des politiques et procédures en matière de soins en CLSC. Cette valorisation se reflète également dans la contribution de l'infirmier faisant appel à son expertise dans la mise en place des équipes de soins dans l'organisation du travail. De même, un des participants évoque se sentir privilégié et, par le fait même, valorisé d'avoir accès à un espace de travail privé (bureau fermé) au CLSC, lui permettant, d'une part, d'échanger en toute intimité avec la clientèle et, d'autre part, de discuter de cas en toute confidentialité avec les collègues de travail. Les résultats de la présente recherche portent à croire que la reconnaissance accordée par le milieu contribue à la valorisation professionnelle et engendre une satisfaction au travail. Ces résultats font voir le lien qui existe entre la valorisation professionnelle, la satisfaction au travail et son impact positif sur la qualité de vie au travail des infirmiers en CLSC. Ces résultats réaffirment les travaux de l'AIIC (2002), de Baumann et al. (2001) et de Dussault et al. (2001) ainsi que le rapport du *Canadian Nursing Advisory Committee* (2002). Ce dernier démontrait que la viabilité de la profession infirmière et la satisfaction de ses membres dépendent de la valeur accordée par l'employeur à la valorisation du travail infirmier. En résumé, il peut être dit que selon les données recueillies, la contribution de l'infirmier dans l'organisation et la reconnaissance de l'expertise infirmière, engendrent une valorisation professionnelle et sont génératrices d'une satisfaction et d'une qualité de vie accrue au travail.

L'environnement de travail sain

Ce thème, décrit par tous les participants interviewés, indique l'importance que revêt pour les infirmiers le fait d'exercer leur profession dans un environnement de travail de qualité; un environnement de travail sain contribue, selon eux, à la qualité de vie au travail.

Ils notent qu'un milieu de travail sain apparaît essentiel à l'établissement de rapports de travail agréables sur les plans physique, social et psychologique. Les résultats de la présente étude corroborent ceux des travaux de Baumann et al. (2001), de Dussault et al. (2001), de Mayrand-Leclerc (2003), d'O'Brien-Pallas et Baumann (1992), de Lavoie-Tremblay, Viens et Mayrand-Leclerc (2003) et du *Canadian Nursing Advisory Committee* (2002). Ces travaux rapportaient qu'un milieu de travail qui soutient professionnellement ses membres et leur permet de s'accomplir au travail favorise leur rétention et crée un environnement stimulant ; il s'agit-là d'un milieu sain favorisant le maintien de la qualité de vie au travail.

Les résultats de la présente étude permettent également d'établir un lien entre le *caring* et la qualité de l'environnement de travail : un milieu de travail empreint de comportements de *caring* est propice à un environnement de travail sain. Montgomery (1993) obtenait des résultats semblables; cette dernière indiquait, en effet, qu'un milieu de travail, présentant des comportements de *caring*, contribue à promouvoir l'estime de soi et permet au personnel infirmier de s'épanouir. L'environnement de travail en CLSC aurait, aux dires des participants, tendance à favoriser la croissance personnelle au travail. Cet élément s'avère corroboré par les travaux de Dussault et al. (2001) et de l'article de Roch et Duquette (2003), lesquels notaient qu'une pratique de *caring* envers soi et envers autrui offre une contribution importante à la création d'un environnement de travail propice au maintien et à la promotion de la santé de l'infirmière et de l'infirmier.

Les données recueillies dans le cadre de la présente étude indiquent clairement qu'un climat sain dans l'organisation contribue à un esprit d'équipe de travail entre les employés (Turcotte, 1988; Sherwood, 2003), favorisant la motivation (Delmas, Duquette, & Pronost, 2003 ; Mayrand-Leclerc, 2003 ; Larocco, 2004; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992), conduisant à une meilleure performance (Dussault et al., 2001) et, par conséquent, à une meilleure qualité de vie au travail pour ceux-ci, tout en étant bénéfique pour l'organisation (Lavoie-Tremblay et al., 2003 ; Mayrand-Leclerc, 2003). L'émergence du thème de l'environnement de travail sain peut être associé au huitième facteur caratif de Watson (1988, 2005). Ce facteur réfère à un environnement de travail qui encourage un milieu de soutien, de protection et/ou de modification de l'état à la fois mental, physique, socioculturel et spirituel de l'individu. L'étudiant-chercheur considère que ce facteur pourrait être favorable à la transformation de certains éléments de l'environnement dans lequel l'infirmier

évolue, facilitant ainsi un mieux-être qui, du même coup, influence positivement sa qualité de vie au travail. Ce troisième thème en importance, « l’environnement de travail sain », représente la synthèse de quatre sous-thèmes, soit : 1) les éléments facilitant les ajustements au travail, 2) l’humour au travail, 3) les conditions de travail favorables et 4) les ressources humaines et matérielles suffisantes. De ces quatre sous-thèmes, seuls les trois s’étant le plus fréquemment illustrés sont discutés dans la section suivante.

Les éléments facilitant les ajustements au travail

Ce sous-thème, décrit par tous les participants, réfère plus précisément à la marge de manœuvre dont ils disposent dans le milieu de travail pour être en mesure de s’ajuster et de s’intégrer à leur environnement de travail. Par exemple, le fait de pouvoir travailler dans un endroit empreint d’ouverture, de respect mutuel, d’échange d’expériences professionnelles, de transfert de l’information et offrant aux intervenants les divers outils nécessaires à leur apprentissage, facilite l’ajustement de l’infirmier dans son milieu de travail. Ainsi, selon l’AIC (2002), le *Canadian Nursing Advisory Committee* (2002), Dussault et al. (2001), Lavoie-Tremblay, Viens et Mayrand-Leclerc (2003), Sherwood (2003) et Turcotte (1988), un milieu de travail qui favorise la transmission de l’information entre professionnels permet aux personnes de se réaliser, de s’intégrer au travail et de procurer des soins de qualité à la clientèle.

Les résultats de la présente étude confirment ceux obtenus par Gascon (2001) auprès d’infirmières québécoises œuvrant en milieu clinique, à l’effet qu’un environnement de travail qui préconise une approche humaine au sein de l’équipe de soins aide l’infirmière soignante à s’épanouir et à maintenir une qualité de vie au travail. En définitive, un milieu de travail qui offre la possibilité aux infirmiers de se réaliser, de s’intégrer au travail, de s’épanouir dans un environnement de travail sain s’avère un élément déterminant pour le maintien d’une qualité de vie au travail pour ces derniers.

L’humour au travail

Exprimé par quatre des cinq participants, l’humour au travail permet, selon ces derniers, de créer et de maintenir un climat de travail sain, satisfaisant et efficace. Ainsi, il apparaît que le rire au travail permet de prendre du recul, de se détendre et de reprendre ensuite le travail dans un état d’esprit positif. Selon les participants, il sert aussi à stimuler

l'enthousiasme professionnel tout en améliorant la communication au travail. Que ce soit sous la forme de plaisanteries échangées à la salle de repas ou lors des pauses, l'humour au travail permet d'alléger l'atmosphère, de provoquer un sourire, de faciliter les échanges, de s'amuser et de créer des liens entre confrères et consœurs de travail. De plus, il permet de prendre du recul face au travail et procure le sentiment de travailler dans un environnement stimulant et serein.

Les résultats recueillis dans le cadre de la présente étude illustrent que l'humour contribue à l'établissement d'un état d'esprit positif chez les infirmiers, ce qui favorise une meilleure atmosphère de travail. L'humour au travail apparaît donc souhaitable en autant qu'il soit utilisé à bon escient et ne heurte pas les sentiments de personne. Les résultats de l'étude de Dienstbier (1995) et de Hayden-Miles (2002) confirmaient que l'humour permet de maintenir un bon climat de travail en dirigeant l'attention des personnes du groupe vers des pensées agréables. Elles ajoutaient que c'est une puissante technique de distraction qui permet de prendre temporairement une distance par rapport à une préoccupation, de marquer une pause pour mieux faire face aux problématiques vécues au travail. L'humour contribue également à diminuer l'anxiété et l'inconfort (Dienstbier, 1995). Les résultats de l'étude phénoménologique de Reeder (1991b), portant sur la signification de l'humour chez des travailleurs de différents milieux de travail, révélaient à quel point il est important d'y avoir recours dans des situations difficiles. Cette auteure mentionnait qu'il permet aux personnes de se maintenir en santé, tout en étant cohérentes avec elles-mêmes, c'est-à-dire : entre ce qui est vécu et perçu. Cette auteure évoquait également qu'il est important pour l'individu d'être en mesure de reconnaître ses erreurs et de rire de soi. L'étudiant-chercheur partage ce point de vue. En résumé, l'humour « de bon ton » au travail peut contribuer à la qualité de vie et à un climat de travail sain pour le personnel infirmier.

Les conditions de travail favorables

Les conditions de travail favorables constituent un sous-thème évoqué par la majorité des participants (quatre sur cinq). Celles-ci apparaissent propices à un environnement de travail sain et par conséquent, au maintien d'une saine qualité de vie au travail. Par conditions de travail favorables, les participants entendent principalement : le respect des conventions collectives, une charge de travail adaptée, un espace de travail adéquat et personnalisé, la prise en compte du temps supplémentaire, le respect des temps de pauses et,

finalement, le fait de disposer de suffisamment de temps pour accomplir un travail de qualité. A l'instar de plusieurs recherches (AIIC, 2002 ; Delmas, 1999 ; Dussault et al., 2001; Gascon, 2001 ; Lavoie-Tremblay, Viens, & Mayrand-Leclerc, 2003 ; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992), les résultats de la présente étude illustrent qu'un environnement de travail sain passe par des conditions de travail favorables ; il s'agit-là d'un élément déterminant pour le développement d'une qualité de vie accrue au travail, laquelle influe finalement positivement sur l'optimisation de celle-ci.

Les résultats de la présente étude corroboraient les résultats de diverses études antérieures (Baumann et al., 2001 ; Dussault et al., 2001; *Canadian Nursing Advisory Committee*, 2002; Gascon, 2001; Lavoie-Tremblay et al., 2003; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992). Ces auteurs énonçaient que des conditions de travail favorables constituent un élément clé pour le développement et l'optimisation de la qualité de vie au travail. Contrairement aux résultats de la présente étude, Pérodeau et al. (2002) ainsi que Lamontagne (1998), qui ont effectué leur recherche auprès d'infirmières en CLSC, rapportent qu'aux dires des participantes, les conditions de travail se sont détériorées suite au virage ambulatoire et à des changements organisationnels; elles perçoivent une déshumanisation des soins ayant pour effet de créer un milieu de travail de piètre qualité. Un milieu protégeant les conditions de travail et qui opte pour une approche plus humaniste dans l'organisation des soins amène les soignants à mieux s'épanouir et favorise le maintien d'une qualité de vie au travail. Pour sa part, Alderson (2004a, 2004b, 2005a, 2005b, 2006a, 2006b) indiquait, dans ses études en psychodynamique du travail, que des conditions de travail favorables constituent une importante source de plaisir et de construction identitaire et, dès lors, de santé mentale au travail. En accord avec Dussault et al. (2001), l'étudiant-chercheur est d'avis que l'organisation du travail en CLSC doit préconiser et préserver autant que possible une philosophie de gestion humaine et proche des personnes. En résumé, les conditions de travail favorables s'avèrent être l'un des éléments indispensables pour le maintien et le développement d'une qualité de vie au travail en CLSC.

Les relations infirmiers-gestionnaires empreintes de soutien et de respect

Ce thème souligne l'importance pour les participants interviewés d'entretenir des relations empreintes de soutien et de respect. Les résultats obtenus dans le cadre de la

présente étude illustrent que ces relations, lorsqu'elles sont empreintes de soutien et de respect, ont une influence positive sur leur qualité de vie au travail. De plus, ces relations, lorsqu'elles sont réciproques, entraînent l'établissement d'une relation de confiance entre l'infirmier et le gestionnaire. Cette relation de confiance s'avère un élément déterminant de la qualité de vie au travail, selon les participants interviewés. Ils soutiennent que lorsqu'ils vivent des situations difficiles au travail, ils doivent pouvoir compter sur le soutien des gestionnaires et se référer à eux, si nécessaire. Mentionnons qu'un gestionnaire qui témoigne du respect et du soutien vis-à-vis le personnel soignant, fait preuve de *caring*. Cette attitude de *caring* de la part du gestionnaire dans sa relation à l'égard de l'infirmier favorise le développement de la personne au sein de l'organisation et, par conséquent, sa qualité de vie au travail.

En effet, selon l'étude phénoménologique descriptive effectuée par Gascon (2001) sur la qualité de vie au travail effectuée auprès de cinq infirmières québécoises, les relations de *caring* au travail passent, entre autres, par l'appui et le respect des gestionnaires, puisqu'elles leur permettent de s'épanouir au travail et de se réaliser au sein de la profession. De même, Baumann et al. (2001), Cara (1997), Dussault et al. (2001) ainsi que Duquette et Carlier (2001) concluaient que d'excellentes relations avec les gestionnaires permettent aux infirmières et aux infirmiers d'établir des rapports professionnels satisfaisants, favorisant leur qualité de vie au travail. Les participants indiquent que lorsque le gestionnaire apporte son soutien à ses employés et se montre empathique aux besoins exprimés dans le cadre d'une situation vécue au travail, les infirmiers développent un sentiment de loyauté mutuelle. Ces résultats corroborent ceux des études de Al-Ma'aitah et al. (1999a, 1999b), de Duquette et Carlier (2001) ainsi que de Gascon (2001). Ces divers auteurs rapportaient que les infirmières et infirmiers ont besoin du soutien des supérieurs lorsqu'ils souhaitent exprimer des sentiments négatifs au travail (colère, conflits au travail, détresse émotionnelle, frustration et insécurité) et que ce soutien contribue à établir un sentiment de loyauté entre les deux personnes. L'étudiant-chercheur est d'avis que ce type de relation de soutien et de respect de la part du gestionnaire, s'apparente également aux valeurs que sous-tend la philosophie du *human caring* de Watson (1988, 2006b), à savoir qu'une mutualité existe dans les relations infirmiers-gestionnaires. Finalement, à l'instar de Cara (1997), les résultats de la présente recherche indiquent que semblable relation de soutien et de respect

entre le gestionnaire et l'infirmier contribue, non seulement à promouvoir le bien-être mental, physique et spirituel de l'employé, mais aussi à offrir des soins de qualité à la clientèle. Ce quatrième thème regroupe les six sous-thèmes suivants : 1) l'appui des gestionnaires, 2) la formation continue encouragée par les gestionnaires, 3) la possibilité de verbaliser les désaccords aux gestionnaires, 4) le transfert aux gestionnaires, des problématiques extérieures au rôle infirmier, 5) la relation de confiance avec les gestionnaires et 6) la reconnaissance de la part des gestionnaires. De ces sous-thèmes, seuls les quatre décrits le plus fréquemment par les participants sont discutés plus particulièrement à la section suivante.

L'appui des gestionnaires

Ce sous-thème s'avère primordial pour la qualité de vie au travail de tous les participants interviewés. En effet, ceux-ci rapportent que lorsque le gestionnaire apporte son appui et se montre sensible à leurs besoins, cela permet d'établir de meilleures relations avec leur supérieur. Les propos des participants valident les écrits de Al-Ma'aitah et al. (1999a, 1999b), de Duquette et Carlier (2001), de Mathieu et Mayrand-Leclerc (2003) ainsi que Gascon (2001), lesquels rapportaient que les infirmières et infirmiers ont besoin de l'appui des supérieurs lorsqu'ils ont besoin d'exprimer les tensions vécues au travail; cela contribue à renforcer la réciprocité dans la relation infirmier-gestionnaire et à accroître la satisfaction et la qualité de vie au travail. Ainsi, la confiance établie entre l'infirmier et le gestionnaire est bénéfique pour la santé des infirmiers et le maintien de leur qualité de vie au travail. L'étudiant-chercheur considère que cet appui s'apparente aux valeurs de *caring* (appui, écoute, présence) qu'a le gestionnaire à l'égard de l'infirmier. Pour Nyberg (1989) et Watson (2006b), le gestionnaire doit créer un milieu de travail qui soutien les valeurs du *caring* spécifiques aux infirmiers; ainsi ils seront stimulés à travailler en interrelation les uns avec les autres tout en demeurant cohérents avec leurs propres valeurs, favorisant ainsi le travail d'équipe (Turkel, 2003). Sherwood (1997) mentionnait que le *caring* constitue la base des relations interpersonnelles qui permet aux infirmiers soignants d'interagir avec les personnes afin de leur offrir l'aide nécessaire pour promouvoir le maintien de leur santé. Les facteurs caratifs de Watson (1988, 2005, 2006a), tels que la relation d'aide et de confiance (facteur n° 4) ainsi que le processus de *caring* créatif visant la résolution de problèmes (facteur n° 6) sous-tendent en quelque sorte les résultats de la présente étude.

Ainsi, l'appui de la part du gestionnaire témoigne de l'intérêt, de la présence et de l'ouverture de celui-ci à connaître l'infirmier soignant et à comprendre ce qui est important pour lui. Quant au processus de *caring* créatif qui vise la résolution de problème, le gestionnaire aide l'infirmier à identifier les problématiques vécues dans le cadre de ses fonctions au sein de l'organisation. Par la suite, le gestionnaire peut les soutenir et les guider à choisir des stratégies d'interventions susceptibles de répondre et à satisfaire leurs besoins. Tout en assurant son appui, le gestionnaire permet le développement du potentiel de l'individu tout en lui laissant la liberté de choisir l'action qu'il juge la meilleure pour résoudre un problème au travail. Cela permet de prévenir chez l'infirmier, un niveau de stress trop élevé, en corrigeant la perception que celui-ci peut avoir de certaines situations. En accord avec l'étude quantitative de Carlier (2000), effectuée auprès d'infirmières et d'infirmiers en France, en milieu psychiatrique, l'appui du gestionnaire lors de conflits au travail réduit les effets néfastes du stress, tels que l'épuisement ou la détresse émotionnelle au travail et, de par son action positive et salutaire, contribue à améliorer leur qualité de vie au travail. Finalement, l'étudiant-chercheur est d'avis que de cette façon, l'appui du gestionnaire à l'égard des infirmiers peut contribuer à maintenir l'harmonie esprit-corps-âme ainsi qu'au développement d'une meilleure qualité de vie au travail.

La formation continue encouragée par les gestionnaires

Reconnu par tous les participants, le soutien des gestionnaires en regard de la formation continue en cours d'emploi s'avère non seulement important pour le maintien des compétences chez les infirmiers, mais également pour renforcer la relation qu'ils ont avec leur supérieur. Ce sous-thème contribue de façon substantielle, affirment les participants, au développement de leur qualité de vie au travail. Ces résultats apparaissent, en partie, comparables à certains écrits.

Par exemple, les résultats de la présente étude corroborent ceux de Gascon (2001). En effet, à l'instar de leurs consœurs, les infirmiers accordent une importance capitale au soutien du gestionnaire pour que celui-ci encourage leurs besoins d'apprentissage en cours d'emploi et ce, de manière à respecter le maintien à jour de leurs compétences en regard des nouvelles pratiques de soins. De plus, la formation continue apparaît essentielle pour améliorer et mettre à jour leurs compétences, dans la mesure où cela n'augmente pas la charge de travail de ces derniers. Qui plus est, dans un contexte de réorganisation des soins,

plusieurs auteurs (Cara, 1997, 1999, 2003; K erouac et al., 2003) soulignaient que le gestionnaire qui respecte la mise à jour des connaissances de ses employés, fait en sorte d'encourager et soutenir le développement professionnel de l'infirmier et voit au renouvellement de la pratique et à l'évolution des savoirs.

Selon Al-Ma'aitah et al. (1999b), Cara (1997), de même que Duquette et Cara (2000), les réformes dans le système de santé ont tendance à générer des conflits (le manque de respect, le mépris ou le sarcasme de l'employeur) qui sont sources de stress, de tensions et d'épuisement professionnel. Dans ce contexte difficile, il importe que le gestionnaire parvienne à créer ou à faire croître chez les infirmiers, le sentiment de compétence, le sens de l'engagement et le sens de la fierté dans le travail quotidien (Baumann et al., 2001 ; Gascon, 2001 ; Roch & Duquette, 2003). Par ailleurs, Goulet (1999b) notait que la fonction éducative est une priorité pour la profession et qu'elle permet aux infirmières et infirmiers de prendre des décisions sur la base des connaissances acquises. Le facteur caratif n  7 de Watson (1988, 2005) va dans le même sens. En effet, l'enseignement-apprentissage interpersonnel peut aider l'infirmier à mieux reconnaître ses propres besoins d'apprentissage. Ainsi, Watson (1988) ajoute que l'apprentissage aide la personne à affronter le stress, ce qui, selon l'avis de l'étudiant-chercheur, contribue à promouvoir une meilleure qualité de vie au travail.

Les résultats de la présente étude illustrent l'importance, pour le gestionnaire, de soutenir la formation continue afin de maintenir et développer l'expertise infirmière en communauté.  tant donné la complexité croissante des soins en santé communautaire, l'étudiant-chercheur est d'avis que le rôle des gestionnaires s'avère être de mettre en place des formations continues et de permettre aux infirmiers de mieux comprendre les nouvelles exigences du travail en communauté; il s'agit d'une pratique basée sur des données probantes (pratiques exemplaires) dans une perspective d'approche populationnelle visant à remettre à l'avant-scène la prévention et la promotion de la santé. Somme toute, les résultats de cette étude appuient l'importance d'encourager et de soutenir le développement des compétences pour être en mesure de répondre à la complexité de plus en plus grandissante des soins infirmiers et faire face à l'évolution rapide de la technologie dans les soins offerts en santé communautaire. Mentionnons, de plus, que le soutien et le respect du gestionnaire

face à la formation continue, s'avère être un élément salubre pour le développement accru d'une qualité de vie au travail des infirmiers.

La possibilité de verbaliser les désaccords aux gestionnaires

Décrite par quatre participants sur cinq, la possibilité de verbaliser les désaccords aux gestionnaires face à une décision ou une situation, contribue à l'établissement d'une relation empreinte de respect et, par conséquent, au maintien de la qualité de vie au travail. Les participants mentionnent qu'il est crucial que les gestionnaires prennent le temps d'écouter leurs éventuels désaccords avec les décisions que ces derniers ont prises en termes d'organisation des services de soins en communauté. Pour les infirmiers, cela exprime une ouverture aux critiques constructives, de la part des gestionnaires. Ainsi, il apparaît que des discussions directes et transparentes avec les gestionnaires, en regard d'une situation complexe dans le cadre du travail, contribuent à l'établissement d'une relation de respect et de soutien à l'égard des infirmiers. Les résultats de la présente recherche appuient ceux des travaux de Turcotte (1988) rapportant que le fait d'établir une communication ouverte, constructive et transparente avec les gestionnaires est favorable à la qualité de vie au travail. Parallèlement, Cara (1997) et Sherwood (2003) soulignaient la primordialité de mettre en place une communication qui fait place à l'ouverture entre les infirmières et les gestionnaires quant aux besoins, aux attentes, à l'administration des soins et des rôles et ce, dans le respect des valeurs et des philosophies de chacune des parties concernées. En résumé, il appert que le fait de pouvoir exprimer des désaccords par rapport à une décision d'un gestionnaire, permet aux infirmiers en CLSC de bâtir une relation respectueuse avec celui-ci, favorisant la préservation de leur qualité de vie au travail.

Le transfert, aux gestionnaires, des problématiques extérieures au rôle infirmier

Ce sous-thème décrit par quatre participants sur cinq réfère au fait d'être capables de reconnaître leurs limites lorsqu'une situation dépasse leurs capacités et de déléguer, référer ou soumettre, dans ces cas, le problème à un gestionnaire. Les participants rapportent que la reconnaissance de leurs propres limites, dans des contextes où ils vivent des situations litigieuses dans le cadre de leur pratique, leur assure une meilleure qualité de vie au travail. L'infirmier en CLSC qui reçoit du soutien de la part du gestionnaire lors des moments

difficiles, prend appui sur l'empathie et l'écoute de ce dernier, ce qui favorise la qualité de vie au travail.

Les participants à cette étude s'accordent majoritairement pour dire qu'il faut, en tant qu'infirmiers professionnels, être en mesure de distinguer les tâches et les problématiques qu'ils sont capables de gérer eux-mêmes de celles qui dépassent leurs compétences et responsabilités; ces dernières doivent être transférées aux gestionnaires. Ce résultat s'apparente au sixième facteur caritatif de Watson (1988). Cette théoricienne affirme que le processus de *caring* créatif visant la résolution de problèmes aide l'infirmier à identifier les difficultés vécues au travail. Cara (1997) reconnaissait également l'importance que le gestionnaire soutienne et guide les infirmiers dans le choix des moyens d'interventions susceptibles de résoudre des situations problématiques vécues au travail. Somme toute, le gestionnaire doit s'assurer du fait que le personnel infirmier travaille dans un environnement permettant un certain contrôle des situations qu'il confronte dans le cadre de ses fonctions (Cara, 1997, 1999 ; Duquette & Carlier, 2001).

La relation de *caring* avec l'équipe interdisciplinaire

Ce cinquième thème, évoqué par tous les participants, confirme que, pour promouvoir la qualité de vie au travail, il est important de vivre, au sein de l'organisation du CLSC, des relations de confiance et des relations harmonieuses avec l'ensemble des autres professionnels. Ainsi, les relations interdisciplinaires basées sur des discussions franches, transparentes et empreintes du respect des compétences de chacun, catalysent la confiance entre collègues, peu importe l'appartenance professionnelle, ce qui, par le fait même, favorise la qualité de vie au travail.

Il est essentiel que cette relation de *caring* soit soutenue par les autres professionnels; pour certains participants, ceci s'exprime par une attitude de collaboration. Cette forme de collaboration dans l'équipe interdisciplinaire fait référence aux collectifs de travail, tels qu'évoqués dans les recherches qualitatives de Carpentier-Roy (1995). Les travaux de cette chercheuse, effectués, entre autres, auprès d'infirmières, démontraient la nécessité de la solidarité et de la coopération interprofessionnelle pour protéger la personne contre l'individualisme, ce qui risquerait de nuire au collectif de travail. Cette coopération, affirme Carpentier-Roy, repose sur la confiance, le respect et l'estime des autres.

Les résultats indiquent également que des relations interprofessionnelles harmonieuses empreintes de respect des disciplines propres à chacun ont pour effet que l'environnement de travail est perçu comme étant plus propice à une pratique de *caring*. Ces résultats confirment les travaux de plusieurs auteurs (Cara, 1997, 1999 ; Duquette & Cara, 2000; Gascon, 2001; Sherwood 2003; Watson, 1988, 2005) révélant qu'un contexte de soins caractérisé par l'esprit d'équipe et la collaboration entre les intervenants encourage une pratique basée sur le *caring* auprès de la clientèle.

Cette relation entre les diverses disciplines en CLSC contribue à une meilleure reconnaissance de la compétence de chacun, créant une cohésion de l'équipe, basée sur l'ouverture, le respect, l'échange, l'écoute et le soutien des divers professionnels présents au sein de l'organisation (Ouandasan et al., 2006). Les infirmiers perçoivent également que ce type de rapport est plus facile à établir dans un contexte communautaire qu'hospitalier et ce, étant donné le temps accordé aux rencontres interdisciplinaires en CLSC. Par exemple, il est possible de croire que la relation de *caring* interdisciplinaire permet aux infirmiers de faire bénéficier le groupe de leur expertise lors de la discussion de cas en rencontres multidisciplinaires. Le contexte du travail en communauté serait, de ce fait, plus propice à des relations de *caring* entre les intervenants et favoriserait une forme de collaboration et d'échange au sein de l'équipe interdisciplinaire (*Community Health Nurses Association of Canada*, 2003; Falk, 2000). Elles impliquent cependant que les collègues des autres disciplines acceptent les sentiments de l'infirmier soignant, sans que celui-ci ne soit jugé ou évalué par eux. Semblable attitude à l'égard de l'infirmier ne peut qu'aider celui-ci à s'épanouir au sein de l'équipe de professionnels, ce qui contribue à favoriser une meilleure qualité de vie au travail.

En résumé, une relation de *caring* interdisciplinaire encourage la collaboration et permet aux infirmiers de s'épanouir au sein de leur équipe, ce qui a pour conséquence de contribuer à leur qualité de vie au travail.

Mentionnons que ce thème comprend quatre sous-thèmes, soit : 1) la relation de confiance avec l'équipe interdisciplinaire, 2) le lien d'appartenance à l'équipe interdisciplinaire, 3) la socialisation avec l'équipe interdisciplinaire et 4) l'écoute de la part de l'équipe interdisciplinaire. Seuls les deux sous-thèmes les plus fréquemment évoqués par les participants sont discutés dans la prochaine section.

La relation de confiance avec l'équipe interdisciplinaire

Décrit par l'ensemble des infirmiers interviewés, ce sous-thème s'avère primordial pour l'établissement d'une relation de *caring* au sein de l'équipe interdisciplinaire et, par le fait même, pour préserver leur qualité de vie au travail. En effet, les résultats ont illustré que des relations basées sur des discussions franches et transparentes, empreintes de respect des compétences de chacun, renforcent le sentiment de confiance entre les collègues, peu importe le type de professionnels, ce qui concourt à l'établissement de relations de *caring* interdisciplinaires.

Les résultats de la présente étude corroborent les travaux d'un certain nombre d'auteurs (D'amour, Sicotte, & Lévy, 1999 ; Gascon, 2001 ; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992 ; Mayrand-Leclerc, 2003; Watson, 2006b) à l'effet que les relations de confiance et de respect au travail dans l'équipe interdisciplinaire occupent une place importante dans le travail en soins infirmiers. Qui plus est, les différents professionnels croient que cette valeur de confiance interprofessionnelle doit être soutenue et reconnue par les gestionnaires.

Dans leur étude au sujet de l'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans trois programmes en CLSC, D'amour et al. (1999) signalaient que le professionnel doit faire part, aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire, de son plan d'intervention, des difficultés instrumentales et affectives rencontrées ainsi que des limites de sa compétence, ce qui parfois nécessite *a priori* une relation de confiance. Pour leur part, Mayrand-Leclerc (2003) et Sherwood (2003) mentionnaient que le respect entre les professionnels, des connaissances et des compétences de chacun, permet d'améliorer le climat de travail et de confiance.

Les résultats de la présente étude illustrent que ce lien de confiance interprofessionnel est également essentiel à l'offre de soins sécuritaires et de qualité pour la clientèle. En plus de favoriser la collaboration et l'entraide au quotidien, la relation de confiance suscite l'écoute, l'appui et le réconfort nécessaires pour traverser les moments difficiles au travail, contribuant ainsi à la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de l'équipe. En se témoignant de la confiance mutuelle, l'infirmier et ses collègues d'autres disciplines encouragent leur évolution et épanouissement, tant sur le plan professionnel que personnel (Sicotte, D'Amour, & Moreault, 2002).

En conséquence, il apparaît que la relation de confiance s'avère être un élément fondamental favorable aux relations de *caring* avec l'équipe interdisciplinaire et qu'elle représente un ingrédient clé pour l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Le lien d'appartenance à l'équipe interdisciplinaire

Reconnu par quatre participants sur cinq, le lien d'appartenance, tel que décrit par les infirmiers, est un élément clé pour l'établissement d'une relation de *caring* au sein de l'équipe interdisciplinaire ainsi que pour le maintien de leur qualité de vie au travail. Ce résultat corrobore notamment les travaux de recherches de Carpentier-Roy (1995). Cette auteure expliquait que ce lien avec l'équipe implique une identification personnelle par référence au groupe (identité sociale), des attaches affectives au groupe, l'adoption des valeurs du groupe et de ses normes et habitudes ainsi qu'un sentiment de solidarité dans les relations au travail. Or, il s'agit pour les participants de la présente étude, de se mettre en lien avec d'autres personnes, d'exercer dans le groupe auquel ils appartiennent et de tenir compte de l'autre, de ce qu'il est, de ce qu'il pense, de ce qu'il peut apporter, pour qu'ensemble, ils puissent construire, créer et mettre en œuvre des projets cliniques novateurs en soins infirmiers et ainsi assurer des soins adéquats à la clientèle.

Les résultats obtenus dans la présente étude permettent aussi d'établir quelques comparaisons avec d'autres textes recensés. Par exemple, Turcotte (1988), dans ses travaux, rapportait que la qualité de vie au travail ne constitue pas uniquement une manière d'accroître ce lien d'appartenance, mais qu'elle représente aussi une façon de créer une identité et une fierté d'appartenance au sein d'une équipe de travail. Pour leur part, Duquette et Carlier (2001) rapportaient, dans leur article, que les relations interpersonnelles entre collègues constituent une importante caractéristique du milieu de travail; elles favorisent l'alliance entre eux et contribuent à un sentiment fort d'affiliation et d'esprit d'équipe.

Mentionnons finalement que seule l'étude phénoménologique de Gascon (2001) a permis d'établir un lien entre la qualité de vie au travail et l'appartenance au groupe. L'auteure mentionnait que, pour la majorité des infirmières interviewées, la cohésion au sein d'une même équipe de soins peut contribuer au développement des relations de *caring* dans l'environnement de travail promouvant ainsi une meilleure qualité de vie au travail. En

définitive, on peut penser que semblable appartenance interdisciplinaire ne peut qu'être favorable au maintien de la qualité de vie au travail des infirmiers en mission CLSC.

Le travail en partenariat avec les pairs féminins

Le sixième thème ayant émergé des interviews concerne le partenariat entre les sexes au sein d'une même profession. Il réfère, entre autres, à l'importance d'établir un partenariat par des rapports positifs entre les infirmières et leurs pairs masculins. Les résultats de la présente étude démontrent que ce thème est primordial, d'une part, pour l'épanouissement de l'infirmier au sein de la profession et, d'autre part, pour le maintien de sa qualité de vie au travail. Cependant, bien qu'il existe un certain nombre d'écrits scientifiques portant sur les infirmiers au sein de la profession, on n'a recensé que très peu d'études portant sur le travail en partenariat avec les pairs féminins et sur l'influence qu'il exerce sur la qualité de vie au travail.

Notamment, les infirmiers interviewés dans le cadre de cette recherche soulignent que pour travailler et maintenir une saine qualité de vie au travail, il est essentiel que leurs pairs féminins reconnaissent que le savoir infirmier constitue une caractéristique professionnelle intrinsèque. Les infirmiers ne veulent pas être reconnus pour leurs seules caractéristiques physiques masculines (force physique); ils tiennent à prendre leur place en tant qu'hommes au sein de la discipline (Evans, 2001, 2002, 2004; Evans & Blye, 2003).

Les résultats de l'étude révèlent l'importance d'une mutualité dans les rapports professionnels infirmière-infirmier; celle-ci repose sur la mission commune qu'est le soin à la clientèle. On note que les relations de *caring* telles que décrites dans les travaux de Watson (1988, 2005) peuvent favoriser la création d'un partenariat entre hommes et femmes au sein d'une même profession. L'étudiant-chercheur est d'avis que ce type de rapport est salutaire non seulement pour la qualité de vie au travail mais également pour la qualité des soins à la clientèle. Les résultats de l'étude éclairent le fait que de tels rapports basés sur le partenariat entre infirmières et infirmiers contribuent à des comportements plus harmonieux et authentiques au travail. Il est ainsi permis de penser que le travail en partenariat avec les pairs féminins procure de grands bénéfices à l'infirmier, lui permettant de rompre son isolement et d'accéder à une meilleure qualité de vie au travail.

Par ailleurs, Mayrand-Leclerc (2003) notait que le partenariat entre pairs permet d'instaurer un climat de travail agréable et a des effets bénéfiques sur la vie au travail du personnel infirmier. Néanmoins, aucune des études recensées portant sur les infirmiers n'a, jusqu'à présent, établi de lien entre la qualité de vie au travail et le partenariat infirmière-infirmier au sein de la profession. Ce fait souligne le caractère novateur de la présente étude.

Quatre sous-thèmes ont permis l'émergence de ce thème, soit : 1) les rapports transparents des hommes dans les interactions, 2) le travail d'équipe basé sur la réciprocité avec les pairs féminins, 3) la relation de confiance avec les pairs féminins et 4) la perception d'être considérés par les pairs féminins comme des leaders au travail. Trois de ces quatre sous-thèmes ayant été les plus fréquemment énoncés sont discutés dans la section suivante.

Les rapports transparents des hommes dans les interactions avec leurs pairs féminins

Les rapports transparents des hommes dans les interactions avec leurs pairs féminins - l'un des sous-thèmes qui s'illustre le plus dans les propos de tous les participants - constituent un élément essentiel pour établir un partenariat solide. Les participants relatent qu'il est primordial d'établir une communication ouverte, franche et constructive avec leurs vis-à-vis féminins, surtout dans le cadre de situations conflictuelles. Ils considèrent important d'exprimer leurs différends par le biais de discussions franches et directes avec elles.

D'une façon générale, les résultats de la présente étude, de même que ceux issus des écrits scientifiques portant sur le sujet, témoignent de l'importance d'établir des rapports satisfaisants au travail (AIIC, 2005 ; Brooks et al., 1996 ; Evans, 1997, 2001, 2002 ; Larocco, 2004; Whittock et Leonard, 2003 ; William, 1995 ; Wilson, 2005 ; Simpson, 2004). Ces divers auteurs rapportaient l'importance pour les infirmiers d'entretenir des liens harmonieux avec les infirmières par le biais de rapports directs, francs, transparents, empreints de respect et dépourvus d'arrière-pensées.

Ce sous-thème se rapproche du cinquième facteur caratif de Watson (1988, 2001, 2005). Le fait de permettre l'expression de sentiments positifs et négatifs contribue à promouvoir la constitution de relations de *caring* (Watson, 1988, 2005) entre les deux sexes de façon à maintenir leur qualité de vie au travail. Or, il est permis de croire que

l'établissement de rapports francs et transparents entre les deux sexes, puisse amener l'infirmier à progresser, tant sur les plans professionnel qu'individuel. D'où l'importance, pour la qualité de vie au travail des infirmiers, d'établir une telle communication avec leurs vis-à-vis féminins, lors de situations conflictuelles.

Cette communication entre les hommes et les femmes dans le cadre de leur travail a été identifiée comme facilitant les rapports infirmières-infirmiers au sein de la profession. Il importe pour les infirmiers de créer un partenariat avec leurs pairs féminins pour en arriver à une vision commune, c'est-à-dire assurer des soins sécuritaires et de qualité à la clientèle. Cet aspect corrobore les résultats de l'étude exploratoire d'Evans (2001) quant à la relation de genre entre infirmières et infirmiers. Evans concluait qu'une relation de travail transparente et satisfaisante entre les infirmiers et leurs pairs féminins s'exprime par l'authenticité et le respect mutuel et que ce partenariat est gage de soins de qualité. Somme toute, la transparence des rapports de genre au sein de la profession infirmière contribue à une qualité de vie au travail accrue chez les infirmiers et influence positivement leur épanouissement.

Le travail d'équipe basé sur la réciprocité avec les pairs féminins

Le sous-thème sur le travail d'équipe basé sur la réciprocité avec les pairs féminins est décrit par tous les participants. Aux dires de ceux-ci, la réciprocité dans le travail d'équipe avec les infirmières constitue un élément essentiel pour le développement d'un partenariat infirmiers-infirmières. Cela contribue également à maintenir leur qualité de vie au travail. Le fait d'être reconnu en tant qu'hommes au sein de l'équipe d'infirmières contribue à promouvoir le travail d'équipe basé sur la réciprocité avec les pairs féminins. En effet, la majorité des participants perçoivent une forme de réciprocité lorsque les infirmières les consultent pour obtenir leur opinion en tant qu'hommes face à une situation complexe de soins ou par rapport à une décision à prendre concernant un client.

Certains travaux scientifiques valident les résultats de la présente étude en ce qui concerne l'établissement d'une forme de réciprocité dans l'équipe de travail. En effet, cette réciprocité dans le travail d'équipe au sein d'une même communauté de professionnels s'apparente au collectif de travail décrit par Carpentier-Roy (1995). Mayrand-Leclerc (2003) abondait dans le même sens. L'auteure indiquait que les éléments inhérents au

travail d'équipe dans une organisation de soins permettent d'instaurer un climat de soutien social dans le travail des infirmières en tissant des liens serrés de réciprocité au sein de l'équipe de soins.

Par ailleurs, le *caring* étant une expérience intersubjective, il facilite la réciprocité (Cara, 1997; Watson, 1988, 2005) et permet à la personne (l'infirmier) de profiter d'échanges plus enrichissants à travers lesquels l'autre personne devient une source d'inspiration. Ces résultats sont toutefois contraires au propos de certains auteurs. Par exemple, Evans (1997, 2001) et Brooks et al. (1996), traitant de l'expérience vécue des infirmiers au sein de la profession infirmière, rapportaient que le travail d'équipe entre les infirmières et infirmiers n'est pas toujours vécu facilement étant donné des conflits de valeurs existant entre les deux sexes. De plus, Evans (2001), Evans et Blye, (2003), Kleinman (2004) ainsi que MacDougall (1997) affirmaient, dans leurs travaux, que les infirmiers auraient tendance à se dissocier de leurs pairs féminins, ne voulant pas être associés à des valeurs féminines. Ces auteures ajoutaient que les infirmiers tendent à se tailler une place distincte au sein de la profession infirmière afin de maintenir leur identité masculine propre.

Par ailleurs, les résultats de la présente étude, de même que ceux de chercheurs recensés (Brooks et al., 1996 ; Evans, 2001, 2002, 2004 ; Evans & Blye, 2003 ; William, 1995 ; Simpson, 2004) témoignent de l'importance, pour les infirmiers, qu'on leur reconnaisse une différence dans la façon de percevoir les soins infirmiers et que l'attitude de reconnaissance, d'acceptation et d'ouverture, dont font preuve leurs pairs féminins, est primordiale pour leur mieux-être au travail. Ces auteures n'évoquaient toutefois pas le concept de qualité de vie au travail. En résumé, et selon l'étudiant-chercheur, l'acceptation et l'ouverture quant à la place distincte des hommes au sein de la profession infirmière, ne peuvent que favoriser la réciprocité dans leurs rapports au travail et promouvoir la qualité de vie au travail de ces derniers. Il s'agit-là d'un résultat novateur de la présente recherche.

La relation de confiance avec les pairs féminins

Ce sous-thème, reconnu par quatre participants sur cinq, traduit son importance pour l'établissement d'un partenariat au travail avec les pairs féminins. Les participants interviewés soulignent que le fait de travailler avec des pairs féminins reflète positivement

sur leur qualité de vie au travail. Ce milieu de travail leur semble plus souple, contrairement à un milieu de travail à prédominance masculine qui leur semble plus rigide. Ils mentionnent se sentir confortables de travailler dans une profession à prédominance féminine. L'étude exploratoire de Simpson (2004), effectuée auprès d'infirmiers et de professeurs masculins, corroborait ce fait. Cette auteure rapportait que certains hommes disaient se sentir beaucoup plus confortables en travaillant dans un milieu de femmes que d'hommes.

De plus, tout comme dans la présente étude, Evans (2001) soutenait que lorsque les infirmiers sont consultés pour leur savoir-faire et leur jugement clinique en tant qu'hommes face à une décision concernant des soins, il s'opère un renforcement du sentiment de confiance mutuelle, ce qui leur permet de pouvoir s'épanouir davantage au sein de la profession. Pour leur part, et contrairement aux résultats de la présente étude, Brooks et al., (1996), Walters et al. (1998) et William (1995) rapportaient que les hommes au sein de la profession ont des avantages cachés et que cela a un impact sur les relations de confiance avec leurs pairs féminins. En effet, ces auteures mentionnaient que les infirmiers disent que les infirmières répondent favorablement à la présence des hommes dans la discipline, quoique dans certains cas, les infirmiers se rendent compte d'une certaine forme de sentiment de jalousie de la part de leurs pairs féminins, sentiment lié au fait que les infirmiers accèdent plus rapidement à des postes clés. Il est à noter que ce sentiment de jalousie n'a pas été évoqué dans le cadre de la présente étude. Contrairement aux résultats de la présente recherche, Brooks et al. (1996) soulignaient, dans le cadre de leur analyse phénoménologique de l'expérience vécue d'infirmiers aux États-Unis, que, dans certaines circonstances, les rapports inégaux de genre au sein de la discipline peuvent conduire à des sentiments négatifs (frustration, isolement, démotivation) susceptibles de nuire à la relation de confiance. Evans (2001), Kleinman (2004) et Simpson (2004) affirmaient que la plupart des infirmiers auraient plus de facilité à accéder à des postes clés au sein de la profession, tels que l'administration ou la gestion des soins et ce, contrairement aux pairs féminins, lesquels auraient tendance à demeurer infirmières soignantes. Cet état de fait a également été soulevé par Oxtoby (2003), William (1995) et Wilson (2005). Or, il est à noter que cela n'a pas été mentionné par aucun des participants de la présente étude. Si ces rapports inégaux avaient été présents, ils auraient été source de relations conflictuelles entre pairs et

donc nuisibles à ce climat de confiance et, du même coup, néfastes à leur qualité de vie au travail d'où l'importance de promouvoir, selon Watson (1988, 2005), des relations de *caring* entre pairs au travail.

En effet, la notion de relation de *caring* transpersonnelle, à l'intérieur de laquelle l'infirmier travaille en partenariat avec l'infirmière en tant que personne, l'aide à percevoir sa condition, de même qu'à partager les sentiments et les pensées qu'il veut lui exprimer. Ainsi, les relations de *caring*, telles que décrites dans les travaux de Watson (1988, 2005), peuvent contribuer à la création d'une relation de confiance entre les infirmières et les infirmiers. Comme l'indiquent les résultats de la présente étude, il existe une relation de confiance entre les infirmières et les infirmiers; celle-ci permet aux infirmiers de créer des rapports plus harmonieux, voire de construire un sentiment de confiance et de respect avec les pairs féminins au travail. En effet, la relation de confiance avec les infirmières amène les infirmiers à établir un partenariat avec leurs pairs féminins au travail, leur permettant ainsi de rompre l'isolement. De plus, ce climat de confiance entre pairs contribue à améliorer les relations au travail et à y promouvoir une qualité de vie satisfaisante en étant, par le fait même, salubre pour la clientèle desservie.

L'engagement envers les clients et leur famille

Ce thème revêt une importance cruciale pour tous les participants, tant pour leur épanouissement au travail que pour leur qualité de vie au travail. Cette implication altruiste envers les clients et leur famille permet aux infirmiers d'être empathiques par rapport aux expériences vécues par les personnes soignées. En accord avec les travaux de Cara (1997), Gascon (2001), Montgomery (1993) et Watson (1988, 1999, 2005, 2006b), cet engagement se traduit par une pratique de soins basée sur le *caring*. Ainsi, il importe pour l'infirmier de s'engager dans une expérience d'enseignement et d'apprentissage, de manière à établir une relation d'aide et de confiance avec le client et sa famille. De plus, la vision des soins communautaires en CLSC offre aux infirmiers cette possibilité d'engagement par l'entremise de l'enseignement à la clientèle, par la prévention et la promotion de la santé. Cette vision des soins est en accord avec l'approche « populationnelle » mise de l'avant par l'État québécois, en 2003 (Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2003).

Les résultats de la présente recherche qualitative se rapprochent de ceux de Delmas (1999) et de Delmas et al. (2003) au sujet du sens de l'engagement dans les activités reliées au travail. Ces auteurs reconnaissent le sens de l'engagement comme une des dimensions de la hardiesse, soit une caractéristique des soignants les menant à interagir activement dans les activités de soins. Pour sa part, Delmas (1999) ajoutait que l'engagement est corrélé positivement avec la qualité de vie au travail de l'infirmière soignante. Ainsi, les résultats de la présente étude corroborent le fait que l'engagement de l'infirmier face aux soins offerts aux clients et à leur famille s'avère primordial et exerce une influence positive sur le maintien de sa qualité de vie au travail. En outre, cet engagement contribue à la dispensation de soins de qualité à la clientèle (Delmas et al., 2003).

Le fait que les infirmiers adoptent une vision multidimensionnelle de la personne soignée leur permet de mieux comprendre le sens qu'attribue la personne à sa maladie et à ses besoins. Ces résultats correspondent aux propos de Montgomery (1993), Sherwood (2003) et de Watson (1988, 1999, 2001, 2005) qui reconnaissent l'apport important d'une vision holistique au sein de la relation d'aide visant à assurer le bien-être du client et de son réseau familial. En résumé, l'engagement envers les clients et leur famille est, pour les infirmiers, garant d'une saine qualité de vie au travail.

L'engagement envers les clients et leur famille réunit les sous-thèmes suivants, soit : 1) la satisfaction des clients et des familles, 2) le sentiment d'aider les clients, 3) la vision holistique des clients et 4) l'honnêteté envers les clients. Deux de ces quatre sous-thèmes décrits les plus fréquemment par les participants sont traités dans la prochaine section.

La satisfaction des clients et des familles

L'importance de la satisfaction des clients et des familles est reconnue par tous les infirmiers interviewés. Ces derniers soulignent la nécessité de satisfaire les clients et leur famille lors de chacune de leurs interventions. Il appert que le contentement exprimé par les clients et leur famille en regard des soins renforce le sentiment d'engagement de l'infirmier et contribue, par le fait même, à bonifier sa qualité de vie au travail. Les résultats révèlent également que les infirmiers considèrent important d'accompagner les clients et leur famille dans le processus de soins, corroborant les données que l'on retrouve dans les textes scientifiques recensés.

En effet, Montgomery (1993), Sherwood (2003) et Watson (1988, 1999, 2005) affirmaient que les soins infirmiers constituent un processus d'humains à humains empreint d'attitudes essentielles au *caring*, telles que le respect de soi et des autres, la sensibilité ou le souci de l'autre, l'authenticité, la présence, la patience, la confiance et la compétence. De plus, ces auteures reconnaissaient la personne et sa famille dans son unicité à travers une relation humaine particulière où la personne, sa famille et l'infirmier agissent comme coparticipants du processus de soins. Finalement, en plus de contribuer à la promotion, au maintien ou à l'amélioration de la santé selon les valeurs du client et de sa famille, Watson (1988, 2001, 2005) concluait que le processus de *caring* créatif qui vise la résolution de problèmes, encourage l'infirmier à identifier les difficultés vécues par le client et son réseau familial en agissant à titre de conseiller pour les guider dans le choix des stratégies d'intervention dans les soins. En définitive, cette satisfaction exprimée par les clients et leur famille à l'égard des soins reçus donne un sens au travail de l'infirmier et est, par conséquent, salubre pour sa qualité de vie au travail (Blythe, Baumann, O'Brien-Pallas, & Butt, 2003; Gascon, 2001; Lavoie-Tremblay, Viens, & Leclerc, 2003; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992).

Le sentiment d'aider les clients

Ce sous-thème est considéré comme essentiel par les cinq participants. Entre autres, ce sentiment d'aider les clients en difficulté et d'être à l'écoute de leurs besoins à domicile est salubre au maintien de leur qualité de vie au travail. Cette assistance au client et à sa famille encourage l'infirmier à faire preuve d'engagement auprès d'eux, ce qui favorise, du même coup, le maintien de la qualité de vie au travail.

Les résultats de la présente recherche entérinent certains des facteurs caratifs reconnus par Watson (1988, 2001, 2005). Parmi ceux-ci, mentionnons notamment celui qui concerne la relation thérapeutique d'aide et de confiance (quatrième facteur) ainsi que le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de la personne soignée (huitième facteur). Ainsi, la relation d'aide et de confiance réfère à l'infirmier qui fait preuve d'altruisme et qui se montre sensible aux besoins exprimés par le client et sa famille et qui tend à adopter une attitude cohérente, empathique et aidante envers ces derniers. Ces résultats corroborent les textes scientifiques recensés (Boughn, 1994, 2001; Ekstrom, 1999; Evans, 2001; Larroco, 2004; Laurella-

Brown, 1996; Miligan, 2001) sur le comportement altruiste des infirmiers dans les soins qu'ils prodiguent quotidiennement à la clientèle.

Ces résultats s'apparentent au huitième facteur caratif de Watson, mentionné précédemment dans ce sous-thème. En effet, la promotion d'un milieu de soutien, de protection et/ou de modification de l'état mental, physique, socioculturel et spirituel du client, identifié par Watson (1988, 2005), favorise le bien-être et le mieux-être du client en initiant des mesures corrigeant l'inconfort lié à l'environnement (domicile) et aux incapacités du client et de sa famille, tout en assurant sa sécurité. En agissant de la sorte, l'infirmier contribue à favoriser l'équilibre mental et physique ainsi que la satisfaction et la dignité du client et de sa famille.

En contrepartie, Miligan (2001) ainsi que Whittock et Leonard (2003) rapportaient que l'expression des émotions dans un contexte de soins où l'infirmier doit accompagner un client en fin de vie peut parfois être difficile sur le plan émotionnel. Au contraire de ces études évoquées précédemment et au même titre que Watson, les participants interviewés dans le cadre de la présente étude mentionnent l'importance d'exprimer les sentiments, tant positifs que négatifs, dans des contextes difficiles de soins par rapport à un événement vécu dans le cadre de l'exercice infirmier en communauté. Aux dires des participants, le fait de verbaliser les émotions favorise le maintien de leur qualité de vie au travail.

Les participants mentionnent également avoir l'occasion d'aider et d'assister les clients et leur famille dans la recherche de solutions au regard d'un problème de soin. Ces données apparaissent semblables aux résultats des travaux de Gascon (2001) et de Montgomery (1993) qui reconnaissent l'apport important de la relation d'aide visant à assurer le bien-être du client et de son réseau familial. De plus, le fait qu'ils adoptent une vision multidimensionnelle de la personne soignée leur permet de mieux comprendre la signification que donne la personne à sa maladie et à ses besoins. Cela permet à l'infirmier en CLSC de travailler avec les clients à la recherche de solutions en vue d'instaurer des soins et des services sécuritaires dans la communauté. Ce dernier élément constitue le facteur caratif n° 10 de Watson (1988, 2005) qui correspond à la reconnaissance de la personne et aux forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles. Selon cette approche, Watson reconnaît l'importance de permettre à l'infirmier d'explorer la signification que son client donne à sa situation.

Par ailleurs, les résultats illustrent que l'aide à la clientèle se fait également en tant que protecteur et défenseur des clients et de son réseau familial, en les accompagnant dans le processus de soins. Ces éléments mentionnés précédemment vont dans le même sens que ceux de nombreux chercheurs. En effet, plusieurs études recensées (Ekstrom, 1999 ; Evans, 2001 ; Laurella-Brown, 1996; Nordam, Torjuul et Sørli, 2004 ; Oxtoby, 2003 ; Whittock et Leonard, 2003 ; Wilson, 2005) s'accordaient pour dire que les infirmiers, à l'instar de leurs collègues féminins (Gascon, 2001), confèrent une attention particulière aux soins globaux, à l'enseignement et au maintien de la relation d'aide client-famille. À la lumière des résultats obtenus, il apparaît chez certains infirmiers, que le milieu de travail en CLSC facilite la vision holistique du soin et favorise leur engagement dans les soins à la clientèle et envers leur réseau familial. En somme, ce sentiment d'aider est source d'engagement envers les clients et leur famille et a pour conséquence de favoriser la qualité de vie au travail de l'infirmier en CLSC.

L'équilibre entre les sphères professionnelle et familiale

Ce huitième et dernier thème, tel que décrit par les participants, favorise l'épanouissement au travail et détermine grandement leur qualité de vie au travail. En effet, selon eux, le fait d'avoir un horaire de travail souple et adapté à leurs besoins familiaux, la non obligation de faire du temps supplémentaire, la non rotation dans les différents quarts de travail, de travailler à raison d'une fin de semaine par six semaines ainsi que d'œuvrer au sein d'une organisation qui accorde une importance et une ouverture à l'égard de la famille, permet d'atteindre cet équilibre. Il apparaît que ces éléments contribuent au maintien et développement d'une qualité de vie au travail.

Ce résultat corrobore ceux de l'étude phénoménologique de Gascon (2001), effectuée auprès d'infirmières œuvrant en milieu clinique. Ainsi, il apparaît essentiel pour les infirmiers, à l'instar des infirmières, de préserver leur équilibre travail-famille; il en va de l'harmonie, qui est primordiale pour eux, entre leur travail et leur vie familiale. Ce thème est également en accord avec les travaux de Watson (1999) en ce qui concerne l'atteinte d'un équilibre aux points de vue mental, physique et spirituel de la personne au travail. En effet, pour cette auteure, l'équilibre de la personne réfère à l'harmonie corps-âme-esprit. Finalement, dans leurs travaux réalisés auprès de divers professionnels, Frederick et Fast

(2001) découvraient aussi que l'équilibre entre les sphères familiale et professionnelle apparaît être une composante importante pour le maintien et le développement d'un haut niveau de qualité de vie au travail.

Somme toute, bien qu'aucun écrit recensé n'en discute, les infirmiers disent choisir le travail en milieu communautaire dans la mesure où il permet une flexibilité des horaires et, dès lors, une harmonisation plus aisée entre la vie professionnelle et familiale. Ainsi, les résultats révèlent que l'organisation du travail infirmier en santé communautaire semble plus propice à un équilibre travail-famille, ce qui influence favorablement le maintien d'une meilleure qualité de vie au travail.

Les sous-thèmes suivants ont permis l'émergence de ce dernier thème: 1) la gestion de l'équilibre travail-famille, 2) le soutien familial et 3) la capacité d'abstraction des inconvénients vécus au travail. Seuls les deux sous-thèmes s'étant le plus fréquemment illustrés sont discutés dans les pages suivantes.

La gestion de l'équilibre travail-famille

La gestion de l'équilibre travail-famille est un sous-thème décrit par quatre participants sur cinq comme étant un aspect essentiel pour le maintien de l'équilibre entre les deux sphères. Ce résultat fait précisément référence à la capacité de l'infirmier de gérer les responsabilités familiales et les responsabilités liées au travail dans le but d'atteindre un certain équilibre. D'ailleurs, le fait de pouvoir organiser son travail en tenant compte des besoins familiaux s'avère primordial pour l'atteinte de l'harmonie entre la vie professionnelle et familiale. Par exemple, les responsabilités familiales concernent leurs obligations à l'égard des enfants, des parents âgés, d'une personne handicapée ou d'un conjoint. Ainsi, le fait de pouvoir concilier les obligations familiales envers les membres de leur famille et ce, tout en respectant les responsabilités à l'égard de leur travail, permet de bien gérer cet équilibre, de diminuer le stress et d'avoir une qualité de vie accrue.

À cet égard, il faut souligner que les organisations ont un rôle à jouer dans l'atteinte de l'équilibre travail-famille. D'ailleurs, certaines études (Duxbury & Higgins, 2003 ; Tremblay & Amherdt, 2000) mentionnaient que les hommes, en général, utilisent moins de mesures de conciliation; ils ne se sentent pas toujours en droit d'y recourir. Les résultats de la présente étude corroborent certains écrits scientifiques consultés (Frederick & Fast, 2001;

Tremblay & Amherdt, 2000) concernant la conciliation travail-famille. Entre autres, les données du rapport final de recherche traitant de la conciliation travail-famille menée pour le compte de Santé Canada (2003) révélaient que les hommes au travail consacrent de plus en plus de temps aux besoins familiaux. Certains vont jusqu'à travailler à temps partiel afin d'être en mesure de suppléer aux tâches et nécessités de leur famille; ils réduisent, par exemple, leur temps de travail de 35 heures à 32 heures par semaine (semaine de 4 jours), ce qui contribue au développement d'une meilleure qualité de vie au travail pour ces derniers (Whittock, Edwards, McLaren, & Robinson, 2002). Pour sa part, l'étude menée par Frederick et Fast (2001) indiquait que les hommes sont plus satisfaits lorsqu'ils consacrent moins de temps à leur travail et plus de temps à leurs obligations familiales. Dans une étude antérieure, ces mêmes auteurs (1996) avaient mis en évidence que la réduction du temps consacré à des activités rémunérées contribue à atténuer le stress associé à des responsabilités domestiques et familiales. Contrairement aux résultats de la présente étude, Whittock et al. (2002), dans leur étude quantitative corrélacionnelle auprès d'infirmiers et d'infirmières, mentionnaient que certains infirmiers trouvent une plus grande satisfaction personnelle en se consacrant davantage à leur travail, ceux-ci ayant moins de responsabilités familiales. Néanmoins, ces mêmes auteurs indiquaient qu'une minorité d'infirmiers (1%) disent travailler à temps partiel pour s'occuper de leur famille.

En conséquence, les résultats issus de la présente recherche laissent croire que les infirmiers choisissent de travailler en CLSC afin d'être en mesure de maintenir un équilibre travail-famille. En effet, le fait de bénéficier d'horaires de travail plus souples et d'exercer à proximité du lieu de résidence leur permet de consacrer plus de temps à leurs engagements familiaux tout en honorant leurs responsabilités professionnelles. L'étudiant-chercheur est d'avis que cet état de faits ne peut que profiter au maintien d'une saine qualité de vie au travail et contribuer à leur épanouissement, tant sur le plan professionnel que familial.

Le soutien familial

Le soutien familial émerge comme un sous-thème primordial pour quatre des cinq participants. Les résultats de la présente étude appuient le fait que le soutien de la conjointe dans l'expérience des situations difficiles vécues au travail, contribue à l'atteinte de l'équilibre entre la vie familiale et professionnelle et, dès lors, au maintien de la qualité de vie au travail des participants. Le soutien de la conjointe dans l'atteinte de l'équilibre travail-

famille est corroboré par certains écrits scientifiques consultés. Néanmoins, ces textes ont plutôt établi un lien entre le soutien familial et la satisfaction au travail. Les études quantitatives de Duxbury et Higgins (2003), de Frederick et Fast (2001) ainsi que de Guérin, St-Onge, Chevalier, Denault et Deschamps (1997) ont, en effet, démontré que l'appui du conjoint a un effet positif sur l'équilibre emploi-famille et sur la satisfaction au travail. Certains de ces auteurs évoquaient que le soutien familial, la qualité de la relation et des interactions du conjoint ont des répercussions positives sur l'équilibre travail-famille. De plus, Duxbury et Higgins (2003) ainsi que Guérin et al. (1997) indiquaient que cet équilibre travail-famille est facilité par le soutien et le partage des tâches domestiques et familiales entre les conjoints.

Il peut ainsi être dit que le soutien concret du conjoint ressort comme un élément essentiel de l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale des infirmiers. Il est également permis de penser que la qualité de vie au travail sera renforcée si l'employeur offre des possibilités d'aménagement du temps de travail ou des congés spécifiques permettant aux travailleurs d'assumer plus aisément leur part des tâches familiales, ce qui favorisera l'atteinte d'une harmonie entre les activités professionnelles et familiales.

En définitive, il est intéressant de constater que le soutien de la conjointe facilite l'atteinte de l'équilibre travail-famille, s'avère propice à la réalisation du plein potentiel, tant professionnel que familial des infirmiers et, par le fait même, favorise le maintien de leur qualité de vie au travail.

Essence du phénomène

En accord avec la méthode phénoménologique de Giorgi (1997a, 1997b, 2000), la recherche de l'essence, à savoir la signification « universelle » du phénomène, a été obtenue à partir de l'analyse approfondie des thèmes identifiés dans la section précédente. L'essence de la qualité de vie au travail pour les infirmiers correspond à **un climat empreint de *caring* qui favorise l'épanouissement de l'infirmier en CLSC en œuvrant pour le maintien de l'harmonie entre les sphères professionnelle et familiale**. Ainsi, les infirmiers interrogés trouvent l'épanouissement au travail, notamment, dans : l'autonomie dans la pratique professionnelle, la satisfaction au travail, l'environnement de travail sain, les relations infirmiers-gestionnaires empreintes de soutien et de respect, les relations de *caring* avec

l'équipe interdisciplinaire, le travail en partenariat avec les pairs, l'engagement envers les clients et leur famille ainsi qu'un équilibre entre les sphères professionnelle et familiale. Les paragraphes ci-après présentent comment chacun des thèmes soutient l'essence du phénomène de la qualité de vie au travail pour les infirmiers interviewés.

Premièrement, l'autonomie dans la pratique professionnelle, qui constitue l'une des valeurs de la philosophie du *caring* (Watson, 1988), désigne la marge de manœuvre de l'infirmier. Il apparaît important pour l'infirmier de maîtriser son champ de pratique et d'exercer sa profession dans un encadrement souple et d'autogérer son travail au quotidien afin de s'épanouir au travail. Deuxièmement, la satisfaction au travail, tout comme l'accomplissement et la valorisation professionnelle, conduisent également, selon les infirmiers interrogés, à l'épanouissement au travail. En effet, Cara (1997), Crow (2001), Sherwood (2003) et Turkel (2003) mentionnaient qu'un milieu de travail empreint de confiance, d'entraide et de respect mutuel, propice à la créativité, engendre de la satisfaction au travail ce qui, dans bien des cas, facilite l'épanouissement du soignant au travail.

Les autres thèmes identifiés soient, l'environnement de travail sain, les relations infirmiers-gestionnaires empreintes de soutien et de respect, les relations de *caring* avec l'équipe interdisciplinaire, le travail en partenariat avec les pairs féminins, l'engagement envers les clients et leur famille ainsi qu'un équilibre entre les sphères professionnelle et familiale, réfèrent au contexte socioenvironnemental de l'infirmier au travail. Ceci corrobore le modèle décrit par O'Brien-Pallas et Baumann (1992) où les éléments socioenvironnementaux correspondent au climat organisationnel, aux relations interprofessionnelles, aux relations avec les supérieurs, aux rapports entre les pairs ainsi qu'aux relations avec la clientèle et leur famille. En effet, les infirmiers interrogés mentionnent que l'humour et l'accès à des conditions de travail favorables incitent à un environnement de travail empreint de *caring*, lequel contribue, de façon importante, à leur épanouissement. Ces résultats corroborent les travaux de Montgomery (1993) et Reeder (1991b). Dans le même ordre d'idées, lorsque le gestionnaire crée un milieu de travail qui soutient les valeurs du *caring*, les infirmiers affirment être stimulés à travailler en interrelation entre eux et avec leur supérieur, favorisant ainsi le travail d'équipe. Par conséquent, il semble que cette attitude de *caring* du gestionnaire contribue à l'épanouissement, de même qu'à la qualité de vie au travail des infirmiers. Ces résultats

appuient ceux de l'étude phénoménologique de Cara (1997) et des travaux de Sherwood (2003).

Les deux thèmes suivants, les relations de *caring* avec l'équipe interdisciplinaire, empreintes de respect des compétences cliniques de chacun, de même que le travail en partenariat avec les pairs féminins contribuent à promouvoir la croissance personnelle et facilitent, par le fait même, l'épanouissement de l'infirmier au travail. En effet, le respect et le partenariat, lesquels correspondent à des valeurs du *caring*, sont d'autant d'éléments importants afin d'assurer un climat de travail (Cara, 1997, 1999; Turkel, 2003) incitant à des rapports mutuels harmonieux et conduisant à l'épanouissement des infirmiers au travail dans une profession à prédominance féminine. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude de Cara (1997), des propos de Duquette et Cara (2000) ainsi que ceux de Watson (1988) qui affirmaient qu'une pratique de soins infirmiers basée sur le *caring* nécessite un contexte socioenvironnemental de soins, caractérisé par le soutien et la collaboration entre les intervenants et les gestionnaires.

Quant à l'engagement de l'infirmier à l'égard de la personne soignée et de sa famille, les infirmiers interviewés se sentent épanouis lorsqu'ils perçoivent que leur engagement, basé sur une vision holistique des soins, procure une satisfaction aux clients et à leur famille. Enfin, l'épanouissement de l'infirmier en CLSC s'appuie aussi sur l'équilibre entre ses sphères professionnelle et familiale. Ces données confirment les dires de Duxbury et Higgins (2003) qui rapportaient que l'atteinte d'un équilibre entre sa vie professionnelle et familiale, pour le travailleur, a pour effet de favoriser son épanouissement au travail. Ainsi, pouvoir conjuguer et gérer vie professionnelle et familiale au sein d'une organisation lui permet de consacrer plus de temps et d'énergie à ses rôles familiaux (de conjoint et de parent) tout en demeurant pleinement engagé envers son employeur (Duxbury & Higgins, 2003; Frederick & Fast, 2001).

Les thèmes issus de cette étude correspondent aux valeurs qui sous-tendent la philosophie du *caring* de Watson (1988). En s'appuyant sur les travaux de Watson (1988, 2005), il est loisible de croire qu'un environnement empreint de *caring* permet le développement du potentiel de la personne et ce, en lui laissant la liberté de choisir l'activité professionnelle qu'il juge la meilleure à un moment donné, exprimant ainsi sa créativité. Pour maintenir leur qualité de vie au travail, les infirmiers interrogés souhaitent une

cohérence entre les valeurs de *caring* et celles du milieu de travail. À la lumière des résultats de recherche, il semble que si l'organisation dans laquelle œuvrent les infirmiers offre la possibilité d'actualiser les valeurs du *caring* dans l'environnement de travail et leur permet de pouvoir rencontrer un idéal à la fois sur le plan professionnel et familial, alors la détresse, l'insatisfaction, la frustration, l'anxiété et l'angoisse pourraient s'estomper. Ainsi, un climat de travail empreint de *caring* peut conduire l'infirmier au maintien de l'harmonie entre les sphères professionnelle et familiale de même qu'à l'épanouissement au travail, lesquels contribuent significativement à l'optimisation de la qualité de vie au travail. Enfin, l'étudiant-chercheur est d'avis que tous ces éléments rassemblés constituent des conditions positives *sine qua non* pour l'attraction et la rétention des infirmiers au sein de la profession.

Des avenues pour la gestion, la pratique, la formation et la recherche en sciences infirmières

Des avenues pour la gestion, la pratique et la formation ainsi que pour la recherche en sciences infirmières sont identifiées dans la prochaine section.

Des avenues pour la gestion

Les résultats renferment des données intéressantes pouvant guider les décideurs et les cadres supérieurs et intermédiaires œuvrant en Centres de santé et des services sociaux et ce, dans une perspective de maintien et de développement de la qualité de vie au travail des infirmiers. Il conviendrait de conscientiser les gestionnaires quant à l'importance de la souplesse dans l'encadrement administratif, tout en favorisant une structure organisationnelle décentralisée et transversale, offrant latitude décisionnelle et participation aux prises de décisions. De manière à optimiser la qualité de vie au travail, il incombe aussi au milieu de planifier et structurer des programmes de « mentorat » afin d'offrir au personnel infirmier soignant un soutien clinique et professionnel en vue de favoriser l'autonomie, la valorisation et la motivation au travail. Il revient aux gestionnaires d'apporter soutien et encadrement au personnel infirmier dans l'expérience de situations. Il serait opportun qu'ils déploient, au sein de leur établissement, un véritable programme de qualité de vie au travail. Pour ce faire, il serait aidant de créer un comité de travail regroupant les divers professionnels présents sur le terrain ainsi que le gestionnaire. Ce comité proposerait et analyserait des avenues en termes de formation continue,

d'aménagement du temps de travail (horaire autogéré, semaine comprimée) et de maintien ou d'amélioration des conditions de travail (autogestion de la charge de cas, temps supplémentaire, pauses, vacances). Il incombe également aux organisations de maintenir ou d'introduire plus de flexibilité dans les horaires de travail. Sa finalité serait l'harmonisation entre la sphère professionnelle et familiale en vue d'une qualité de vie au travail accrue des infirmiers. En définitive, l'intégration des infirmiers soignants dans la réorganisation du travail, en collaboration avec le gestionnaire, est primordiale pour l'épanouissement des infirmiers. Il est également loisible de croire que ces éléments peuvent avoir une incidence positive sur l'attraction et la rétention de ces derniers, de manière à repousser l'avènement d'une éventuelle pénurie dans la profession.

Des avenues pour la pratique

Les données obtenues démontrent l'importance pour les infirmiers en CLSC d'exercer un contrôle sur leur pratique professionnelle ainsi que de participer aux décisions relatives aux soins pour favoriser leur épanouissement professionnel. Les thèmes et les sous-thèmes révèlent qu'il incombe aux organisations de permettre aux infirmiers d'être partie prenante des décisions relatives à l'exercice infirmier et d'émettre des recommandations en termes de pratique professionnelle. Dans une perspective d'épanouissement et de qualité de vie au travail, l'une des mesures consisterait à susciter la participation des infirmiers au sein des comités de travail tel que mandaté par le Conseil d'établissement des infirmières et infirmiers (CECII) pour l'amélioration de différents aspects de la pratique professionnelle, ce qui, à notre avis, contribue à reconnaître de manière plus officielle l'excellence de la pratique clinique. Les résultats illustrent également qu'une pratique basée sur des valeurs de *caring* contribue à l'épanouissement des infirmiers en CLSC et à leur qualité de vie au travail. Ils indiquent aussi qu'il convient d'encourager l'humour au travail ainsi que l'organisation d'activités de socialisation. Ainsi, afin de promouvoir la qualité de vie au travail, il incombe aux gestionnaires de favoriser les relations de *caring* en créant des échanges stimulants, en ayant des rapports sociaux transparents et en adoptant des attitudes d'ouverture, d'écoute et de respect qui contribueront à consolider les équipes de travail. D'où l'importance que les organisations de santé instaurent une philosophie de soins fondée sur les valeurs du *caring*, ce qui serait profitable

pour la qualité de vie au travail pour les infirmiers et les infirmières et par conséquent, pour la clientèle.

Des avenues pour la recherche

Il serait opportun, d'une part, de réaliser semblable étude auprès d'infirmiers œuvrant en soins aigus et en soins de longue durée. D'autre part, après avoir investigué la signification de la qualité de vie au travail sous un angle individuel, il serait intéressant d'explorer celle-ci sous un angle collectif auprès des infirmiers œuvrant en CLSC. L'approche de la psychodynamique du travail (PDT) se montre particulièrement aidante dans la mesure où elle vise spécifiquement à mieux comprendre l'expérience collective de travail d'un ensemble de travailleurs. De plus, une étude ethnographique permettrait de vérifier s'il existe des différences culturelles en termes de qualité de vie au travail pour des infirmiers anglo-saxons œuvrant hors Québec. La qualité de vie au travail pourrait également être étudiée à partir des huit thèmes ayant émergé de l'étude, en utilisant une méthodologie mixte (à la fois quantitative et qualitative) et privilégiant une triangulation de données. Une recherche action, à partir des nouvelles connaissances développées en matière de qualité de vie au travail, serait aussi une alternative intéressante pour l'application d'un programme de qualité de vie au travail. Finalement, il serait pertinent de développer, à partir des résultats obtenus, dans le cadre de la présente étude et de celle de Gascon (2001), un outil d'évaluation de la qualité de vie au travail en milieu de soins.

Des avenues pour la formation

Les données obtenues dans la présente étude démontrent que les hommes peuvent s'épanouir et maintenir une qualité de vie au travail au sein d'une profession à prédominance féminine. De ce fait, il serait essentiel que la profession infirmière devienne aussi enviable pour les hommes que pour les femmes. Pour cela, les milieux d'enseignement doivent être sensibles à cette question afin d'accroître l'admission des hommes dans la profession infirmière et ce, en brisant le mythe et les barrières définis par la société selon laquelle, la profession infirmière est celle d'un genre en particulier.

Par ailleurs, les thèmes et sous-thèmes ayant émergé de la présente étude pourraient guider de nouveaux enseignements et apprentissages tant théoriques que pratiques dans le domaine de la promotion de la qualité de vie au travail. Ainsi, il conviendrait aux

institutions d'enseignement en soins infirmiers (collégiale et universitaire) d'introduire et de sensibiliser, dès la formation initiale, l'aspect positif de la qualité de vie au travail et ce, tout au long des différents programmes de cours de l'étudiant. Ce faisant, les éducateurs pourront s'assurer d'intégrer les aspects salutogéniques de la qualité de vie au travail au sein des stages cliniques et des externats de manière à préparer les futurs infirmiers à faire leur entrée sur le marché du travail. Malgré un univers professionnel et personnel soumis à de nombreux stressseurs, il conviendrait, dans la formation, de sensibiliser les étudiants à reconnaître les agents stressseurs et à identifier les multiples ressources disponibles telles que : l'autonomie, le savoir, la rétroaction constructive, l'engagement, les habiletés relationnelles, le partenariat et le lien d'appartenance de manière à ce que les futurs infirmiers puissent faire face aux stressseurs inhérents aux milieux de soins et ainsi, pouvoir préserver leur qualité de vie au travail et promouvoir les relations de *caring* avec leur équipe.

Les résultats de l'étude indiquent qu'il importe pour l'épanouissement et pour le maintien de la qualité de vie au travail des infirmiers, de garder la pratique professionnelle à jour de manière à répondre à la demande croissante des soins à domicile et à l'augmentation de la complexité des soins infirmiers en communauté. Il incombe, aux milieux de travail, d'offrir et maintenir des sessions de perfectionnement professionnel, sur le temps de travail, en les inscrivant, soit à l'une des formations offertes par l'OIIQ ou au colloque de certains ordres régionaux et de permettre des congés sans solde pour études tel que défini par la convention collective pour la poursuite de leurs études. Dans une perspective d'accroissement de la satisfaction et de la qualité de vie au travail, des séances de formation continue sur le travail interdisciplinaire en milieu de soins pourraient être offertes aux infirmiers et aux infirmières en vue d'améliorer et développer la collaboration interprofessionnelle afin de contribuer à promouvoir un milieu de travail de qualité pour ces derniers. Ainsi, l'organisation reconnaît l'importance de la mise à jour des connaissances en soins infirmiers comme étant un élément essentiel pour l'épanouissement professionnel et, par le fait même, promeut la qualité de vie au travail des infirmiers. Ce faisant, l'organisation crée un environnement propice au savoir, au savoir-être et au savoir-faire et contribue à l'avancement des connaissances des infirmiers.

Enfin, l'étudiant-chercheur croit qu'il incombe aux milieux d'enseignement (secondaire, collégial et universitaire) d'offrir, en collaboration avec l'OIIQ, des ateliers d'information portant sur les soins infirmiers et ayant pour objectif d'accroître l'admission des hommes au sein de la profession. De plus, il s'avère essentiel que les intervenants du réseau se concertent de manière à briser les mythes et les barrières définies par la société concernant la profession infirmière et, pour ce faire, il faut changer la perception selon laquelle la profession infirmière est celle d'un genre en particulier.

CONCLUSION

Cette étude est la première à utiliser la phénoménologie (Giorgi, 1997a, 1997b, 2000) pour décrire et comprendre le phénomène de la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC; elle présente l'originalité de le faire selon une approche salutogénique et avec la philosophie du *human caring* de Watson (1988, 2005, 2006a) pour toile de fond.

Les résultats révèlent que pour les participants, l'essence du phénomène de la qualité de vie au travail correspond à un climat de travail empreint de *caring* qui favorise l'épanouissement de l'infirmier en CLSC, en œuvrant pour le maintien de l'harmonie entre les sphères professionnelle et familiale. Cette essence réfère à l'importance, dans une perspective de qualité de vie au travail, que les organisations de santé privilégient, d'une part, des modes de gestion décentralisés et adaptés aux réalités familiales et, d'autre part, qu'il leur revient d'œuvrer, en collaboration avec les parties syndicales, en faveur d'un environnement de travail optimal, soit un environnement qui promeut la qualité de vie au travail des infirmiers. Il importe également que les établissements de santé favorisent concrètement les valeurs de *caring*, à savoir : le partenariat infirmiers-infirmières, l'interdisciplinarité, l'engagement professionnel, la transparence entre les personnes, la communication ouverte et la rétroaction constructive. Dans le même ordre d'esprit, il serait, en outre, essentiel que les valeurs du *caring* guident la gestion du personnel infirmier et sous-tendent l'administration des services infirmiers. Ces valeurs contribueront au maintien de l'équilibre entre les sphères professionnelle et familiale des infirmiers et permettront à ces derniers d'exercer leur profession dans un état de bien-être et de croissance (Watson, 1988, 2005). Comme le rappelle fort pertinemment Watson : « *Une profession qui perd ses valeurs, perd son cœur et son âme. Or, une profession sans cœur et sans âme est une profession sans raison d'être* » (Watson, 2006b, p.49, traduction libre).

RÉFÉRENCES

- Aiken, L.H. (1998). Powerful nurses protecting patients. *Nursing Standard*, 13 (1), 30-31.
- Alderson, M. (2004a). La santé au travail des infirmières en unités de soins de longue durée. L'apport de la psychodynamique du travail. *Infirmière canadienne*, 5(1), 5-11.
- Alderson, M. (2004b). La psychodynamique du travail: objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, XXIX, 1, 239-256.
- Alderson, M. (2005a). La souffrance psychique des infirmières: est-ce pertinent de l'investiguer au moyen de la psychodynamique du travail? *Frontières*, 17(2), 53-58.
- Alderson, M. (2005b). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 80 (mars 2005), 76-86.
- Alderson, M. (2006a). *La psychodynamique du travail: une approche utile en santé mentale au travail*. Dans P. Delmas et M. Mayrand-Leclerc (sous la dir.), *Sortir du management panique. Tome 1: Préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe*, chapitre 8, pp. 134-146. Collection: Fonction cadre de santé « Gestion des Ressources Humaines ». Paris: Lamarre.
- Alderson, M. (2006b). *Éclairage psychodynamique de l'expérience collective de travail des infirmières: un apport précieux pour un management avisé*. Dans P. Delmas et M. Mayrand-Leclerc sous la dir.), *Sortir du management panique. Tome 1: Préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe*, chapitre 9 (tome 1), pp. 147-160. Collection: Fonction cadre de santé « Gestion des ressources humaines ». Paris: Lamarre.
- Algera, J.A., Flier, H. Van de and Kamp, L.J.T. Van de. (1986). Causal modelling of quality of work. In: Debus, C. and Schroiff, H.W., Editors, 1986. *The Psychology of Work and Organization*, Elsevier Science Publishers, North-Holland.
- Algera, J.A., (1980). Kenmerken van werk. In: *Ph.D. thesis*, University of Leiden.
- Al Ma'aitah, R., Cameron, S., Armstrong-Stassen, M., & Horsburgh, E. (1999a). Effect of Gender and Education on the Quality of Nursing Work Life of Jordanian Nurses. *Nursing and Health Care Perspectives* 20 (2), 88-94.
- Al-Ma'aitah, R. Cameron, S., Horsburgh, E., & Armstrong-Stassen, M. (1999b). Predictors of job satisfaction, turnover, and burnout in female and male Jordanian nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 31(3), 15-30.
- Anderson, B.S., & Zinsser, J.P. (1988). A History of their Own: *Women in Europe from Prehistory to the Present*. Vol.1. London.

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1), 11-18.
- Assemblée nationale du Québec (1969). *Bill 89 : Loi modifiant la Loi des infirmières*. Sanctionnée le 12 décembre 1969. Éditeur officiel du Québec, Roch Lefebvre, Québec.
- Assemblée nationale du Québec (2003). Projet de loi no 25, (2003, chapitre 21) : Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux. *Publication du Québec*, éditeur officiel du Québec, Québec.
- Association des CLSC et CHSLD du Québec. (1998). Un quart de siècle d'histoire au cœur de la communauté. *CLSC Express*, 5-8.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2005). Les hommes dans la profession infirmière. *Rapport préparé par Louise Hanvey, consultante*, 57 pages, Ontario, Canada.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (AIIC et FCSII) (2004). *Rapport National Présenté au Conseil International des Infirmières pour le Forum sur les Ressources Humaines en Nouvelle-Zélande*. www.aiic-aiic.ca, 42 pages. Canada.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2002). Les indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières du Canada. *Rapport d'atelier présenté au Conseil canadien d'agrément des services de santé* par Graham S. Lowe, Université de l'Alberta, Alberta.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Doran-Irvine, D., Kerr, M., McGillis-Hall, L., Vézina, M., Butt, M., & Ryan, L. (2001). Engagement et Soins : *les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. www.chsrf.ca et www.changefoundation.ca 47 pages, Canada.
- Beaudry, P. (1996). Les défis du virage ambulatoire dans les services de santé mentale à Montréal, *Santé mentale au Québec*, 21 (1), p. 67-78.
- Beck, C.T. (1994). Reliability and validity issues in phenomenological research. *Western Journal of Nursing Research*, 16 (3), 186-194.
- Bédard, D., & Duquette, A. (1998). L'épuisement professionnel. Un concept à préciser. *L'infirmière du Québec*, 6 (9), 18-22.
- Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, Caring and Ethics in Health and Illness*, 99-127. Thousands Oaks, CA: Sage.

- Bergeron, P., & Gagnon, F. (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec: émergence et transformations. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, G. Bélanger, Le système de santé au Québec : *Organisations, Acteurs et Enjeux*, (pp. 7-33). Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Bige, V., Marchand, A-C., & Delplanque, R. (2001). Qualité de vie au travail du personnel infirmier en France. Dans Santé et qualité de vie : Interventions infirmières perspective 2004. *Soins : La revue de références infirmières, cahier 1* (682).47-49.
- Blythe, J., Baumann, A., O'Brien-Pallas, L.L., & Butt, M. (2003). *La qualité de vie au travail et la valeur du travail infirmier*. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, M. Mayrand-Leclerc, *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*, (pp. 23-36). Québec, Presses Inter Universitaires.
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales : présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 27 (30), 371-377.
- Boughn, S. (1994). Why women and men choose nursing. *Nursing and Health care*, 15 (1), 406-411.
- Boughn, S. (2001). Why women and men choose nursing. *Nursing and Health care Perspectives*, 22 (1), 14-19.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Laliberté, D., Malenfant, T., Brisson, C., & Vézina, M. (1998). *La transformation du réseau de la santé: mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, Québec.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, T., & Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. *Santé mentale au Québec*, XXIV (1), 136-153.
- Bourbonnais, R., Malenfant, T., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., & Sarmiento, J. (2000). Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et infirmiers de l'agglomération de Québec. Rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS).
- Boutin, G. (1997). La communication: *élément de base de l'entretien*. Dans l'entretien qualitatif (pp. 53-77). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.

- Bowditch, J.R., & Bouno, A.F. (1982). *Quality of working life assessment : A survey-based Approach*. Boston : Auburn House.
- Boyd, C.O. (2001). Phenomenology the method. In P.L. Munhall (Ed.), *Nursing research: A qualitative perspective* (3rd. ed., pp93-122). Sudbury, MA: Jones and Barlett.
- Brown, B., & Nolan, P. (2000). Men in Nursing: ambivalence in care, gender and masculinity. *International History of Nursing Journal*, 5 (3), 4-13..
- Brooks, A., Thomas, S., & Droppleman, P. (1996). From Frustration to Red Fury: A Description of Work-Related Anger in Male Registered Nurses. *Nursing Forum*, 31 (3), 4-15.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). Introduction to qualitative research. Dans N. Burns & S. K. Grove (Eds.), *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization* (4th ed. (pp.67-68). Toronto : Saunders.
- Caelli, K. (2001). Engaging with phenomenology: Is it more a challenge than it needs to be? *Qualitative Health Research*, 11 (1), 273-282.
- Canadian Council on Health Services Accreditation (CCASS) (2004). Further development of CCHSA Worklife. Dimension of Quality and Accreditation Standards. Submitted to Health Canada March 2004. www.ccchsa.ca. Canada, 14 pages.
- Canadian Nurses Association (CNA) (2003). *Men in Nursing*. Ottawa, Ontario, 51 pages.
- Canadian Nursing Advisory Committee (2002). Our Health, Our Future. *Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses*. <http://www.hc-sc.gc.ca> Canada, 81 pages.
- Cara, C. (1997). Managers' subjugation and empowerment of caring practices: A relational caring inquiry with staff nurses. *Dissertation Abstracts International*, 58 (04), 1797. (University Microfilms International No. AAT97-28055).
- Cara, C. (1999). A Relational Caring Inquiry: Nurses' Perspectives On How Management Can Promote A Caring Practice. *International Journal For Human Caring*, 3 (1), 22-30.
- Cara, C. (2003). A Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory. (Accepté pour publication sur le site Web du International Association of Human Caring) www.humancaring.org.
- Cara, C. (2004). La Méthodologie Phénoménologique: Une approche qualitative à découvrir. Présentation sous forme de diapositives. Dans Gratton, F. et Cossette, S. Recherche en sciences infirmières (SOI-6103).

- Carlier, P. (2000). Relations entre le soutien au travail, les stratégies de *coping* et la qualité de vie au travail d'infirmiers (es) d'unités psychiatriques en France. *Mémoire de maîtrise*, Université de Montréal. Montréal.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1995). *Corps et âme : Psychopathologie du travail infirmier*. 2^{ième} édition, Montréal : Les éditions Liber.
- Chalfant, A. (1998). Drawn to greatness : Magnet facilities recognize nurse' autonomy. *Nurseweek (California Statewide Edition)*, 11-30.
- Cimete, G., Gencalp, N.S., & Keskin, G. (2003). Quality of Life and Job Satisfaction of Nurses. *Journal of Nursing care Quality*, 18 (2), 151-158.
- Cloutier-Laffrey, S., Dickenson, D., & Diem, E. (1997). Role identity and job satisfaction of community health nurses. *International journal of Nursing Practice*, 3 178-187.
- Cockerill, R., O'Brien-Pallas, L.L., Murray, M., Doran, D., Sidani, S., Shaw, B.L., & Lochhaas-Gerlach, J. (2002). Adequacy of Time per Visit in Community Nursing. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 16 (1), 43-51.
- Cohen, Y. (2004). Rapports de genre, de classe et d'ethnicité.: l'histoire des infirmières au Québec . *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 21 (2), 387-409.
- Cohen, M.Z. (1987). A historical overview of the phenomenological movement. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 19 (1). 31-34.
- Community Health Nurses Association of Canada. (2003). Canadian Community Health Nursing. *Standards of practice*. 26 pages. Alberta, Canada.
- Côté, E. (2002). La main-d'œuvre en soins infirmiers. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir). *Les soins infirmiers, vers une nouvelle perspective* (pp.39-60). Boucherville: Gaétan Morin, éditeur.
- Côté, D. (2002). Le virage ambulatoire : vers l'humanisation des soins ? Dans G. Pérodeau et D. Côté. *Le Virage Ambulatoire : Défis et enjeux*. pp. 13-31. Presses de l'Université du Québec, Québec.
- Côté, D., Gagnon, E., Gilbert, N., Guberman, N., Saillant, F., Thivierge, N., & Tremblay, M. (1998). *Qui donnera les soins ? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*. Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS), Ottawa, Condition féminine Canada.
- Crow, G. (2001). Caring and Professional Practice Settings : The Impact of Technology, Change and Efficiency. *Nursing Administration Quarterly*, 25 (3), 15-23.

- Dallaire, C., O'Neill, M., Lessard, C., & Normand, S. (2003). La profession infirmière au Québec : des défis majeurs qui persistent... Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, G. Bélanger, Le système de santé au Québec : *Organisations, Acteurs et Enjeux*, (pp. 297-336). Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17 (3), 67-92.
- D'Amour, D. (1997). Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. *Thèse de doctorat*, Montréal: Université de Montréal.
- Delmas, P. (1999). Relation entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises de réanimation. *Mémoire de maîtrise inédit*, Université de Montréal, Montréal.
- Delmas, P. (2001). Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la hardiesse, le stress perçu et les stratégies de *coping* et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. *Thèse de Doctorat*, Université de Montréal, Montréal.
- Delmas, P., Escobar, M., & Duquette, A. (2001). La qualité de vie au travail : Validation de la version française d'un instrument de mesure. *L'infirmière du Québec*, 8 (6), 16-18, 20, 21, 24-28.
- Delmas, P., Duquette, A., & Pronost, A-M. (2003). La santé au travail vue sous l'angle d'une ressource personnelle : La hardiesse. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, M. Mayrand-Leclerc, *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 91-108). Québec, Presses Inter Universitaires.
- Delmas, P., Duquette, A., Bourdeau, M., & Pronost, A-M. (2004). Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. *L'infirmière clinicienne*, 1 (1), 12-24.
- Denton, M., Zeytinoglu, I.U., Davies, S., & Lian, J. (2002). Job Stress and Job Dissatisfaction of home care Workers in the Context of Health care Restructuring. *International Journal of Health Services*, 32 (2), 327-357.
- Denton, M., Zeytinoglu, I.U., Davies, S., & Lian, J. (2003). *Organizational Change and the Health and Well-Being of Home care Workers*. Final Report. Submitted to Workplace Safety and Insurance Board. Toronto.
- Desrosiers, G., & Valois, M. (2002). L'effcience et l'efficacité de la pratique infirmière dans un système en mutation. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Dir.), *Les soins infirmiers : Vers de nouvelles perspectives*, (pp. 123-142). Boucherville (Québec) : Gaétan Morin, éditeur (je ne pense pas qu'on mette « éditeur »).

- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Éd. Guérin, Montréal.
- Dienstbier, R. A. (1995). "The Impact of Humor on Energy, Tension, Task Choices and Attributions: Exploring Hypothesis from Toughness Theory." *Motivation and Emotion* 19, 255-67.
- Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche : guide pour les chercheurs en sciences de la santé*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Doran, D., Pickard, J., Harris, J., Coyte, P.C., MacRae, A., Laschinger, H., Darlington, G., & Carryer, J. (2004). Management and Delivery of Community Nursing Services in Ontario: *Impact on the Quality of Care and the Quality of Worklife of Community-based Nurses*. University of Toronto. 21 pages.
- Ducharme, F., Pérodeau, G., & Trudeau, D. (2002). Femmes et Soins : L'expérience du virage ambulatoire à la vieillesse. Dans G. Pérodeau et D. Côté. *Le Virage Ambulatoire : Défis et enjeux*. pp. 85-104. Presses de l'Université du Québec, Québec.
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B., & Saulnier, P. (1995). *Étude longitudinale de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Duquette, A. (2000). Santé de l'infirmière au travail: Qu'en pensez-vous ? *Infirmière canadienne*, 1 (1), 12-13.
- Duquette, A., & Cara, C. (2000). Le *caring* et la santé de l'infirmière. *L'infirmière canadienne*, 1 (2), 10-11.
- Duquette, A., & Carlier, P. (2001). Le soutien au travail, une importante ressource de santé de l'infirmière. *Infirmière canadienne*, 2 (3), 10-11.
- Duquette, A., & Delmas, P. (2002). Le travail menace-t-il la santé des infirmières? *Krankenpflege, soins infirmiers*, 12, 70-73.
- Dussault, G., Fournier, M-A., Zanchetta, M.S., Kérouac, S., Denis, J-L. et Bojanowski, L., Carpentier, M., & Grossman, M. (2001). Le marché du travail en soins infirmiers au Canada: revue de littérature, rapport présenté à la table ronde des intervenants en soins infirmiers, *Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)*, Université de Montréal.
- Duxbury, L., & Higgins, C. (2003). Le conflit entre le travail et la vie personnelle au Canada durant le nouveau millénaire : *État de la question*. Rapport final, Santé Canada. Ottawa, Canada.

- Edwards, G. (1989). The Rise and Fall of the Male Nurse Movement. *Nursing Times*, 85 (3), 51-53.
- Egglefield-Beaudoin, L., & Edgar, L. (2003). Hassles: Their Importance of Nurses' Quality of Worklife. *Nursing Economic*, 21 (3), 106-113.
- Ekstrom, D. (1999). Gender and perceived nurse caring in nurse-patient dyads. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (6), 1393-1401.
- Elizur, D., & Shye, S. (1990). Quality of work and its relation to quality of life. *Applied Psychology: An International Review*, 39 (3), 275-291.
- Evans, J. (1997). Men in nursing: issues of gender segregation and hidden advantage. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (2), 226-231.
- Evans, J.A. (2001). Men nurses and masculinities : *Exploring gendered and sexed relations in nursing*. Thèse de Doctorat, Faculté des sciences infirmières, Université de Dalhousie, Nouvelle-Écosse.
- Evans, J.A. (2002). Cautious caregivers: gender stereotypes and the sexualization of men nurses' touch. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (4), 441-448.
- Evans, J.A., & Blye, F. (2003). Contradictions and Tensions: Exploring Relations of Masculinities in the Numerically Female-Dominated Nursing Profession. *The Journal of Men's Studies*. 11 (3), 277-292.
- Evans, J.A. (2004). Bodies Matter: Men, Masculinity and the Gendered Division of Labour in Nursing. *Journal of Occupational Science* 11 (1), 14-22.
- Falk, R-A. (2000). Watson's philosophy, science, and theory of human caring as a framework for guiding community health nursing practice. *Advanced Nursing Science*, 23(2), 34-49
- Ferrans, C.E. et Powers, M.J. (1992). Psychometric assessment of a Quality of Life Index. *Research Nursing and Health*, 15 (1), 29-38.
- Fillion, L., & Saint-Laurent, L. (2003). Les stressseurs liés à la pratique infirmière en soins palliatifs : les points de vue des infirmières. *Les cahiers de soins palliatifs*, 4, (1), 5-40.
- First Male Nurse (1970). News: First male nurse licensed to practice in Quebec. *The Canadian Nurse*, 66 (2), 10.
- Fortin, M.F., Côté, J., & Fillion, F. (2006). Fondements et étapes du processus de recherche. Montréal. Chenelière-Éducation.
- Fortin, M. F. (1996). Le processus de la recherche. *De la conception à la réalisation*. Montréal : Décarie.

- Frederick, J-A., & Fast, J-E. (2001). Aimer son travail: une stratégie efficace pour équilibrer la vie professionnelle et la vie privée. *Tendance sociale canadiennes*, 11 (8), 9-13.
- Gagnon, E., Guberman, N., Côté, D., Gilbert, C., Thivierge, N., & Tremblay, M. (2001). Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile. Synthèse des résultats. *Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec*, Québec. 26 pages.
- Gagnon, F., & Dallaire, C. (2002). Promotion de la santé : la contribution du savoir infirmier. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers, vers une nouvelle perspective* (pp.255-277). Boucherville: Gaétan Morin, éditeur.
- Gascon, J. (2001). *La signification de la qualité de vie au travail d'infirmières œuvrant en milieu clinique*. Mémoire de Maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Giorgi, A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In: Giorgi, A., ed. *Phenomenology and psychological Research*, 8-22. Pittsburg, PA : Duquesne, Press.
- Giorgi, A. (1997a). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires. *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.361-364). Montréal. Éd. Gaétan Morin.
- Giorgi, A. (1997b). The Theory, Practice and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 236-60.
- Giorgi, A. (2000). The Status of Husserlian Phenomenology in caring Research. *Scandinavian Journal caring Sciences*, 14 (1), 3-10.
- Goode, D.A. (1989). Quality of life, quality of work life. In W.E. Kierman et R. L. Schalock (Eds.), *Economics, industry and disability: A look ahead* (pp.337-349). Baltimore : Brookes.
- Goulet, O. (2002). Une pratique infirmière autonome: un projet ambitieux. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers, vers une nouvelle perspective*. (pp.163-180). Boucherville: Gaétan Morin, éditeur.
- Goulet, O. (1999a). L'autonomie professionnelle et la pratique infirmière. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Soins infirmiers et société*. (pp.135-155). Montréal: Gaétan Morin, éditeur.

- Goulet, O. (1999b). La consolidation de la formation. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Soins infirmiers et société*. (pp.225-256). Montréal: Gaétan Morin, éditeur.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). The Nursing Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3 (1), 11-23.
- Groenewald, T. (2004). A phenomenological Research design Illustrated. *International Journal of Qualitative methods*, 3 (1). 2-26.
- Guérin, G., St-Onge, S., Chevalier, L., Denault, K., & Deschamps, M. (1997). *Le conflit emploi-famille :ses causes et ses conséquences : Résultats d'enquête*, Montréal : Université de Montréal, École de relations industrielles, 23 pages.
- Hagan, L. (1991). *Analyse de l'exercice de la fonction éducative des infirmiers et des infirmières des Centres locaux de services communautaires du Québec*, Thèse de doctorat, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal.
- Havlovic, S. J.(1991). Quality of work life and human resource outcomes. *Industrial Relations*, 30, (1), 469-479.
- Hayden-Miles, M. (2002). Humor in clinical nursing education. *Journal of Nursing Education*,41 (1) 420-425.
- Heikes, E. J. (1991). When men are the minority: the case of men in nursing. *Sociological Quarterly*, 1991, 32 (1), 389-401.
- Hodson, R. (1989). Gender Differences in Job Satisfaction: Why Aren't Women More Dissatisfied ? *The Sociological Quarterly*, 30 (3), 385-399.
- Hycner, R.H. (1999). Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data. In A. Bryman et R.G. Burgess (Eds.), *Qualitative research*, 3, 143-164, London: Sage.
- Inoue, M., Chapman, R., & Wynaden, D. (2006). Male nurses' experiences of providing intimate care for women clients. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 55 (5), 559-567.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). Tendence de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés du Canada.
- Jansen, P.G.M., Kerkstra, A., Abu-Saad, H.H., & Van Der Zee, J. (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burn out in community nursing. *International journal of nursing studies*, 33 (4), 407-421.
- Jelinek, R.C. (1967). A structural model for the patient care operation. *Health Services Research*, 2(3), 226-242.

- Keller, S., Hunter, D., & Shortt, S.E.D. (2004). The Impact of Hospital Restructuring on Home Care Nursing. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17 (2), 82-89.
- Kérouac, S., & Duquette, A. (1992). *  tude longitudinale des déterminants psychosociaux de l'épuisement professionnel et de la santé des infirmières québécoises en milieu g  riatriques*. Document inédit, Université de Montréal.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2  me   dition). Montréal : Beauchemin.
- Kierman, W.E., & Knustson, K. (1990). Quality of work life. In R. Schalock (Ed.) *Quality of life : Perspectives and issues* (p. 101-114). Washington, D.C : American Association on Mental Retardation.
- Kleinman, C.S. (2004). Understanding and Capitalizing on Men's Advantages in Nursing. *Journal of Nursing Administration*, 34 (2), 78-82.
- Kvale, S. (1996). *Interviews : An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C (1991). Job Satisfaction and retention: Insights fort he 1990s, Part. I. *Nursing '91*, 21, 50-55
- Lamontagne, L (1998). Analyse compréhensive de l'expérience de transition organisationnelle des CLSC vécue par des infirmières dans le cadre de la réforme de la santé et des services sociaux du Québec. *Mémoire de maîtrise inédit*, Université de Montréal, Montréal.
- Larroco, S.A. (2004). Policies and Practices that Influence Recruitment and retention of Men in Nursing: A grounded Theory Study of Socializing Men into Nursing. Doctoral Dissertation.
- Laurella-Brown, V. (1996). Gender Trait Differences and Nurse caring. *A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree, Doctor of Philosophy*. College of Nursing, the University of Utah, 126 pages.
- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., & Mayrand-Leclerc, M. (2003). L'environnement de travail : un élément déterminant du bien-être et de la qualité de vie au travail des infirmières. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, M. Mayrand-Leclerc, *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 37-46). Québec, Presses Inter Universitaires.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York : Springer.
- Leipert, B.D. (1996). The value of Community Health Nursing: A Phenomenological Study of the Perceptions of Community Health Nurses. *Public Health Nursing*, 13 (1), 50-57.

- Lewis, D., Brazil, K., Krueger, P., Lohfeld, L., & Tjam, E. (2001). Extrinsic and intrinsic determinants of quality work life. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 14* (2), 6-10.
- Loscocco, K., & Rochelle, A. (1991). Influences on the quality of work and nonwork life : two decades in review. *Journal of Vocational Behavior, 39*, 182-225.
- MacDougall, G. (1997). Caring: a masculine perspective. *Journal of Advanced Nursing, 25* (1), 809-813.
- Mackintosh, C. (1997). A historical study of men in nursing. *Journal of Advanced Nursing, 26* (1), 232-236.
- Maddi, R.S., & Kobasa, C.S. (1984). *The hardie executive: health under stress*. Homewood, Illinois: Dow Jones-Irven.
- Maddi, R.S. (1990). *Issues and interventions in stress mastery*. In H.S. Friedman (Ed), Personality and disease, (pp. 121-154). New York Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley and Sons, Inc.
- Marck, P., Allen, D., & Phillipchuk, D. (2001). Patient safety is pressing concern for RNs: Review of AARN Practice Consultations. *Alberta RN, 5* 7(7), 4-6.
- Marone, C. (2003). Home Health Care Nurses' Perceptions of physician-Nurse Relationships. *Qualitative Health research, 13* (5), 623-635.
- Marsland, L., Robinson, S., & Murrells, T. (1996). Pursuing a career in nursing: differences between men and women qualifying as registered general nurses. *Journal of Nursing Management 4* (4): 231-241
- Mathieu, L., & Mayrand-Leclerc, M. (2003). Gestionnaires mobilisateurs demandés. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, M. Mayrand-Leclerc, *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 127-144). Québec, Presses Inter Universitaires.
- Mayrand-Leclerc, M. (2003). Les caractéristiques organisationnelles des *magnets hospitals* : Pistes de solutions pour réorganiser le travail des infirmières. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, M. Mayrand-Leclerc, *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 37-46). Québec, Presses Inter Universitaires.
- Mericle, B.P. (1983). The Male as Psychiatric Nurse. *Journal of Psychosocial Nursing, 21* (11), 28-34.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Miligan, K. (2001). The concept of care in male nurse work: an ontological hermeneutic study in acute hospitals. *Journal of Advanced Nursing, 35* (1), 7-16.

- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, (MSSSQ). (2003). *Projet de loi no 25 : Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.
- Montgomery, C.L. (1993). Healing through communication. *The practice of caring*. Newbury Park: sage Publication.
- Moulton, R. A. (2000). Empowerment structures and control over nursing practice by home health nurses. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University.
- Nordam, A., Torjuul, K., & Sørli, V. (2005). Ethical challenges in the care of older people and risk of being burned out among male nurses. *Journal of Clinical Nursing* 14 (10), 1248–1256.
- Norrish, B.R., & Rundall, T.G. (2001). Hospital restructuring and the work of registered nurses. *The Milbank Quarterly*, 79 (1), 55-79.
- Nyberg, J. (1989). The Element of Caring in Nursing Administration. *Nursing Administration Quarterly*, 13 (3), 9-16.
- O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (1992). Quality of nursing Worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration* 5 (2), 12-16.
- Oiler, C. (1982). The phenomenological approach in nursing research. *Nursing research*, 31 (1), 79-81.
- Omery, A. (1983). Phenomenology : A method for nursing research. *Advanced in Nursing Science*, 5 (1), 49-63.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1999). L'exercice infirmier en santé communautaire. Les services de santé courants et info-santé. *Direction de la qualité de l'exercice*, 61 pages. Montréal, Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2001). Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec, Montréal, 149 pages.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2005). Évolution des effectifs de la profession infirmière au Québec - Données au 31 mars 2005, Montréal, OIIQ
- Organisation mondiale de la santé (1996). Rapport sur la santé dans le monde: *Combattre la maladie, promouvoir le développement*. OMS Suisse, 137 pages.
- Oandasan, I., Baker, G. R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., Kimpton, S., Lemieux-Charles, L., Nasmith, L., San Martin-Rodriguez, L., Tepper, J., & Way, D. (2006). Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada. *Recommandations et synthèse pour politique*. Fondation canadienne sur les services de santé, 48 pages. Ontario, Canada.

- Oxtoby, K. (2003). Men in Nursing. *Nursing Times*, 99 (32), 20-23.
- Padilla, G., Ferrel, B., Grant, M.M., & Rhiner, M. (1990). Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain. *Cancer nursing*, 13(2), 109-115
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods*. (3rd Ed.). London: Sage Publications.
- Pérodeau, G., Paquette, S., Brissette, L., St-Pierre, C., Bernier, D., & Duquette, A. (2002). L'impact du virage ambulatoire sur les professionnelles de la santé en précarité d'emploi. Dans G. Pérodeau et D. Côté. *Le Virage Ambulatoire : Défis et enjeux*. pp. 85-104. Presses de l'Université du Québec, Québec.
- Perreault, M. (1990). Différenciation sexuelle en matière de santé et de sécurité du travail : *les conditions de travail ou le sexe en cause ?* Dans J.-F. Chanlat (éd.), *l'individu dans l'organisation : les dimensions oubliées* (pp.749-768). Les Presses de l'Université Laval et Les éditions Eska, Paris, 842 pages.
- Ray, M.A. (1991). Phenomenological method for nursing research. In Wayne State University College of Nursing (Ed.), *Summer research conference monograph: Nursing Theory, Research et Practice*, 163-176. Detroit, WSU Press.
- Reeder, F. (1987). The phenomenological movement. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 19 (3), 152-157.
- Reeder, F. (1991a). Conceptual foundations of science and key phenomenological concepts. In Wayne State University College of Nursing (Ed.), *Summer research conference monograph: Nursing theory, research and practice*. (pp.177-187). Detroit USA.
- Reeder, F. (1991b). The importance of knowing what to care about: A phenomenological inquiry using laughing at oneself as a clue. In P. Chinn (Ed.), *Anthology on caring*. (pp.259-280). New York, National League for Nursing.
- Roach, M.S. (1992). *The human act of caring*. A blueprint for the Health Profession, (revised edn). Canadian Hospital Association, Ottawa.
- Roch, G., & Duquette, A.. (2003). Entre l'idéal moral et les impératifs économiques : Recadrer le *caring* dans sa réalité. *L'infirmière canadienne*, 4 (6), 4-7.
- Romen, P., & Anson, O. (2005). Israeli men in nursing: social and personal motives. *Journal of Nursing Management*, 13 (1), 173-178.
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Sciences*, 8 (3), 27-37.
- Sherwood, G. (1997). Patterns of Caring : The Healing Connection of Interpersonal Harmony. *International Journal for Human Caring*, 1 (1), 30-38.

- Sherwood, G. (2003). Leadership for Healthy Work Environment: Caring for the Human Spirit. *Nurse Leader*, 1 (5), 36-40.
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science and Medicine*, 55, 991-1003.
- Simpson, R. (2004). Masculinity at work: the experience of men in female dominated occupations. *Work, employment and society*, 18 (2), 349-368.
- Söderhamn, O. (2001). Aspects of Validity and Reliability in a phenomenological Sense. *Theoria: Journal of Nursing Theory*, 10 (2), 12-17.
- Soerlie, V., Talseth, A-G., & Norberg, A. (1997). Male Nurses. Reasons for Entering and Experiences of Being in the Profession. *Scandinavian Journal caring Sciences*, 11 (1), 113-118.
- Spiegelberg, H. (1982). The phenomenological movement (3rd revised ed.). Boston, MA: Martinus Nijoff.
- Stewart, M.J., & Arklie, M. (1994). Work Satisfaction, Stressors and Support Experienced by Community Health Nurses. *Canadian Journal of Public Health*, 85 (3), 180-184.
- Sullivan, E.J. (2000). Men in Nursing : The Importance of Gender Diversity. *Journal of Professional Nursing*, 16 (5), 253-254.
- Thomson, D., Dunleavy, J., & Bruce, S. (2002). Nurse Job Satisfaction : Factors Relating to Nurse Satisfaction in the Workplace, *rapport commandé par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers*, Ottawa (Ontario).
- Tremblay, D.-G., & Amherdt, C.H. (2000). La vie en double. Les obstacles organisationnels et socioculturels à la conciliation des responsabilités parentales et professionnelles chez les pères et les mères, *Note de recherche de la Chaire sur les enjeux socio-organisationnels de l'économie du savoir*, 96 p. Québec.
- Trudeau, R. (1996). Male registered nurses, 1995. *Health Reports*, 8 (2), 21-27.
- Turcotte, P. R. (1988). La Qualité de Vie au Travail: une voie vers l'excellence. 276 pages. Québec, Université du Québec, les éditions Agence d'ARC Inc.
- Turgeon, J., Anctil, H., & Gauthier, J. (2003). L'évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture ? Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, G. Bélanger, Le système de santé au Québec : *Organisations, Acteurs et Enjeux*, (pp. 93-117). Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Turkel, M. (2003). A Journey into Caring as Experienced by Nurse Managers. *International Journal for Human Caring*, 7(1), 20-26.

- Walters, V., Eyles, J., French, S., & Lenton, R. (1998). Gender Differences in Work and Family life. *The Canadian Nurse*, 94 (2), 31-35.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League of Nursing.
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Toronto, Churchill Livingstone.
- Watson, J. (2001). Theory of Human Caring. In M. E. Parker, *Nursing Theories and Nursing Practice* (pp. 343-354). F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Watson, J. (2006a). Overview of Watson's Theory of Human Caring: Carative factors/caritas processes as guide to professional nursing education and practice. *Danish Clinical Nursing Journal*, 20 (3), 21-27.
- Watson, J. (2006b) Caring theory as ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administrative Quarterly*, 30 (1), 48-55.
- Whittemore, R., Chase, S.K., & Mandle, C.L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health research*, 11 (4), 522-537.
- Whitlock, M., & Leonard, L. (2003). Stepping outside the stereotype. A pilot study of the motivations and experiences of males in the nursing profession. *Journal of Nursing Management*, 11, 242-249.
- Whitlock, M., McLaren, S., Edwards, C., & Robinson, O. (2002). "The Tender Trap": Gender, Part-time Nursing and the Effects of Family Friendly Policies on Career Advancement. *Sociology of Health and Illness*, 24(3), 305-326.
- Wilcock, A.A., Van der Arend, H., Darling, K., Scholz, J., Siddall, R., Snigg, C., & Stephens, J. (1998). An exploratory study of people's perceptions and experiences of wellbeing. *British Journal of Occupational Therapy*, 61 (2), 75-82.
- William, C. (1995). Hidden advantages for men in nursing. *Nursing Administration Quarterly*, 19 (2), 63-70.
- Wilson, G. (2005). The experience of males entering Nursing: A phenomenological analysis of professionally enhancing factors and barriers. *Contemporary Nurse*, 20 (2), 221-233.
- Wright, C.J., & Hearn, J. (1993). Paper delivered at the Nursing Women's History and the Politics of Welfare' conference. *University of Nottingham*, United Kingdom.
- Zawacki, R., Shanahan, R., & Carey, M. (1995). Who Has Higher Job Satisfaction : Male or Female Nurses ? *Nursing Management*, 26 (1), 54-55.

Zeffane, R.M. (1994). Correlates of job satisfaction and their implications for work redesign: A focus on the Australian Telecommunications Industry. *Public Personnel Management*, 23 (1), 61-76.

APPENDICES

APPENDICE A - Schéma de la structure conique de la qualité de vie en général



Figure 1. Structure conique de la qualité de vie au travail en regard de la qualité de vie en général, adaptée par Sylvain Brousseau (2006). Tiré et traduit d'Elizur, D. et Shye, S. (1990). Quality of works and its relation to quality of life. *Applied Psychology: An international review*. 39, (3), p.287.

APPENDICE B - Modèle d'un milieu de travail et les attributs d'un cadre de travail de
l'Association des infirmières et infirmiers du Canada



Figure 2. Modèle de milieu de travail pour une pratique de qualité de soins infirmiers, tiré de l’AIC (2002), p.7.

Attributs d'un bon cadre de travail selon L'AIC	Descripteurs de la vie au travail selon le CCAASS	Indicateurs clés recommandés par l'atelier
Maîtrise de la charge de travail		Heures supplémentaires Rapport entre personnel à temps plein/temps partiel, occasionnel
Leadership		Étendue des responsabilités Leadership
Maîtrise de la pratique	Participation aux décisions Clarté des rôles	Autonomie/Champ de pratique
Soutien et reconnaissance sur le lieu de travail	Bien-être	
Systèmes de perfectionnement professionnel	Environnement enrichissant	Possibilités de perfectionnement professionnel
Innovation et créativité	Transparence	
		Conséquences : absentéisme, griefs

Figure 3. Comparaison entre les attributs d'un cadre de travail selon l'AIC, les descripteurs de la vie au travail selon le CCSAA et les indicateurs de la qualité de vie au travail recommandés par l'atelier. Tiré de l'AIC (2002), p.7.

APPENDICE C - Modèle sur la qualité de vie au travail d'infirmières d'O'Brien-Pallas
(1992)

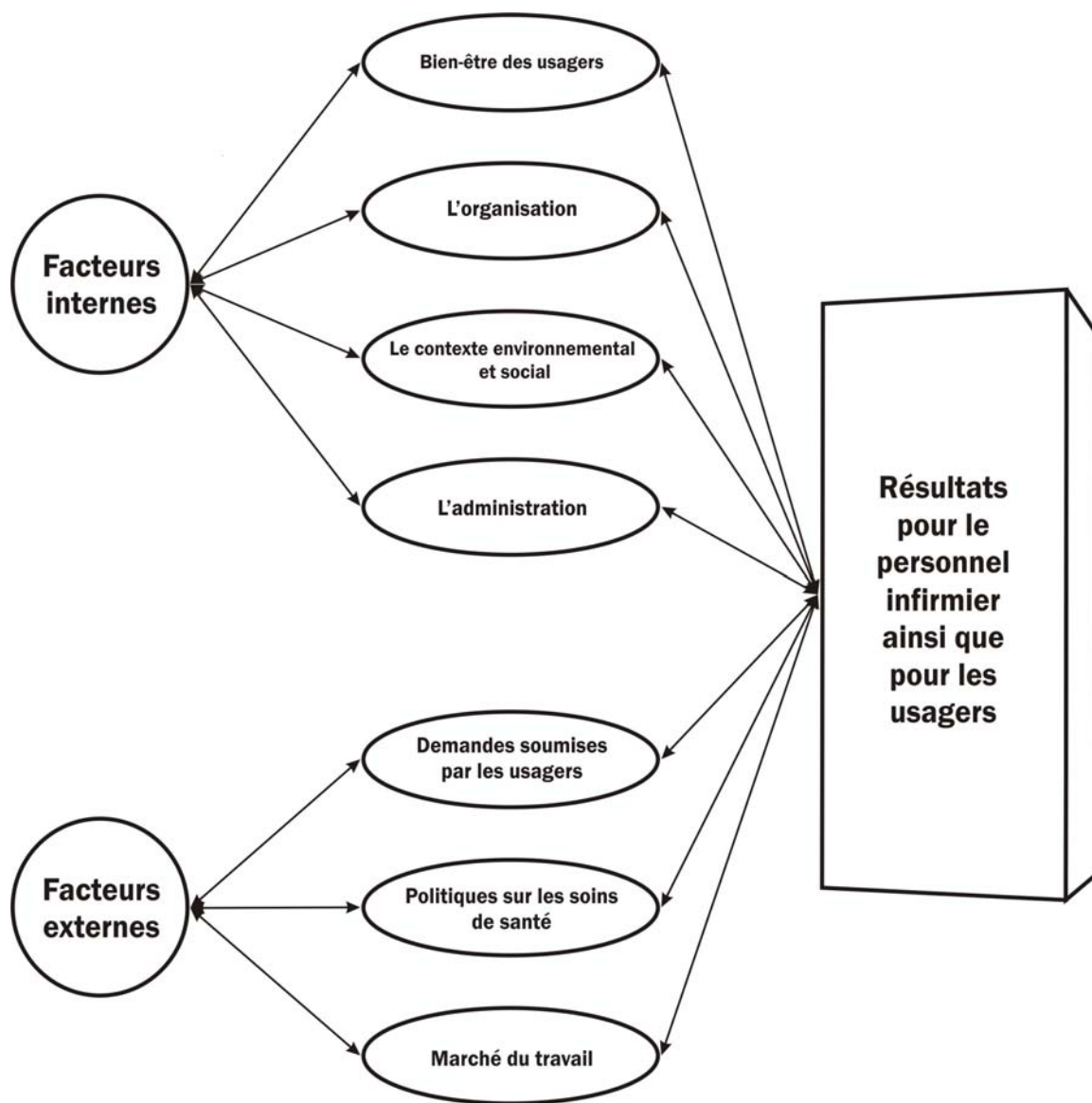


Figure 4. Modèle sur la qualité de vie au travail des infirmières (O'Brien-Pallas & Baumann, 1992) traduction libre et tiré de Blythe et al. (2003), p.25.

APPENDICE D - Facteurs caratifs de Watson

Les facteurs caratifs de Watson (1988)

1. La formation d'un système de valeurs humanistes et altruistes;
2. L'inspiration de sentiments de croyance et d'espoir;
3. Le fait de favoriser la prise de conscience de soi et des autres;
4. Le développement d'une relation d'aide et de confiance;
5. Le fait de favoriser et d'accepter l'expression de sentiments positifs et négatifs;
6. L'utilisation systématique et créatrice de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de soins infirmiers;
7. Le fait de favoriser le développement intra-personnel et interpersonnel par l'apprentissage et l'enseignement trans-personnel;
8. La promotion d'un milieu de support, de protection et/ou de modification de l'état mental, physique, socio-culturel et spirituel de la personne;
9. L'aide à apporter en vue de faciliter la satisfaction des besoins de la personne;
10. La reconnaissance de la présence des forces existentielles-phénoménologiques et spirituelles.

Tiré de Cara, (2003)

APPENDICE E – *Bracketing*, préconceptions et croyances de l'étudiant-chercheur en regard au phénomène à l'étude

Les préconceptions de l'étudiant-chercheur en regard du phénomène

Avant même d'avoir fait la recension des écrits, la qualité de vie au travail se définissait pour moi comme étant un niveau élevé de satisfaction au travail. À vrai dire, je crois qu'il y a plusieurs dimensions qui peuvent agir sur la qualité de vie au travail. Il s'agit : 1) de l'autonomie dont on dispose, 2) du leadership que l'on a, 3) de la latitude décisionnelle dont on jouit, 4) de la possibilité de s'actualiser, 5) du climat de travail, 6) des relations avec les pairs et avec les décideurs, etc. La vision qu'a l'infirmier face à ces différentes sphères peut, soit favoriser, soit nuire à son équilibre personnel et professionnel. La qualité de vie au travail vise également à rendre son milieu de travail compatible avec son espace de vie global en lui permettant d'être en harmonie sur les plans personnel, professionnel et spirituel. La santé et le mieux-être sont bien plus que l'absence de maladie. La santé est un élément vital quotidiennement affecté par les conditions, les attitudes, les croyances et les activités personnelles ainsi que par les environnements culturel, social, économique et matériel dans lesquels la personne vit. Un environnement de travail sain comporte des bienfaits, tant pour l'employeur que pour les employés; en effet, des pratiques saines favorisent à la fois l'épanouissement personnel et la productivité de l'organisation. La promotion de la santé est une démarche qui favorise la prise en main, par les employés, de leur santé physique, émotive et sociale. Je crois que l'adéquation de tous ces éléments favorisent à la fois la satisfaction, le bien-être, la santé et a, comme conséquence, de promouvoir la qualité de vie au travail des infirmiers.

Mes croyances et valeurs en regard du phénomène

Mes valeurs doivent être en accord avec celles de l'organisation dans laquelle je travaille et doivent aussi répondre aux intérêts de l'organisation. Il m'est impossible de travailler dans une organisation qui prône des valeurs et des croyances de gestion allant à l'encontre de celles que je préconise. Je pense que le fait que l'infirmier puisse exercer son leadership et participer aux prises de décisions, contribue à favoriser sa qualité de vie au travail. Il est primordial que les gestionnaires exercent une attitude d'ouverture et d'humanisme à l'égard du personnel; une telle attitude aide souvent à désamorcer des crises et des conflits au sein d'une équipe de travail. En effet, effectuer quotidiennement des tâches autres que les soins infirmiers et qui ne nous plaisent pas, risque de générer de l'insatisfaction et des conflits. Cet aspect m'apparaît essentiel à considérer lors des changements

organisationnels, des fusions ainsi qu'en situation de compressions budgétaires, où l'on exige, des personnes, une plus grande polyvalence et une réduction de latitude décisionnelle de la part de l'infirmier pour donner des soins de qualité à la population. Il est important que l'infirmier soit en mesure d'utiliser, librement et sans contrainte, son jugement clinique car cela favorise l'avancement de la profession infirmière et une qualité de vie au travail plus satisfaisante. Je suis en faveur du fait que les infirmiers puissent être en mesure de s'exprimer en toute confiance et de discuter de leurs idées et projets avec les décideurs et qu'ils puissent aussi exprimer leurs réticences et les divergences qu'ils ont et ce, de façon constructive. Je crois aussi que l'humour au travail et la coopération entre les collègues contribuent à diminuer le stress associé au travail infirmier. Or, un climat favorisant des échanges positifs, la gestion participative, la résolution de problème, la démocratie, etc., laisse place à de l'innovation et contribue à promouvoir et à maintenir la qualité de vie au travail.

Dans le contexte de la réorganisation actuelle (CSSS) du réseau de la santé, je crois que la philosophie du *human caring* de Watson (1988, 2001, 2005) va m'aider à accroître ma confiance et mon estime de moi-même, favorisant du même coup, le maintien de ma qualité de vie au travail. Le *caring* représente un idéal moral qui nous permet d'aller au-delà du soin à la personne. Il m'aide à être en harmonie esprit-corps-âme et me permet d'atteindre une forme d'actualisation de moi. Il me motive à prendre soin des personnes qui m'entourent ainsi que de moi-même. Il favorise à la fois un équilibre et un épanouissement personnel et professionnel. De ce fait, il m'amène à préserver ma qualité de vie au travail et est une force interne favorisant ma qualité de vie au travail. Il me permet de conserver un équilibre et de miser sur les possibilités d'une situation plutôt que sur mes limites, tout en prenant conscience, comme homme, de mon potentiel comme soignant. Finalement, je crois que les hommes, à cause de leur masculinité, ont une façon propre à eux d'exprimer leurs valeurs de *caring* qui peuvent être à la fois similaires et différentes de celles des femmes.

APPENDICE F - Formulaire de consentement et sociodémographique

Le formulaire de consentement

Les renseignements donnés aux participants concernant le projet de recherche

Titre de la recherche

La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en Centre de santé et des services sociaux, mission CLSC.

Chercheur principal : Sylvain Brousseau, inf. B.Sc. (Cand.) Maîtrise en sciences infirmières

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Montréal, Québec

Co-chercheur : Marie Alderson, inf. Ph.D. (Directrice de mémoire)

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Montréal, Québec

514-343-7485

Co-chercheur : Chantal Cara, inf. Ph.D. (Co-directrice)

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Montréal, Québec

514-343-7414

Le phénomène à l'étude

Dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières, ce projet d'étude vise à décrire et comprendre la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en Centre de santé et des services sociaux, mission CLSC.

Depuis le début des années '90, les réseaux de la santé au Québec, au Canada et dans le monde ont été soumis à une vaste restructuration imposée par des restrictions budgétaires importantes et par une rationalisation des ressources humaines, bousculant du même coup, l'environnement de travail et les pratiques de soins chez les infirmières et infirmiers. Cette restructuration a eu des conséquences négatives sur la qualité de vie au travail (QVT) des infirmières et infirmiers. Malgré la place grandissante qu'occupent les hommes dans la profession infirmière, la plupart des études existantes ne font cependant pas mention de la qualité de vie au travail des infirmiers. La présente étude investigate précisément la qualité de vie au travail des hommes infirmiers en santé communautaire dans une perspective salutogénique. Malgré les différences entre hommes et femmes, au point de vue du corps, les infirmiers perçoivent et vivent à l'instar de leurs collègues féminines, les mêmes bouleversements du réseau de la santé.

La profession infirmière au Québec compte actuellement 9,1 % d'hommes. De l'ensemble des hommes, 6,7 % déclarent exercer en CLSC et 93% œuvrent en soins aigus et en soins de longue durée (données non publiées de l'OIIQ). Mentionnons que la plupart des études traitant de la qualité de vie au travail, ont surtout été effectuées sous un point de vue pathogénique et chez les infirmières œuvrant en milieu hospitalier. Ainsi, importe-t-il d'investiguer, plus spécifiquement, la qualité de vie au travail des infirmiers en mission CLSC dans une perspective salutogénique. Cette étude s'avère importante pour le renouvellement des pratiques de gestion en soins infirmiers; elle permettra l'élaboration de stratégies de prévention en termes de qualité de vie au travail et de modes d'intervention en gestion contribuant au maintien et à l'amélioration de la qualité de vie au travail des infirmiers. Enfin, les résultats devraient aussi intéresser les milieux d'enseignement dans une perspective, entre autres, de formation en santé et sécurité du travail.

Le but de l'étude

Cette recherche qualitative phénoménologique a pour but de décrire et de comprendre la signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en CSSS, mission CLSC.

Les modalités de participation à l'étude

La participation de cinq participants est jugée raisonnable pour mener à bien ce projet de recherche dans un contexte de maîtrise. Si vous êtes intéressé à participer à cette étude, vous aurez à signer un formulaire de consentement après avoir pris connaissance du projet et, par la suite, à compléter un questionnaire socio-démographique. Vous aurez également à accepter d'être enregistré sur bande audio lors des entretiens, lesquels se dérouleront sur une durée approximative de 60 à 90 minutes dans un lieu qui vous conviendra. Seuls la directrice et co-directrice de recherche ainsi que l'étudiant-chercheur auront accès à ces bandes; celles-ci seront gardées en un lieu sûr et détruites 7 ans après

la fin de l'étude. La confidentialité des données sera respectée tout au long de cette étude, notamment grâce à l'utilisation d'un pseudonyme.

Les conditions de participation

Pour participer à cette recherche, il est important que vous répondiez aux conditions suivantes : 1) être infirmier; 2) occuper un emploi ou assumer un remplacement à temps complet en CSSS, mission CLSC, depuis au moins un an; 3) comprendre et parler le français; 4) désirer partager l'expérience vécue de leur qualité de vie au travail; 5) accepter volontairement de participer à la recherche.

Les avantages à participer à l'étude

Les résultats permettront les avenues pour la qualité de vie au travail par l'élaboration d'interventions en gestion qui pourront contribuer à l'amélioration de la qualité de vie au travail des infirmiers. En nous indiquant votre perception du phénomène à l'étude, vous participerez à l'avancement des connaissances en sciences infirmières dans le champ, entre autres, de la qualité de vie au travail.

Les risques et inconforts à participer à l'étude

Votre participation à cette recherche peut vous apporter certains inconforts liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource capable de vous aider.

La liberté de participation

La sélection des participants se fera sur une base volontaire. Vous serez libre de vous retirer du projet de recherche en tout temps, sans préjudice, ni conséquence sur votre pratique professionnelle. Vous aurez juste à aviser verbalement ou par écrit l'étudiant-chercheur au numéro suivant : XXX-XXX-XXXX poste XXXX.

Le caractère confidentiel des informations

Un pseudonyme vous sera attribué tout au long de l'étude afin d'assurer la confidentialité de votre témoignage. Les renseignements reçus de votre part demeureront également strictement confidentiels. De plus, les données recueillies seront codées et ce, durant la transcription, l'analyse des données et la transmission des résultats. Seuls la directrice, la co-directrice et moi-même auront accès aux bandes audio lors de l'analyse des données qui seront conservées dans un lieu sûr (coffret de sûreté) et détruites après 7 ans.

L'éthique

Pour tout problème éthique en ce qui a trait aux conditions dans lesquelles se déroulera votre participation au projet, vous pourrez, après avoir discuté avec le responsable de l'étude, faire part de vos préoccupations au président du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal, Monsieur Michel Bergeron au N° de téléphone suivant : 514-343-6111 poste 1-5520. Si les réponses apportées à vos questions devaient s'avérer insuffisantes ou insatisfaisantes, il vous sera

toujours possible de communiquer avec la déléguée de l'ombudsman pour les sciences infirmières de l'Université de Montréal, Madame Pascale Descary au 514-343-2100.

Les questions sur l'étude

Pour toute question relative à l'étude, vous pouvez contacter, en tout temps, l'étudiant-chercheur au numéro suivant : XXX-XXX-XXXX poste XXXX.

La signature du formulaire de consentement

Titre de l'étude : La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers œuvrant en Centre de santé et des services sociaux, mission CLSC.

Chercheur responsable et collaboratrices :

Sylvain Brousseau, inf., B.Sc. (Cand.) Maîtrise en sciences infirmières

Marie Alderson, inf., Ph.D (directrice de recherche)

Chantal Cara, inf., Ph.D (co-directrice de recherche)

Je (nom en lettres moulées du participant).....déclare avoir pris connaissance des renseignements ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec (nom du chercheur en lettres moulées).....et compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et dans un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux, en tout temps, me retirer sans préjudice.

Signature du participant..... Date.....

Je, (nom en lettres moulées du chercheur).....déclare avoir expliqué le but, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du participant).....

Signature de l'investigateur.....

Le formulaire socio-démographique

Veillez fournir une courte réponse écrite aux questions suivantes. Soyez assuré que les renseignements demeureront confidentiels.

❖ Âge :- _____

Formation

❖ Formation académique : _____

Emploi

❖ Employeur : _____

❖ Statut d'emploi : _____

❖ Quart de travail : _____

❖ Programme : _____

❖ Nombre d'années d'expérience comme infirmier en CLSC: _____

APPENDICE G - Données sociodémographiques des participants

TABLEAU 1. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS

Participants (Pseudonymes)	Âge	Genre	Formation académique	Années expériences à titre d'infirmier en CLSC	Quart de travail	Statut d'emploi	Programme du CLSC
1) Alexandre	37 ans	Masculin	Baccalauréat en sciences infirmières	12 ans	Jour	Temps complet	Soutien à domicile
2) Luc	29 ans	Masculin	Baccalauréat en sciences infirmières	2 ans	Soir	Temps complet	Soutien à domicile
3) Pierre	44 ans	Masculin	Baccalauréat en sciences de la santé	2 ans et demi	Jour et soir	Temps complet	Soutien à domicile
4) George	48 ans	Masculin	Baccalauréat en sciences infirmières	29 ans	Jour et soir	Temps complet	Santé mentale courant
5) Stéphane	35 ans	Masculin	Baccalauréat en sciences de la santé	5 ans	Jour	Temps complet	Soutien à domicile

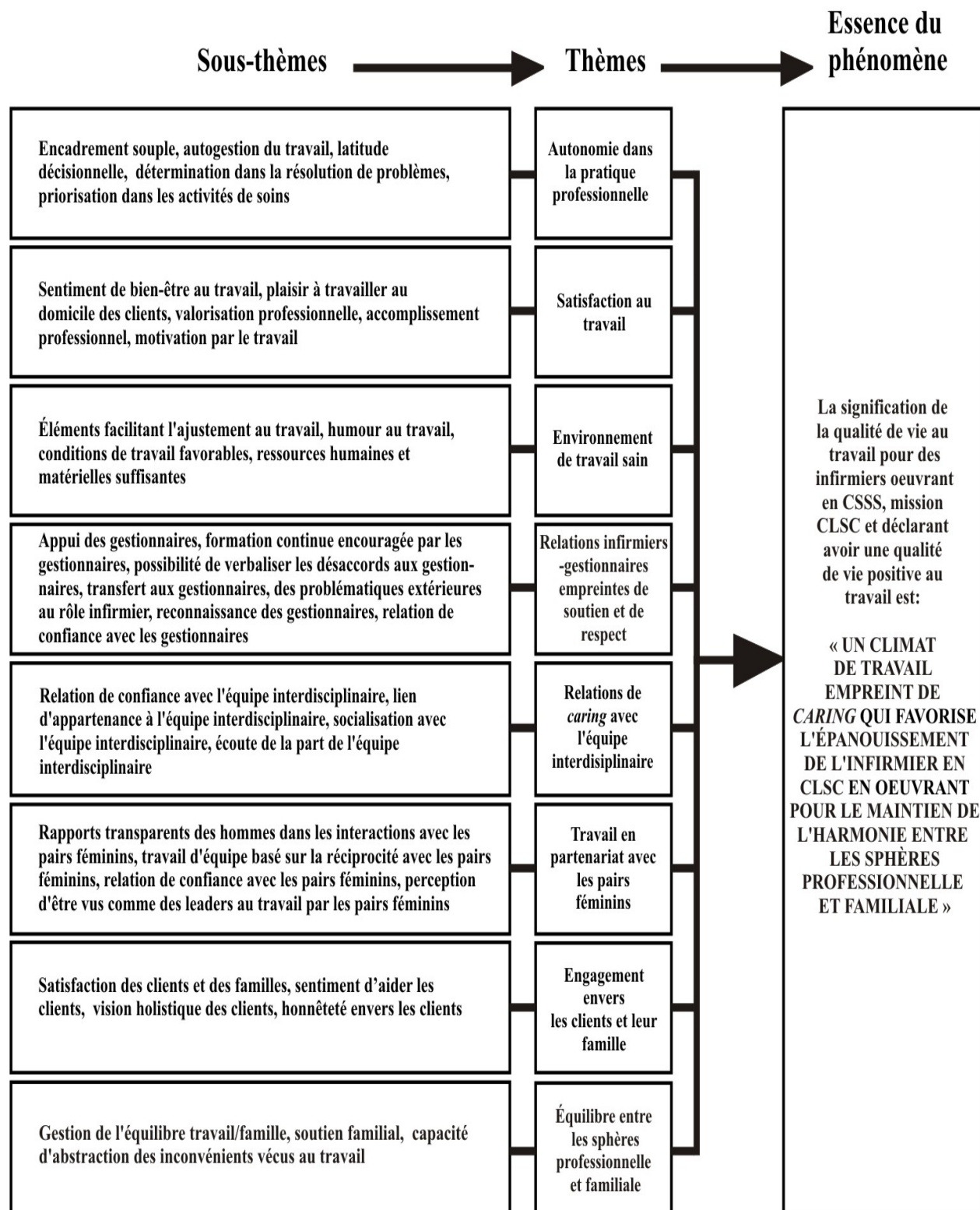
APPENDICE H – Guide d’entrevue

Guide d'entrevue

- Que signifie pour vous, en tant qu'homme infirmier, le fait d'avoir une bonne qualité de vie au travail ?
- Dites-moi ce que cela représente pour vous d'avoir une qualité de vie au travail ?
- Racontez-moi un évènement vécu, dans le cadre de votre emploi, en tant qu'homme infirmier, où vous avez ressenti avoir une qualité de vie au travail?
- Qu'est-ce qui favorise votre qualité de vie au travail ?
- Souhaitez-vous ajouter autre chose à propos de la qualité de vie au travail ?

APPENDICE I - Schéma du processus d'analyse des données

Schéma du processus d'analyse phénoménologique



APPENDICE J - Figure de l'analyse des données

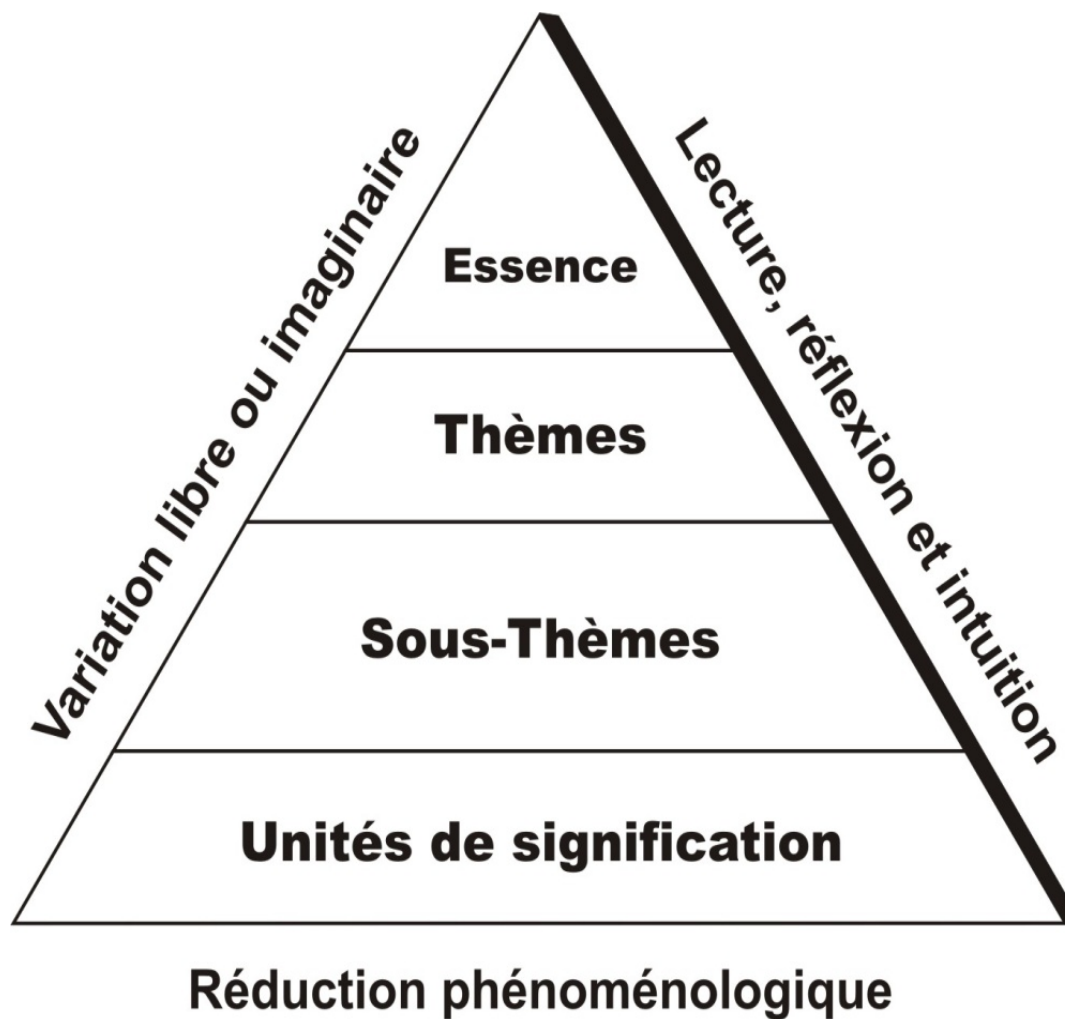


Figure 5. Processus d'analyse des données en phénoménologie, tiré de Cara, (2004). La méthodologie phénoménologique : Une approche qualitative à découvrir, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

APPENDICE K - Extrait de l'entrevue d'Alexandre

Extrait de l'entrevue d'Alexandre

VERBATIM DE L'ENTREVUE**UNITÉS DE SIGNIFICATION**

<p>La qualité de vie au travail signifie pour moi d'avoir de l'autonomie. Je trouve que j'ai une certaine latitude que je trouve en milieu de CLSC et différent du milieu hospitalier.</p>	<p>Perception que la latitude dans le travail favorise la QVT</p>
<p>J'ai du plaisir à aller et travailler dans l'environnement ou les domiciles des personnes. À l'hôpital, le client vient dans notre environnement tandis que là, nous, on va dans son environnement.</p>	<p>Perception d'avoir du plaisir à travailler au domicile des clients</p>
<p>Le CLSC est un milieu de travail qui est très différent et très ouvert. Je me sens bien là-dedans et cela aide à avoir une meilleure qualité de vie au travail</p>	<p>Perception que le milieu de travail en CLSC procure un sentiment de bien-être et contribue à une meilleure qualité de vie au travail</p>
<p>Nos superviseurs au CLSC nous aident tout en nous respectant. On a des gestionnaires aussi qui sont très compétents et respectueux envers nous et qui nous appuient très bien. Je sais que si une situation dépasse mes compétences, je vais pouvoir compter sur les patrons. En plus, cela aide d'avoir de bons rapports avec eux et c'est important pour ma qualité de vie au travail.</p>	<p>Perception d'avoir du soutien de son gestionnaire au CLSC</p>
	<p>Perception de pouvoir obtenir de l'aide des gestionnaires lorsque cela dépasse les compétences</p>
	<p>Importance des relations positives avec le gestionnaire pour sa qualité de vie au travail</p>
<p>L'humour est bien important pour moi au travail. Cela aide à se détendre et à être bien dans mon environnement de travail et favorise ma qualité de vie au travail. Tu sais, pour moi, la qualité de vie au travail passe aussi par la satisfaction au travail. De plus, il y a l'ambiance positive au travail et t'as le sentiment d'être satisfait au travail, d'être heureux de rentrer, de ne pas avoir la nausée. Puis, si tu te sens satisfait de ton travail à la fin de la journée, tu auras une bonne qualité de vie au travail.</p>	<p>Importance de l'humour au travail pour l'environnement de travail ainsi que le bien-être</p>
	<p>Perception que la qualité de vie au travail passe par la satisfaction au travail</p>
	<p>Perception que l'ambiance de travail amène de la satisfaction au travail et aide à maintenir une bonne qualité de vie au travail</p>
<p>Il y a aussi la gestion travail-famille et le soutien de ma femme, qui est important pour moi. Comme par exemple, résider près du lieu de travail me permet de bien gérer la vie familiale et le travail et de répondre à mes obligations à tous les niveaux. Tu sais, ce sont pour moi des aspects positifs qui favorisent grandement ma qualité de vie au travail.</p>	<p>Importance du soutien familial amène un équilibre professionnel et familial</p>
	<p>Importance d'être capable de gérer le travail et la famille favorise la qualité de vie au travail</p>

APPENDICE L - Certificat d'éthique

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CERSS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers oeuvrant en Centre de Santé et des Services sociaux, mission CLSC



Sous la direction de : Marie Alderson

Financé par : N/A

À la réunion du 30 mai 2005, 10 membres du CERSS étaient présents. Ce sont : la président intérimaire, le représentant de la Faculté de pharmacie, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, la représentante de l'École d'optométrie, le représentant du Département de kinésiologie, l'experte en droit, l'experte en éthique, la représentante des étudiants, et les deux représentants du public.

Ils ont jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

Ce certificat est émis pour la période du : **30 juin 2005 au 29 juin 2006.**


Michel Bergeron
Président intérimaire du CERSS
Direction générale de la recherche
Pavillon 3744 Jean-Brillant, local 450-30
Tél. : (514) 343-6111, poste 5520 / Fax : (514) 343-2326


Le 30 juin 2005.

APPENDICE M - Lignes directrices du *Journal of Advanced Nursing*


[Home](#)
[New Developments in JAN](#)
[Aims and Scope](#)
[Author Information](#)
[Submitting your Paper](#)
[Guidelines for Authors](#)
[Author Support and FAQs](#)
[Technical Information](#)
[Reviewers' Guidelines](#)
[Book Reviews](#)
[Editor's Notes](#)
[Guidelines for JAN Forum](#)
[How to get Involved](#)
[Editorial Team](#)
[Contacts](#)
[Press Room](#)
[This Issue of JAN](#)
[FREE Articles](#)
[Abstracting and Indexing](#)
[Top Accessed Articles](#)
[Search Blackwell Synergy](#)
[Index](#)

[SUBMIT YOUR PAPER ONLINE](#)
[SUBSCRIBE](#)
[SAMPLE COPY](#)

Blackwell Synergy  **FREE Table of Contents Email Alerts**

Empirical Research Papers

Introduction

Rationale, context, international relevance of topic

Background

This should be a substantial, critical literature review
Provide a critical review of relevant theoretical and empirical literature

For reports of quantitative studies, present the theoretical framework of the research. Identify and provide an overview of the conceptual model and/or theory that guided the study. Explain the connections between the conceptual model or theory and the study variables. Identify and define each study variable. Explain connections between study variables and support those connections with relevant theoretical and empirical literature.

For reports of qualitative studies, identify the rationale for selection of the phenomenon studied. Note that simply stating that the phenomenon has not yet been studied is not sufficient, as some phenomena are trivial and, therefore, are not worthy of study.

Should end with conclusions drawn from the review for the study

The Study (subheading preferably in the following order)

Aim/s

Of the study

Include research objectives / questions / hypothesis(es)

For example, *"The aim of the study was to..."*, *"The following hypotheses were tested: ..."*

Design / Methodology

For quantitative studies this should be, for example, survey, randomised controlled trial, quasi-experimental, descriptive, cross-sectional, etc

For quantitative studies this should be, for example, grounded theory, phenomenology, ethnography, etc

Sample / Participants

Type – random, stratified, convenience, purposive (state what purpose)

Size

Description

Justification for the above

Was a power calculation done, if appropriate, and if not, why not

For example, *"A convenience sample of Registered Nurses was recruited, A random sample of patients was recruited..."*

"The inclusion criteria were..." "The exclusion criteria were..."

Data collection

Subheadings for different types if appropriate, e.g. questionnaires, interviews, observation

Pilot study – if done, what changes (if any) did this lead to for the main study?

For example, *"Data were collected using a questionnaire..."*, *"Focus groups were conducted ..."*

The year of data collection should be included;

normally this should be no more than 5 years between data collection to submission of the paper

Validity and reliability / Rigour as appropriate

Statement of criteria used – should be appropriate to the design/methodology

Steps taken to ensure this - if audit trail, research journal, peer assessment, etc, mentioned then give the results of this – do not just mention that it was done

Ethical considerations

Ethics committee approval

Information and guarantees given to participants

Any special considerations, and how dealt with

Data analysis

Including software used, if appropriate

For example, *"The data were analysed using SPSS version X..."*, *" The data were analysed using thematic content analysis..."*

Results / Findings

Start with a description of actual sample studied.

For example, *"The study participants ranged in age from X to Y years..."*

Present results explicitly for each study aim or research question or hypothesis. Indicate whether each hypothesis was supported or rejected.

Subheadings as appropriate. For qualitative research – findings and discussion/literature may be integrated

Discussion

Start with limitations

Must be in relation to the literature. Do previous research findings match or differ from yours?

Draw conclusions about what new knowledge has emerged from the study. For example, this new knowledge could contribute to new conceptualisations or question existing ones; it could lead to the development of tentative/substantive theories (or even hypotheses), it could advance/question existing theories or provide methodological insights, or it could provide data that could lead to improvements in practice.

Conclusions

Real conclusions, not just a summary/repetition of the findings

Draw conclusions about the adequacy of the theory in relation to the data. Indicate whether the data supported or refuted the theory. Indicate whether the conceptual model was a useful and adequate guide for the study.

Recommendations for international nursing practice/research/education/management as appropriate, and consistent with the limitations

Notes

Presentational style

Do not anthropomorphize inanimate objects, i.e. do not write about 'things' as if they were 'people'.

For example, do not write *"The study explored ..."*

Instead, write something such as: *"The purpose of the study was to explore ..."*

Alternatively, use the first person, for example: *"In this study we/I explored..."*, *"We interviewed a convenience sample of 20 Registered Nurses"*.

See also - author guidelines about [Readability](#)

See also - author guidelines about [International Relevance](#).

Authors are cautioned against submitting multiple papers about one study without adequate justification (i.e., avoid "salami slicing") and against including content about background literature and methods that already has appeared in another paper by the same author(s) without appropriate citations (i.e., avoid self-plagiarism).

[Home](#) | [New Developments in JAN](#) | [Aims and Scope](#) | [Author Information](#) | [Reviewer Information](#) | [How to get Involved](#) | [Editorial Team](#) | [Contacts](#) | [Press Room](#) | [This Issue of JAN](#) | [FREE Articles](#) | [Editor's Notes](#) | [Abstracting and Indexing](#) | [Search Blackwell Synergy](#) | [Feedback](#) | [Privacy Policy](#) | [Index](#)



© Blackwell Publishing Ltd

APPENDICE N – Fréquence des sous-thèmes

TABLEAU 2. FRÉQUENCE DES SOUS-THÈMES

Sous-thèmes	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4	Participant 5	Nbre de pers. Visées	Total
Encadrement souple en CLSC	7	6	5	6	5	5	29
Autogestion du travail en CLSC	3	4	4	3	5	5	19
Latitude décisionnelle en CLSC	5	4	0	4	4	4	17
Détermination dans la résolution des problèmes au travail	3	6	0	0	2	3	11
Priorité dans les activités de soins	4	0	0	1	3	3	8
Sentiment de bien-être au travail	6	5	6	6	6	5	29
Plaisir à travailler au domicile des clients	6	8	6	0	3	4	23
Accomplissement au travail	5	5	8	0	5	4	23
Motivation au travail	3	0	4	0	3	3	10
Valorisation au travail	0	0	4	2	4	3	10
Éléments facilitant l'ajustement au travail	9	3	5	4	5	5	26
Conditions de travail favorables	6	5	5	4	4	5	24
Humour au travail	3	7	0	5	6	4	21



Sous-thèmes	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4	Participant 5	Nbre de pers. Visées	Total
Ressources humaines et matérielles suffisantes	0	8	5	3	0	3	16
Appui des gestionnaires	7	4	5	7	3	5	26
Formation continue encouragée par les gestionnaires	5	2	6	6	1	5	20
Possibilité de verbaliser les désaccords aux gestionnaires	4	4	5	0	7	4	20
Transfert aux gestionnaires des problématiques extérieures au rôle infirmier	5	0	6	7	2	4	20
Reconnaissance de la part des gestionnaires	0	5	9	2	0	3	16
Relation de confiance avec les gestionnaires	6	2	0	2	0	3	10
Relation de confiance avec l'équipe interdisciplinaire	4	5	3	5	5	5	22
Lien d'appartenance avec l'équipe interdisciplinaire	4	6	3	5	0	4	18
Socialisation avec l'équipe interdisciplinaire	0	5	0	4	3	3	12

Sous-thèmes	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4	Participant 5	Nbre de pers. Visées	Total
Écoute de la part de l'équipe interdisciplinaire	5	2	0	5	0	3	12
Rapports transparents des hommes dans les interactions	10	3	1	9	3	5	26
Travail d'équipe basé sur la réciprocité avec les pairs féminins	7	3	4	4	5	5	23
Relation de confiance avec les pairs féminins	5	6	6	5	0	4	22
Perception d'être vus comme des leaders au travail par les pairs féminins	6	0	0	0	5	2	11
Satisfaction des clients et familles	7	7	3	4	4	5	25
Sentiment d'aider les clients	6	6	4	3	4	5	23
Vision holistique des clients	7	5	0	2	0	3	14
Honnêteté envers les clients	5	3	0	4	0	3	12
Gestion de l'équilibre travail-famille	6	4	3	7	3	4	23
Soutien familial	6	5	0	6	5	4	22
Capacité d'abstraction des problèmes vécus au travail	2	4	0	0	0	2	6

APPENDICE O - *Verbatim* appuyant la formulation des sous-thèmes



Verbatim 	Sous-thèmes 	Thème
<i>Dans un milieu trop encadré, moi je trouverais ça difficile. Le travail en milieu communautaire et surtout en soins à domicile, je trouve que ce n'est pas aussi encadré que le milieu hospitalier et je dirais même que c'est plus souple</i>	Encadrement souple	1) Autonomie dans la pratique professionnelle
<i>Même si j'exerce spécialement de soir aux soins à domicile, je peux te dire que j'adore travailler en milieu communautaire. Cela nous donne beaucoup plus d'autonomie en CLSC car j'ai la possibilité de gérer ma propre charge de cas, mes vacances, mon horaire de travail. Comme je suis le seul au CLSC, quand je reviens de ma route, c'est moi-même qui gère mon caseload.</i>	Autogestion du travail	
<i>Nous avons plus de latitude pour prendre des décisions en CLSC et on se sent beaucoup plus autonomes. Puis le fait de se retrouver seul avec le client, te donne de la latitude pour des décisions que tu as à prendre. On peut prendre des contrats tacites avec nos clients. Le fait d'avoir cette latitude-là, de notre employeur, nous donne cette autonomie dans notre pratique. C'est pour cela que je trouve que j'ai une bonne qualité de vie au travail. Tu as l'impression de faire partie du processus décisionnel.</i>	Latitude décisionnelle	
<i>C'est important pour maintenir ma qualité de vie au travail de résoudre les problèmes. Il est primordial de les régler rapidement pour ne pas que cela dégénère en conflit inutilement.</i>	Détermination dans la résolution de problèmes	
<i>Tu sais ce qui favorise ma qualité de vie au travail c'est de sentir que je peux prioriser certains soins par rapport à d'autres dans mon caseload et selon les urgences de la journée.</i>	Priorisation dans les activités de soins	



Verbatim 	Sous-thèmes 	Thème
<i>Pour ma qualité de vie au travail, je me sens beaucoup mieux en milieu communautaire qu'en milieu hospitalier. D'avoir une bonne qualité de vie au travail, c'est de se sentir bien avec le client ou dans son milieu de travail avec nos collègues.</i>	Sentiment de bien-être au travail	2) Satisfaction au travail
<i>Tu sais, il y a des malades à la maison et ça, je trouve cela extraordinaire de donner des soins infirmiers à domicile et ça me rend heureux de prendre soin à la maison. Ce sont des petits moments qui fait que j'aime mon travail et qui me donne du plaisir et de la satisfaction au travail. Je m'investis plus auprès du client à la maison. Le milieu où j'interviens, c'est au domicile du client et me rend heureux au travail.</i>	Plaisir à travailler au domicile des clients	
<i>Lorsque tu fais du bon travail, c'est bien valorisant pour ta qualité de vie au travail, c'est pour moi très, très important. J'ai l'impression d'apporter de l'eau au moulin. C'est aussi pour moi un bon sentiment et à la fin de ta journée cela te donne un certain sentiment de satisfaction et de valorisation professionnelle.</i>	Valorisation professionnelle	
<i>Pour moi, d'intervenir à domicile me permet, me donne un sentiment d'accomplissement car après avoir donné un soin, j'ai en retour la confiance du client. Pour moi, c'est comme un accomplissement professionnel et cela augmente ma qualité de vie au travail. Le fait d'entrer en relation avec le client dans son milieu et de le guider me donne la possibilité de m'accomplir professionnellement.</i>	Accomplissement professionnel	
<i>Ce qui favorise ma qualité de vie au travail, c'est d'aller chercher la motivation en mobilisant les gens au travail. Il y a aussi d'avoir un travail stimulant sur le plan intellectuel et professionnel et surtout non routinier en CLSC. Personnellement, je trouve que le travail en CLSC est très motivant.</i>	Motivation par le travail	



Verbatim 	Sous-thèmes 	Thème
<i>Le fait que l'organisation me permette de m'intégrer et m'ajuster au travail aide à ma qualité de vie au travail. Tu sais, j'aime bien aller puiser mes renseignements, mes informations, mes questions, à ceux qui ont plus d'expériences que moi et cela facilite mon adaptation dans mon milieu de travail. D'avoir une charge de cas adaptée selon ma journée m'aide à m'ajuster au travail et aux changements.</i>	Éléments facilitant l'ajustement au travail	3) Environnement de travail sain
<i>L'humour au travail, je trouve cela tellement bien. Tu sais cela apaise les tensions et aide à la qualité de vie au travail. Je m'en fais un rôle. Moi j'aime détendre l'atmosphère. C'est important d'être serein là-dedans. Je dirais que cela fait partie de la qualité de vie au travail d'être capable de rire et avoir une pointe d'humour.</i>	Humour au travail	
<i>Depuis que je suis en CLSC, je suis bien car les conditions sont bonnes et permettent de m'épanouir. Tu sais, le stationnement, l'environnement de travail, le bureau, les lieux physiques ici fait que cela donne une bonne qualité de vie au travail. Ce sont des conditions gagnantes dans le quotidien. On retrouve une flexibilité en CLSC que l'on ne retrouve pas en milieu hospitalier.</i>	Conditions de travail favorables	
<i>Avoir accès à des ressources pour nous remplacer dans nos vacances ou congés est important pour ma qualité de vie au travail. Avoir accès à du bon matériel de qualité et quantité pour travailler et faire nos soins convenablement.</i>	Ressources humaines et matérielles suffisantes	

Verbatim	Sous-thèmes	Thème
<p><i>L'appui de la direction, des supérieurs, c'est important. Lorsque ton gestionnaire t'appuie, te consulte, facilite mes relations avec lui et m'aide à garder intact ma qualité de vie au travail. On a des gestionnaires qui sont très compétents et qui nous supportent très bien. On a aussi beaucoup d'appui du patron dans l'innovation de projets au CLSC.</i></p>	<p>Appui des gestionnaires</p>	<p>4) Relations infirmiers-gestionnaires empreintes de soutien et respect</p>
<p><i>Notre employeur nous encourage à participer à de la formation continue et je trouve cela important pour ma qualité de vie au travail. J'ai carte-blanc pour participer au Congrès de l'ordre des infirmières et infirmiers à toutes les années. J'avise l'employeur qu'il doit me libérer pour que je sois présent à ces formations-là. C'est une richesse.</i></p>	<p>Formation continue encouragée par les gestionnaires</p>	
<p><i>Quand je peux m'asseoir avec le gestionnaire pour jaser de décisions ou d'actions avec lesquelles je ne suis pas d'accord, facilite mes rapports avec lui. Quand j'ai cela dans mon travail, je sens que j'ai une qualité de vie au travail.</i></p>	<p>Possibilité de verbaliser les désaccords aux gestionnaires</p>	
<p><i>Tu sais, quand cela dépasse nos capacités comme infirmier, il faut pouvoir déléguer les problèmes aux gestionnaires ou à des personnes plus élevées que nous. Par exemple, lors de de situations difficiles avec les familles, c'est aidant de savoir que l'on peut demander du soutien au chef de programme pour qu'il gère le problème lorsque cela dépasse mes compétences en tant qu'infirmier. J'ai l'impression qu'il fait preuve d'un bon support</i></p>	<p>Transfert aux gestionnaires des problématiques extérieures au rôle infirmier</p>	
<p><i>Je peux vous dire que le CLSC a une très grande gratitude envers son personnel. Il nous permet de se réunir une fois par année pendant la période des fêtes pour partager, faire un bilan et s'engager dans une nouvelle année. Pour moi, c'est une belle reconnaissance de l'employeur.</i></p>	<p>Reconnaissance des gestionnaires</p>	
<p><i>La confiance est importante avec le gestionnaire. Le gestionnaire ne te voit pas travailler chez les clients. Il doit te faire confiance et il ne faut pas briser celle-ci pour ne pas nuire à la relation avec le gestionnaire.</i></p>	<p>Relation de confiance avec les gestionnaires</p>	

Verbatim 	Sous-thèmes 	Thème
<p><i>Il y a une confiance qui est très importante avec les autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire au maintien à domicile. Cela aide à la qualité de vie au travail. Par exemple, j'ai bâti une relation de confiance avec les médecins du CLSC, ils ont appris à me respecter et me faire confiance et à faire preuve d'ouverture. Puis tu es capable de construire quelque chose ensemble. C'est plus caring avec l'équipe en milieu communautaire et ça aide à la collaboration avec les autres types de professionnels.</i></p>	<p>Relation de confiance avec l'équipe interdisciplinaire</p>	<p>5) Relations de <i>caring</i> avec l'équipe interdisciplinaire</p>
<p><i>Alors, moi, je me sens privilégié. Je vois les autres professionnels ici en CLSC, les travailleurs sociaux se partager des locaux, s'échanger des bureaux entre nous. La dynamique de l'équipe donne une force et un lien d'appartenance ainsi qu'une bonne qualité de vie au travail. C'est une opportunité de pouvoir sentir une ouverture et un sentiment d'appartenance.</i></p>	<p>Lien d'appartenance à l'équipe interdisciplinaire</p>	
<p><i>Quelque chose qui est très bénéfique pour le travail (...) mais aussi à travers l'équipe auquel j'appartiens, c'est de pouvoir socialiser en soulignant les anniversaires de tous au restaurant, manger un bon repas en bonne compagnie. Je peux vous dire qu'il y a à ce moment-là de très bons échanges. Cela a une répercussion importante et positive sur ma qualité de vie au travail.</i></p>	<p>Socialisation avec l'équipe interdisciplinaire</p>	
<p><i>Il faut que tu sois capable d'être impliqué au niveau des solutions de problèmes. (...) tu fais partie de l'équipe davantage quand tu te sens écouté par les autres professionnels au CLSC.</i></p>	<p>Écoute de la part de l'équipe interdisciplinaire</p>	

Verbatim 	Sous-thèmes 	Thème
<p><i>Les hommes entre eux vont se dire la vérité. (...) en général c'est qu'un milieu de femmes, il y a toujours des non-dits, des choses cachées, des meurtrissures. L'homme grince des dents, c'est plus bang, bang, mais au moins nous sommes transparents dans nos relations et cela est important pour la qualité de vie au travail. Les hommes dans les interactions règlent leurs affaires.</i></p>	<p>Rapports transparents des hommes dans les interactions avec les pairs féminins</p>	<p>6) Travail en partenariat avec les pairs féminins</p>
<p><i>La réciprocité et la dynamique de l'équipe infirmiers-infirmières donnent une force à la qualité de vie au travail. Il n'y a pas de barrière entre infirmiers-infirmières, mais plutôt une connivence, on a l'impression d'être sur la même longueur d'ondes. Il y a de beaux échanges.</i></p>	<p>Travail d'équipe basé sur la réciprocité avec les pairs féminins</p>	
<p><i>Monsieur, il y a une relation de confiance infirmier-infirmière qui est naturelle et forte aussi. Je suis le seul infirmier dans l'équipe et elles me consultent régulièrement. Cela permet de créer une relation de confiance entre nous. C'est aussi très plaisant pour ma qualité de vie au travail.</i></p>	<p>Relation de confiance avec les pairs féminins</p>	
<p><i>En tant qu'homme, tu es vu comme un leader d'action par les collègues féminins. En plus, je pense que l'homme va être consulté plus souvent pour avoir un aspect différent. Par exemple, le gestionnaire femme va aller te chercher pour faire bouger les choses et cela est gratifiant. Tu as le sentiment d'être un rouage important au sein de l'équipe d'infirmières.</i></p>	<p>Perception d'être vu comme des leaders au travail par les pairs féminins</p>	

Verbatim 	Sous-thèmes 	Thème
<i>J'ai été capable de ne pas seulement faire mon travail mais de bien le faire et de savoir que le client en a été satisfait. Avoir pu éviter une hospitalisation, évidemment l'épouse était très satisfaite et moi ça m'aide à faire ma journée et à avoir une qualité de vie au travail.</i>	Satisfaction des clients et des familles	7) Engagement envers les clients et leur famille
<i>Si on réussit à rendre le client en soins palliatifs à la maison confortable jusqu'à la fin, jusqu'à son dernier souffle, je vais vraiment sentir que je l'ai aidé. Quand je suis parti du domicile, j'étais content et engagé d'avoir fait mon travail avec le client et la famille. Je me sens un petit peu comme l'avocat des patients. C'est mon devoir de les aider et à les défendre car je trouve que le système de santé est une grosse machine.</i>	Sentiment d'aider les clients	
<i>Tu sais, il y a des malades à la maison et ce n'est pas juste santé mais aussi psychologique. Tu as une vue d'ensemble des soins. Puis ça je trouve cela super en CLSC d'avoir une vision globale des clients dans leur milieu de vie. Je m'investis plus auprès du client à la maison qu'à l'hôpital, car j'ai le temps. À la maison, tu entres chez-eux et on l'observe dans sa globalité. (...) il y a aussi les voisins qui participent aux soins. C'est là que le caring prend tout son sens (...) puis on a une vision entière du client en communauté.</i>	Vision holistique des clients	
<i>Pour ma qualité de vie au travail, il est important de faire preuve d'honnêteté avec le client. Je suis quelqu'un qui n'a pas la langue dans sa poche et qui est honnête. Je le dis au client si je fais une erreur.</i>	Honnêteté envers les clients	

Verbatim 	Sous-thèmes 	Thème
<p><i>Avoir une bonne qualité de vie au travail, c'est, je dirais que c'est d'avoir un travail adapté à la famille. Dans mon cas à moi, j'ai un horaire de travail au CLSC qui est adapté avec l'école des enfants. Je suis à peu près à 20 km de mon lieu de travail. Le fait d'être près du travail aide à gérer la famille et le travail. Ça me permet d'avoir des activités familiales le soir et cela facilite la gestion du travail et de la famille. Vous savez, il y a une vie après le travail (...) il se passe autres choses après le travail. À l'extérieur, il y a ma famille et la petite famille dans la maison. J'ai la chance en travaillant en CLSC, de concilier les deux, ce qui favorise ma qualité de vie au travail.</i></p>	<p>Gestion de l'équilibre travail-famille</p>	<p>8) Équilibre entre les sphères professionnelle et familiale</p>
<p><i>Moi, je partage avec ma conjointe le même domaine professionnel. Cette approche-là de pouvoir libérer les différentes tensions quotidiennes que l'on vit à travers le travail, c'est important que ce soit communiqué entre nous deux. Je pense que vous réussissez à équilibrer le travail et la famille en communiquant les tensions de la journée à l'épouse. Pour moi, cela est du soutien et m'aide à maintenir une bonne qualité de vie au travail.</i></p>	<p>Soutien familial</p>	
<p><i>Je me repose dans mes loisirs. Il faut être capable de décrocher en parlant de d'autres choses pour oublier le travail. Tu dois décompresser. Cela permet de mieux gérer mon stress, mes journées et au bout du compte, je vais avoir une meilleure qualité de vie au travail.</i></p>	<p>Capacité d'abstraction des inconvénients vécus au travail</p>	

