

Université de Montréal

Analyse psychodynamique du travail infirmier
en unité de soins de longue durée:
entre plaisir et souffrance

par

Marie Alderson

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
En vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en sciences infirmières

Avril, 2001

© Marie Alderson, 2001



WY

5

U58

2001

V.008

115 8 20

Identification du jury

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:
**Analyse psychodynamique du travail infirmier
en unité de soins de longue durée:
entre plaisir et souffrance**

présentée par:
Marie Alderson

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Madame Francine Ducharme Université de Montréal	présidente du jury
--	--------------------

Madame Marie-Claire Carpentier-Roy Université de Montréal	directrice de recherche
--	-------------------------

Madame Micheline Saint-Jean Université de Montréal	codirectrice de thèse
---	-----------------------

Monsieur Franco Carnevale Université McGill	membre du jury
--	----------------

Monsieur Michel Vézina Université Laval	examineur externe
--	-------------------

Monsieur François Béland Université de Montréal	représentant du doyen de la FES
--	---------------------------------

Thèse acceptée le 9 avril 2001

SOMMAIRE

Dans le contexte socio-politico-économique du Québec en ce début de siècle, il apparaît important d'élargir et d'approfondir la compréhension de l'expérience subjective et collective de travail vécue par des infirmières oeuvrant en unité de soins de longue durée; expérience en termes de plaisir, de souffrance, de stratégies défensives mises en oeuvre et de répercussions sur la santé. Cette recherche, visant à cerner le sens du travail infirmier en unité de soins de longue durée, se voit motivée par le fait que les problèmes de santé mentale des infirmières sont en constante augmentation. L'étude de l'expérience subjective de travail dans ce type d'unités de soins est d'importance disciplinaire et sociale, compte tenu que la demande de services en établissement d'hébergement et de soins de longue durée ne cessera de croître au cours des années à venir étant donné, entre autres, le vieillissement de la population et la transformation de la famille.

La psychodynamique du travail, développée en France, au début des années 1970 par Christophe Dejours (1993), constitue le cadre de référence retenu pour soutenir l'étude. Elle consiste en une approche interdisciplinaire s'intéressant à l'organisation du travail comme source de plaisir et de souffrance et comme lieu d'émergence de stratégies défensives permettant aux individus de transiger avec les exigences de leur situation de travail afin de demeurer en santé. Celle-ci s'inscrit dans le paradigme subjectiviste d'approche compréhensive et repose sur un devis qualitatif référant à la philosophie herméneutique. Elle a été retenue pour l'éclairage intéressant qu'elle offre de l'expérience subjective de travail des infirmières.

La méthode de recherche privilégiée est la méthode d'enquête propre à la psychodynamique du travail. Celle-ci se caractérise par une période d'observation non-participante du travail infirmier dans son contexte, suivie d'entrevues collectives auprès d'infirmières volontaires réunies en collectifs d'enquête. La démarche repose sur un processus intersubjectif d'écoute, d'interprétation et de construction de sens entre collectifs d'enquête et collectif de chercheuses visant le développement d'une compréhension commune de l'expérience de travail collectivement vécue. Neuf collectifs d'enquête (huit de jour et un de soir) représentant cinq unités de soins de longue durée et totalisant trente-trois infirmières oeuvrant dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée de Montréal ont participé à l'étude. Chaque collectif d'enquête bénéficiait de trois entrevues: deux

entrevues de collecte des données et une entrevue de restitution ou de validation des résultats d'analyse. Les entrevues, d'une durée de trois heures chacune, se sont déroulées de novembre 1999 à mai 2000.

Il est possible de synthétiser les principaux résultats en disant que l'expérience subjective et collective de travail des infirmières oeuvrant dans le présent contexte québécois, en unité de soins de longue durée, a pour principale source de souffrance la perception de douloureux manques de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir professionnels. Ces manques se nourrissent dans une vaste mesure, d'une organisation pathogène du travail infirmier, laquelle repose sur une modalité de soins intégraux qui, sur le terrain, ne s'accompagne pas d'une définition explicite des rôles, des responsabilités et des tâches des divers personnels de soins. Cette situation induit une ambiguïté de rôles, des champs de pratique insuffisamment distincts, des rapports interprofessionnels conflictuels, un maigre contenu significatif de travail infirmier et un sentiment de non-valorisation de la spécificité infirmière. On note également la perception d'une sous-utilisation de l'expertise infirmière, d'un accomplissement professionnel insatisfaisant, d'une humiliante polyvalence où l'interchangeabilité des soignants prend trop de place et d'une charge de travail augmentée privant du sentiment structurant de travail bien fait. L'ensemble de ces éléments induit une perte de sens du travail, porte atteinte à l'identité professionnelle des infirmières et fragilise ainsi leur santé mentale. La sublimation dans la relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires et leurs familles, émerge comme mécanisme déployé par les infirmières pour compenser l'ensemble des insatisfactions et des souffrances vécues au travail. C'est dans cette relation, en effet, que les infirmières perçoivent la spécificité de leur rôle en soins de longue durée, trouvent leur valorisation professionnelle et récoltent l'indispensable reconnaissance. La sublimation apparaît au coeur de l'équilibre psychique des infirmières; elle ouvre sur un sens et un plaisir au travail. Des pistes de solution sont présentées, énoncées par les participantes et visant essentiellement des transformations du travail et de son contexte.

La discussion considère la signification des résultats eu égard à l'état des connaissances et au processus de professionnalisation de la pratique infirmière. Elle présente une réflexion en regard de l'incidence identitaire des manques de reconnaissance et d'autonomie, d'une part et de la logique économique et technoscientifique, d'autre part. Elle questionne la modalité des soins intégraux prévalante dans l'institution et précise, la contribution de l'étude à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	iii
TABLE DES MATIÈRES	v
REMERCIEMENTS	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I: LE PHÉNOMÈNE A L'ÉTUDE	2
1.1. Le phénomène à l'étude situé dans son écrin contextuel	2
1.2. Le but de l'étude et son intérêt disciplinaire et social	9
1.3. La question de recherche	12
CHAPITRE II: LA RECENSION DES ÉCRITS	13
2.1. Les écrits théoriques et les études empiriques sur le stress au travail	13
2.1.1. La santé mentale des infirmières et l'environnement de travail: écrits théoriques	16
2.1.2. La santé mentale des infirmières et l'environnement de travail en soins de longue durée: études empiriques	21
2.1.2.1. Les facteurs de stress reliés à l'individu	21
2.1.2.2. Les facteurs de stress reliés à l'organisation du travail et aux conditions de travail	23
2.1.2.3. En conclusion	27
2.1.3. La santé mentale et l'environnement de travail tels que révélés par les deux études empiriques de Bourbonnais et al. (1997, 2000)	28
2.2. Les études en psychodynamique du travail	31
CHAPITRE III: LE CADRE DE RÉFÉRENCE	36
3.1. Définition de la psychodynamique du travail et de son objet	36
3.1.1. Considérations épistémologiques	37
3.1.1.1. Une épistémologie de terrain	37
3.1.1.2. Une épistémologie relevant des sciences historico-	

herméneutiques et s'inscrivant dans le paradigme subjectiviste	37
3.1.1.3. L'éclairage psychanalytique et la théorie du sujet	38
3.2. Les principaux concepts et les prémisses théoriques de la psychodynamique du travail	39
3.3. Comparaison entre l'approche sur le stress et l'approche psychodynamique	49
CHAPITRE IV: LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE	56
4.1. Le devis de la recherche	56
4.2. Le milieu de la recherche	58
4.3. Les participantes à l'étude	59
4.4. Le déroulement de l'étude	60
4.4.1. La pré-enquête	61
4.4.2. L'enquête	66
4.4.2.1. La collecte	66
4.4.2.2. L'interprétation	70
4.4.2.3. La validation des résultats	72
4.4.2.4. La rédaction du rapport	73
4.4.2.5. Conclusion	74
4.5. Les considérations éthiques et déontologiques de la recherche	74
4.6. Les critères de rigueur de la recherche	76
CHAPITRE V: LES PRINCIPAUX RÉSULTATS ET LEUR ANALYSE	79
5.1. Les sources de souffrance au travail	80
5.1.1. Les sources de souffrance reliées à la reconnaissance	80
5.1.2. Les sources de souffrance reliées à l'autonomie et au pouvoir	104
5.1.3. Autres sources de souffrance	110
5.1.4. Synthèse des principales sources de souffrance	119
5.2. Les collectifs de travail	121
5.3. Les stratégies défensives	128
5.4. Les sources de plaisir au travail	141
5.4.1. Les sources de plaisir en lien avec les rapports verticaux	141
5.4.2. Les sources de plaisir en lien avec les rapports horizontaux	143

5.4.3. Autres sources de plaisir	145
5.4.4. La sublimation et la transcendance	146
5.5. Les pistes de solutions énoncées par les infirmières	152
5.6. Synthèse des principaux résultats	155
5.7. Conclusion	157
CHAPITRE VI: DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION	158
6.1. La signification des résultats obtenus en regard de l'état des connaissances	158
6.2. Considérations philosophiques, d'intérêt disciplinaire, émanant de l'étude	176
6.2.1. L'incidence identitaire du manque d'autonomie professionnelle	176
6.2.2. L'incidence identitaire du manque de reconnaissance	178
6.2.3. Le système des soins intégraux tel qu'organisé, comme source de blessures identitaires	184
6.2.4. L'incidence identitaire de la logique économique et technoscientifique	189
6.3. La contribution de l'étude à l'avancement des connaissances en sciences infirmières	191
6.3.1. Avenues pour la recherche et le développement des connaissances en sciences infirmières	191
6.3.2. Avenues pour la pratique infirmière et son organisation	203
6.3.3. Avenues pour la formation en sciences infirmières	208
6.3.4. En conclusion	210
6.4. Les retombées de la recherche sur le terrain	210
6.5. Les suites possibles de la recherche sur le terrain	211
6.6. Validité et limites de la démarche	212
6.7. Limites de l'approche de la psychodynamique du travail	213
6.8. Mot de la fin	215
RÉFÉRENCES	218
Annexe I Articulation des principaux concepts de la psychodynamique du travail	xi
Annexe II Formulaire de consentement	xii
Annexe III Guide d'entrevue	xv

*A Marie-Claire Carpentier-Roy,
pionnière de la psychodynamique du travail au Québec*

REMERCIEMENTS

Ma plus profonde reconnaissance et mes plus sincères remerciements vont

à mes parents

à mon époux

à ma fille Lina, qui du haut de ses trois ans n'a eu cesse de me demander "Pourquoi tu travailles tout le temps, maman?"

à mon fils Cyril, né il y a quelques mois et qui a vécu tout au long de son développement utérin, les soubresauts d'une autre gestation

à Carole, gardienne de Lina et Cyril, qui m'a permis, l'esprit serein, de m'investir corps et âme dans cette traversée doctorale

à madame Marie-Claire Carpentier-Roy, directrice de thèse, qui a cru en mes capacités et m'a encadrée avec rigueur et générosité dans l'apprivoisement des subtilités de l'approche de la psychodynamique du travail

à madame Micheline Saint-Jean, codirectrice de thèse, qui à éclairé de sa lanterne psychanalytique, les profondeurs de l'inconscient

à madame Francine Ducharme, qui percevant mon désir d'explorer de nouveaux cieux théoriques et méthodologiques, a cédé, en cours de processus, le flambeau de l'encadrement de cette thèse sans pour autant jamais me priver de son appui tant personnel que professionnel

à monsieur Franco Carnevale, membre du comité d'encadrement et précieux conseiller

à monsieur Michel Vézina, qui a accepté d'agir à titre d'examineur externe et dont les commentaires furent des plus utiles

à mesdames Marie-France Thibaudeau et Suzanne Kérouac qui, respectivement, sont à l'origine de mon admission aux programmes de maîtrise et de doctorat en sciences infirmières sans oublier monsieur André Duquette qui, en premier, m'encouragea à poser ma candidature au programme de doctorat

   madame Elisabeth Darras, responsable du programme de doctorat en santé publique à l'Université Catholique de Louvain, qui a vécu le déménagement Outre-Atlantique de mon projet doctoral

   la direction des soins infirmiers, aux cliniciennes et aux infirmières-chefs des unités de soins de longue durée de l'établissement dans lequel s'est déroulée la recherche et qui ont tout mis en oeuvre pour permettre son bon déroulement

aux infirmières qui ont généreusement partagé leur expérience intime de travail

   mes collègues de doctorat Hélène Sylvain, Ginette Lazure et Marjolaine Bellavance, lesquelles de leur amitié et soutien, m'ont accompagnée tout au long de ces cinq années d'étude et de recherche doctorales

   la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada et ses commanditaires (Astra Pharma, Conseil de recherche médicale, Association des manufacturiers pharmaceutiques du Canada),    l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et à la Faculté des études supérieures et au GRASP (Groupe de Recherche sur les Aspects sociaux de la Santé et de la Prévention) pour leur soutien financier

aux deux Louise pour leur inestimable assistance en bibliothèque

   Francine Major, pour ses éclairants conseils "pars  ens"

INTRODUCTION

Dans le présent contexte de relative stabilisation des effets de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux au Québec (Bourbonnais et al., 2000), l'étude investigate l'expérience de travail des infirmières en unité de soins de longue durée sous l'éclairage d'un paradigme, d'une approche et d'une méthodologie différents de ceux traditionnellement privilégiés par la recherche en sciences infirmières. Considérant que la démarche ne peut que profiter au développement du corpus de connaissances de la discipline, la présente étude doctorale tente, en effet, un rapprochement entre les sciences infirmières et la psychodynamique du travail. Elle est en cela novatrice, relève du défi et comporte les limites de toute démarche pionnière. Aussi, elle appelle à l'ouverture, d'autant plus qu'à titre de jeune approche, la psychodynamique du travail prête facilement le flanc à la critique provenant de disciplines aux assises davantage établies.

Le chapitre premier fait état du phénomène que l'étude s'emploie à mieux comprendre, précise le but qu'elle poursuit, souligne son intérêt disciplinaire et social et présente la question de recherche. Le chapitre second précise l'état des connaissances en regard du phénomène à l'étude. Le chapitre troisième présente le cadre de référence de la recherche tandis que le chapitre quatrième précise le cadre méthodologique. Le chapitre cinquième présente et analyse les principaux résultats de la recherche. Le sixième et dernier chapitre reprend certains résultats à des fins de discussion, précise la contribution de l'étude au développement des connaissances en sciences infirmières et se termine par un mot de la fin.

CHAPITRE PREMIER

LE PHÉNOMÈNE À L'ÉTUDE

1.1. Le phénomène à l'étude situé dans son écrin contextuel

Il n'est un secret pour personne que la profession infirmière connaît des heures particulièrement difficiles. En effet, la réforme du système de santé québécois amorcée vers le milieu des années 1990 et marquée par un net virage ambulatoire, d'importantes restrictions budgétaires et de profondes mutations organisationnelles, a considérablement réduit les effectifs infirmiers, atteint la pratique des soins, affecté intensément l'état d'esprit des infirmières et heurté leur culture professionnelle (Goulet & Dallaire, 1999).

La vaste étude de Bourbonnais et al. (2000) réalisée auprès d'infirmières à l'emploi de centres hospitaliers de courte durée (CHCD), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de centres locaux de santé communautaire (CLSC) ayant connus divers changements organisationnels en lien avec la transformation du réseau de la santé, révèle que parmi les diagnostics potentiellement associés à l'environnement de travail, soit 64,2 % de toutes les absences certifiées au cours de cette période, les diagnostics de santé mentale sont les plus nombreux (25 %) et entraînent des absences d'une durée moyenne de 69,8 jours. A titre de comparaison et en deuxième position, viennent les diagnostics d'ordre musculosquelettique, représentant 18,2 % de l'ensemble des absences certifiées et entraînant des absences d'une durée moyenne de 41,1 jours. La durée moyenne d'absence pour diagnostics de santé mentale est passée de 51,6 jours entre 1993 et 1995 - période précédant la transformation du réseau de la santé - à 78,1 jours en 1998-1999, période de relative stabilisation des effets de cette dernière. Finalement, l'incidence des absences pour diagnostics de santé mentale est passée de 2,9 entre 1993 et 1995 à 12,7 en 1998-1999, comparativement à l'incidence des absences, tous diagnostics confondus, qui n'est passée que de 22,9 à 26,4 (Bourbonnais et al., 2000). L'étude de Bourbonnais, Comeau, Dion et Vézina (1997), menée au début de la transformation du réseau de la santé, avait déjà relevé une augmentation de la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique. Bourbonnais et al. (2000) suggèrent la réalisation d'études qualitatives permettant d'éclairer davantage l'augmentation significative des diagnostics de santé mentale. Prenant note de cette suggestion, la présente étude s'interroge:

"Quel est ce mal qu'on tente de quantifier à travers une lecture de l'absentéisme? Et s'il y a des absences mesurables,

comptabilisables, qu'en est-il de ces absences invisibles, celles qu'on camoufle derrière des visages inexpressifs, atones, enchâssés dans une présence d'où la vie semble avoir été expulsée?" (Marquis, 1999, p. 74).

Ce qu'il importe, à l'étude, de comprendre dans le phénomène des absences visibles ou invisibles, est - pour emprunter les termes de Schwartz (1996) - "le motif du geste dans son sens sous-jacent" (p. 121).

Plusieurs disciplines traditionnelles (sociologie, psychologie, anthropologie, ...) et divers concepts (fatigue, dépression, stress, *burnout* ou épuisement professionnel, ...) ont tenté de rendre compte des difficultés rencontrées par les infirmières dans le cadre de leur travail (Estryn-Behar, 1997; Landry, 1999). En effet, un certain nombre de recherches en sciences infirmières ont investigué la relation entre l'environnement de travail et la santé mentale des infirmières. La grande majorité de ces études s'inscrivent dans un paradigme positiviste et la plupart privilégient l'approche théorique *stress-coping*. Si celle-ci s'avère utile pour évaluer et décrire l'épuisement professionnel des infirmières ou encore pour rechercher, dans un but explicatif, des corrélations entre d'éventuels stressseurs et l'épuisement, elle apparaît moins aidante pour éclairer la relation dynamique et qualitative existant entre les premiers et ce dernier. Il découle de ce fait que l'état actuel des connaissances en sciences infirmières ne permet pas d'explicitier avec satisfaction, la manière dont les variables considérées agissent intimement sur les phénomènes étudiés (Duquette, Kérouac & Beaudet, 1992). Force est de constater que l'activité de travail des infirmières n'a pas à ce jour, trouvé toutes ses clés de compréhension en regard de la fragilisation de la santé mentale des infirmières, dans les seules dimensions explorées par les traditionnelles approches théoriques et méthodologiques de la recherche en sciences infirmières.

La présente recherche investit au moyen de l'approche de la psychodynamique du travail (PDT), l'expérience subjective de travail vécue par des infirmières oeuvrant dans le présent contexte québécois en unités de soins de longue durée (SLD); l'expérience est analysée en termes de plaisir, de souffrance, de stratégies défensives déployées et de

répercussions sur la santé. Ce faisant, elle étudie plus particulièrement la charge psychique¹ du travail infirmier, laquelle est par nature subjective, qualitative et essentiellement définie par le contenu significatif du travail, c'est-à-dire, par le sens que le travail revêt pour les infirmières qui l'accomplissent. Les éléments de la charge psychique de travail qui intéressent spécifiquement la PDT sont ceux qui interpellent collectivement les travailleurs (ici les infirmières) même s'ils les interpellent vraisemblablement, individuellement, à des degrés divers. En effet, si le plaisir et la souffrance au travail sont assurément individuels dans la mesure où ils ont une résonance symbolique singulière pour chaque travailleur, ils sont vécus à partir d'une charge psychique de travail partagée par tous. En investiguant de manière privilégiée la charge psychique du travail infirmier, l'étude rejoint, en partie, la recommandation de Duquette et al. (1992), laquelle invite les chercheurs en sciences infirmières, à explorer en profondeur les aspects qualitatifs de la charge du travail infirmier. Pour ce faire, les chercheurs suggèrent le recours à des devis de recherche variés permettant de mieux comprendre l'influence des dits aspects sur l'épuisement professionnel des infirmières. Comme le souligne Dejours (1993), si on accepte que "Dans l'ordre de l'objectif, nous ne connaissons que des dysrégulations et des retours à l'équilibre [et que] ce registre ne nous apprend pas grand-chose du vécu subjectif qualitatif" (p. 202), alors l'approche qualitative apparaît comme étant celle qui permet de faire émerger la logique interne du phénomène étudié et l'approche compréhensive, celle qui donne accès au sens subjectivement construit. Benner confirme:

"Pour examiner le "soin", nous ne pouvons nous appuyer sur des mesures purement quantitatives et expérimentales fondées sur le modèle des sciences naturelles. La science infirmière est une science humaine, conduite par des sujets qui s'auto-interprètent (chercheurs) étudiant des sujets qui s'auto-interprètent (participantes). [...] Le facteur humain ne peut être ni contrôlé ni contraint; il ne peut qu'être compris et facilité. Il est imprégné de significations et d'un engagement personnel et culturel" (1995, p. 154).

Comme tout univers social, le monde du travail est un monde de signes et un univers d'où sortent des significations multiples donnant un sens aux actions. Aussi afin de mieux comprendre ce que vivent les individus dans le cadre de leur travail, la chercheuse considère, à la suite de Chanlat (1998) qu'il importe de faire une plus grande place aux

¹ La charge psychique constitue l'une des trois dimensions de la charge de travail; les deux autres dimensions sont la charge physique et la charge mentale.

disciplines qui ont fait du symbolique leur principal objet d'étude; la PDT s'inscrit parmi celles-ci. La compréhension est au coeur de la perspective de la PDT: le chercheur part du vécu subjectif des collectifs d'enquête étudiés et tente, à partir de la parole partagée, de comprendre - et de rendre intelligibles aux participants - les expériences et les conduites de ceux-ci. Il ne s'agit plus ici d'atteindre la vérité dans son objectivité chimérique mais de découvrir le sens que revêt la situation, pour les sujets qui la vivent. Comme le souligne Chanlat (1998):

"L'existence humaine est par définition une expérience, c'est-à-dire une rencontre entre l'esprit et la réalité extérieure par la voie des sens. En mobilisant tous les aspects de notre être, l'expérience se trouve au coeur de la condition humaine. Prise dans ce sens, elle englobe à la fois la connaissance qu'on a d'une activité et la manière dont on la vit" (p. 88).

Une clé de compréhension de la fragilisation de la santé mentale des infirmières qu'offre l'approche de la PDT, se loge dans le fait de considérer que, outre le fait d'être des acteurs socialement constitués, les infirmières sont également - à l'instar de tous les travailleurs - des sujets singuliers ayant une vie affective, laquelle est à la fois la condition et le produit de leurs désirs et de leurs conduites au travail (Dejours, 1980a; Dejours & Abdoucheli, 1990). La pensée, les sentiments, la subjectivité et la quête d'une identité font partie intégrante de la rationalité humaine de travail (Brun, 1992).

Il convient également de souligner que les recherches en sciences infirmières ayant à ce jour investigué les problématiques de stress, de *burnout* ou d'épuisement professionnel, ont été principalement réalisées dans le secteur des soins aigus offrant par conséquent peu de renseignements véritablement utiles dans le cadre de la présente étude qui vise spécifiquement la pratique infirmière en soins de longue durée. Comme le précisent Dicaire, Pelletier, Durand, Dubé et Lepage (1997), le nombre de recherches menées dans des unités de soins gériatriques, autrement dit, de longue durée, demeure assez modeste. Ceci est d'autant plus navrant que le gouvernement du Québec (1990) prévoit que la demande de services, dans les CHSLD, ne cessera d'augmenter au cours des années à venir et ce, compte tenu du vieillissement de la population, de la transformation de la famille, des nouveaux problèmes socio-sanitaires et des développements technologiques. Il est dès lors raisonnable de présumer qu'un nombre sans cesse croissant d'infirmières situera sa pratique, au cours des décennies à venir, dans cette catégorie d'établissements. Ce fait motive et

justifie l'investigation de la dualité plaisir/souffrance de l'expérience de travail des infirmières oeuvrant dans ce secteur. La clientèle hébergée, est d'ores et déjà la deuxième² en importance auprès de laquelle les membres inscrits au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec exercent présentement (Francoeur, 1999). Mentionnons, à titre indicatif, qu'en 1998-1999, 12,3 % des membres - soit 7 298 - déclaraient pour lieu principal d'exercice de la profession, les CHSLD (Francoeur, 1999). La réalité qui prévaut présentement, indique d'ailleurs que la plupart de ces centres connaissent d'importantes difficultés de recrutement et de maintien du personnel infirmier tant la démobilisation des infirmières et leur désaffection en regard de la profession sont grandes. Cette situation signifie qu'un vaste choix de milieux de soins de longue durée s'ouvre aux infirmières qui veulent travailler dans ce secteur et que celles-ci choisiront vraisemblablement d'offrir leurs services aux établissements et aux employeurs qui offrent les meilleures conditions de travail. Etant donné ce contexte et afin de garder leurs effectifs infirmiers ou d'en attirer de nouveaux, les directions infirmière et générale des CHSLD peuvent tirer parti du fait de mieux connaître et de mieux comprendre l'expérience subjective et collective de travail des infirmières oeuvrant présentement dans ce secteur.

En vue d'effectuer une approche globale du phénomène à l'étude, il importe d'appréhender celui-ci au sein de son contexte. S'inscrivant, en effet, toujours dans une société et une époque données, il est opportun de considérer le travail (ici le travail des infirmières) comme une construction sociale intimement liée aux processus socio-historiques du moment (Billiard, 1993). Goulet et Dallaire (1999) confirment combien il est essentiel, afin de comprendre les enjeux qui finissent par se répercuter dans les activités journalières des infirmières, de réfléchir à la profession infirmière en tant que phénomène social évoluant au sein d'un univers constitué à la fois de l'environnement social, du système de santé et du système professionnel (Dallaire, 1999). Les infirmières vivent présentement leur pratique au sein d'une société en mouvement. La Commission Rochon décrivait le Québec comme "une société en métamorphose" (Gouvernement du Québec, 1988, p. 3). En effet, des phénomènes démographiques, des changements économiques, des mouvements sociaux et des problèmes majeurs de santé sont à l'origine des transformations qui affectent profondément la société québécoise actuelle (Fortin, 1999). L'étude de

² La première étant la clientèle hospitalisée

l'expérience subjective de travail en SLD est à situer dans ce contexte. Les paragraphes ci-après s'attardent plus spécifiquement sur cinq éléments contextuels susceptibles d'influer sur le phénomène à l'étude.

Le premier élément est le vieillissement démographique. Une population est considérée "vieille" lorsque la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus atteint le seuil de 8 %. En 1996, cette proportion atteignait, au Québec, les 12,1 % (Lacourse, 1998). Comme le précise l'auteure, cette situation s'explique en grande partie par l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance - laquelle résulte de la diminution de la mortalité à tous les âges de la vie - associée à une plus faible natalité.

Le deuxième élément est l'alourdissement de la clientèle en CHSLD. Le nombre de bénéficiaires présentant une capacité plus ou moins réduite de communiquer, de se mobiliser, de s'habiller et de se déshabiller, d'assurer l'hygiène et l'alimentation personnelles et de maintenir une continence urinaire ou fécale ne cesse de s'accroître dans ce type de centres (Comité de bioéthique de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 1998). Cette réalité est à mettre en lien avec le vieillissement de la population et l'institutionnalisation plus tardive consécutive au virage ambulatoire.

Le troisième élément est la "socialisation de la maladie et de la mort" (Carpentier-Roy, 1995a, p. 163). Il est un fait acquis que l'on termine sa vie et que l'on meurt, aujourd'hui, davantage en institution, qu'il y a quelques décennies, lorsque le domicile était le lieu privilégié de l'agonie et de la mort. En effet, après la seconde guerre mondiale et sous la pression conjuguée de l'urbanisation, des progrès de la médecine et des changements socioculturels de la révolution tranquille, la mort se déplace du domicile vers l'institution (Fréchette, 1988; Santerre, 1988). Cette socialisation de la maladie et de la mort n'est pas sans conséquences:

"Resituée dans son cadre actuel, la socialisation de la maladie et de la mort (...) ne doit pas (...) nous faire oublier ce qu'elle engendre de souffrance pour ceux dont la prise en charge de cette mort est devenue condition de travail, une dimension presque normale du travail quotidien" (Carpentier-Roy, 1995a, p. 163).

L'auteure souligne que dans un contexte de socialisation de la maladie et de la mort, les grands oubliés sont ceux et celles qui ont pris le relais des familles et que l'on a chargés de vivre une part importante de l'anxiété liée à la maladie, l'agonie et la mort.

Le quatrième élément est la profonde anomie sociale caractérisant, à l'instar d'autres sociétés, l'actuelle société québécoise. L'anomie sociale est entendue ici, à la suite de

Durkheim (1960), Merton (1957) et d'autres, comme l'absence ou l'extrême faiblesse des règles, des normes et des lois communes. Une hypothèse s'appuyant sur les résultats de diverses recherches en PDT (Brun, 1992, 1995; Carpentier-Roy, 1990, 1992a; Davezies, 1991; Dessors, 1994) et soutenant le lien entre tissu social et santé mentale au travail, énonce que la profonde désagrégation du tissu social, y compris l'éclatement du dernier modèle traditionnel qu'était la famille nucléaire, entrave la construction de l'identité dans la sphère privée avec pour conséquence que la sphère du travail devient le lieu central de la quête identitaire des individus (Carpentier-Roy, 1995b): "[...] ce qui frappe actuellement, c'est la place capitale que prend le travail dans la recherche de l'accomplissement de soi et dans la construction d'une image valorisante de soi" (p. 129).

Le cinquième élément est la suprématie de la logique économique, laquelle est dictée par la conviction de l'Etat que devant la croissance importante des coûts de la santé, il faut rationaliser les services de santé, ce qui veut dire rechercher la rentabilité maximale, au moindre coût, à la fois des ressources matérielles et de la main-d'oeuvre. Dans cet esprit, les recommandations de la commission Rochon inspirent au début des années 1990, une vaste réforme du réseau. En 1994, un gouvernement du Parti québécois succède à celui du Parti libéral et s'engage, en 1996 - au Sommet sur l'économie et l'emploi - à atteindre, en l'an 2000, le déficit zéro, autrement dit, à ne plus avoir de dépenses courantes excédant ses recettes (Bégin, Bergeron, Forest & Lemieux, 1999a). Cette volonté de résoudre rapidement l'épineux problème de la crise des finances publiques, vient accélérer les transformations amorcées dans le domaine de la santé. Dès l'année budgétaire 1995-1996, les crédits consacrés au domaine de la santé diminuent de manière substantielle. Une gigantesque restructuration du système sociosanitaire s'opère d'une part, au moyen du virage ambulatoire visant à réduire la part des services donnés en milieu institutionnel et d'autre part, de la reconfiguration du réseau dans le but d'en accroître l'efficacité administrative (Demers, Dumas & Bégin, 1999). La recherche d'efficacité, de productivité et de rationalisation sert de support idéologique à tout un processus de restructuration des services de santé sur le modèle industriel, ce qui, on le conçoit facilement, atteint considérablement l'organisation et la pratique des infirmières (Carpentier-Roy, 1997; Goulet & Dallaire, 1999). L'organisation des soins infirmiers est perturbée par le départ à la retraite, entre 1996 et 1997, de nombreuses infirmières et la redistribution des postes de travail qui s'ensuit; ces facteurs déstabilisent les équipes de travail, diluent l'expertise et enveniment le climat de travail (Bourbonnais et al., 2000). Dans une lettre envoyée le 10 mars 1999 à chacun de ses

membres, la présidente du Bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec mentionne: "(...) l'Ordre est informé des conditions extrêmement exigeantes dans lesquelles vous avez à exercer" (Desrosiers, 1999, p. 1). De nombreux appels d'infirmières et des informations, recueillies lors de vérifications effectuées dans le cadre des activités d'inspection professionnelle, l'informent, en effet, d'un épuisement croissant du personnel infirmier. Nul ne peut, de plus, oublier le conflit de l'été 1999, opposant gouvernement et infirmières, conflit marqué par une grève générale illimitée de plus de trois semaines (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1999a) dont les principaux enjeux étaient la reconnaissance de la contribution des infirmières ainsi que l'attrait, le développement et l'avenir de la profession (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1999b). L'Ordre se dit très préoccupé par l'impact de la situation sur la qualité des soins (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1999b).

1.2. Le but de l'étude et son intérêt disciplinaire et social

La présente étude compréhensive a pour but de contribuer au développement des connaissances en sciences infirmières en mettant en lumière ce qui, dans l'actuelle organisation du travail infirmier en unités de SLD, est, collectivement, source de plaisir et de souffrance pour les infirmières - autrement dit, fait sens ou non pour celles-ci - et participe ainsi à soutenir ou à menacer leur équilibre psychologique.

L'étude ne se veut nullement une intervention thérapeutique visant à soulager l'éventuelle souffrance vécue par les infirmières. Si la démarche inhérente à l'analyse psychodynamique des situations de travail produit généralement cet effet, le but de l'étude est fondamentalement de développer une compréhension de ce que vivent présentement les infirmières dans le cadre de leur pratique en unités de SLD.

En considérant la personne, non pas sous la forme traditionnelle du bénéficiaire de soins mais sous celle, moins habituelle, des dispensatrices de soins, le phénomène à l'étude intéresse la discipline infirmière et relève de son champ d'investigation dans la mesure où il interroge l'interrelation entre l'environnement de travail (organisation du travail), les infirmières (en tant que sujets) et leur santé (mentale). Il peut être dit qu'en investiguant les expériences de santé (plaisir et souffrance) vécues par les infirmières dans le cadre de leur travail, le phénomène à l'étude met en scène plusieurs métaconcepts de la discipline

infirmière, investigue leur interrelation et contribue, ce faisant, au développement des connaissances en sciences infirmières. Il est raisonnable de penser qu'en permettant une meilleure compréhension des sources de plaisir et de souffrance vécues par les infirmières dans le cadre de leur pratique professionnelle en unités de SLD, la présente étude générera des connaissances utiles pour la pratique infirmière ainsi que la formation, la recherche et le développement de la théorie en sciences infirmières.

En visant à cerner le sens que revêt le travail infirmier en termes de plaisir, de souffrance, de stratégies défensives déployées et de répercussions sur la santé, la présente étude contribue à révéler les changements organisationnels requis pour que la pratique infirmière retrouve davantage de sens et redevienne, par le fait même, plus structurante pour l'équilibre psychique des infirmières. Si la discipline désire assurer des soins et des services infirmiers de qualité, il importe qu'elle se concerte en vue de générer des solutions novatrices aux difficiles conditions de travail des infirmières ainsi que des modalités renouvelées de pratique clinique (Duquette et al., 1992). Ces auteurs soulignent qu'il en va de l'intérêt de la santé de la population de favoriser le développement de savoirs spécifiques à la qualité de vie au travail des infirmières. Si l'étude va dans le sens des propos tenus par ces auteurs, elle rejoint également les objectifs de promotion de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé, visant l'harmonisation des conditions de travail des individus de manière à les rendre plus favorables à leur santé mentale (Gouvernement du Québec, 1990).

La présente étude entrevoit également contribuer à l'avancement des connaissances existantes, en sciences infirmières, en regard du concept de la "souffrance", lequel fut identifié par Travelbee (1971) comme étant un phénomène d'intérêt pour la discipline infirmière. Au début des années 1970, Travelbee posa, en effet, les fondations à la compréhension du phénomène de la souffrance humaine selon une perspective infirmière. Si on considère les connaissances dégagées à ce jour en regard du dit concept, force est de constater qu'elles réfèrent surtout à la souffrance des patients et de leurs proches; le concept demeure moins approché sous l'angle des infirmières, lesquelles, dans l'exercice de leurs fonctions, vivent des expériences de santé qui méritent l'attention et la considération de la discipline infirmière. L'approche de la PDT présente la particularité d'appréhender le concept de la souffrance (psychique) sous l'angle de la "souffrance au travail", autrement

dit, sous l'angle de la souffrance vécue par les travailleurs, ici en l'occurrence, celle vécue par les infirmières. Mentionnons également la nécessité, soulignée par divers auteurs en sciences infirmières, d'orienter la recherche sur la nature qualitative, subjective et expérientielle de la souffrance (Copp, 1990a; 1990b; Kahn & Steeves, 1986; Morse & Johnson, 1991). Les tentatives cherchant à éclairer les dimensions expérientielles de la souffrance sont restées, à ce jour, très limitées (Daly, 1995a; Kahn & Steeves, 1986). Ces auteurs attribuent ce fait au recours abondant qui est fait par les chercheurs aux méthodes scientifiques positivistes qui, bien qu'offrant des informations intéressantes en regard dudit concept, explicitent cependant peu sa véritable essence (Daly, 1995b). Si ce propos vise essentiellement, comme dit, la souffrance vécue par les patients et les familles, il se transpose parfaitement à l'étude de la souffrance sous l'angle des infirmières. L'investigation en PDT offre précisément l'avantage d'analyser la souffrance vécue au travail au moyen d'une approche qualitative, compréhensive et intersubjective. D'autre part, l'étude devrait aussi générer des connaissances utiles en regard du "plaisir au travail" tel que vécu par les infirmières. La chercheuse considère que le plaisir au travail constitue, au même titre que la souffrance au travail, un phénomène d'intérêt pour la discipline infirmière. En contribuant à l'avancement des connaissances en regard des phénomènes ou des expériences de santé que sont le plaisir et la souffrance au travail, l'étude présente une réelle dimension heuristique pour la discipline infirmière.

Le Bureau International du Travail adresse dans son rapport annuel de 1993, une requête à tous les intervenants en santé, devant l'urgence de recherches et d'actions que posent les rapports sociaux de travail en regard de la santé mentale des travailleurs. Ledit Bureau indique que la question de la santé mentale au travail se présente de façon de plus en plus visible et de plus en plus inquiétante. Il souligne que l'accroissement des problèmes d'équilibre psychologique reliés au travail, est devenu l'un des graves problèmes de santé de notre temps (Bureau International du Travail, 1993). Carpentier-Roy (1995b) lance également un appel aux divers intervenants dans le champ du travail, ainsi qu'aux chercheurs, afin de réfléchir sur l'impact qu'ont, sur la santé mentale, certains éléments inhérents aux réorganisations du travail qui ont cours présentement et ce afin que puisse émerger, à partir de leurs compétences et champs disciplinaires respectifs, une compréhension plus complète de l'action des facteurs à l'oeuvre sur les lieux du travail. L'auteure considère que c'est seulement au prix de ces efforts conjugués qu'il est possible

d'espérer une réflexion féconde en regard des conséquences des actuels rapports sociaux de travail et de contrer les aveuglements idéologiques ainsi que les souffrances qui les accompagnent. Ainsi, c'est à la recommandation de Duquette et al. (1992)³, à l'appel de Carpentier-Roy (1995b), à la requête du Bureau International du Travail (1993) et à la suggestion de Bourbonnais et al. (2000)⁴ que répond la présente étude doctorale en sciences infirmières. Elle rejoint de plus, comme mentionné plus haut, les objectifs de promotion de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé (Gouvernement du Québec, 1990). La présente recherche devrait intéresser tous ceux (chercheurs, théoriciens, gestionnaires, planificateurs, cadres, consultants, agents de changements ainsi que le monde patronal, syndical, associatif, gouvernemental ou politique) qui désirent contribuer au développement d'une pratique infirmière plus riche de sens et participant davantage à la santé du personnel infirmier, en commençant, par les infirmières elles-mêmes. Les données empiriques dégagées devraient, en effet, permettre de mieux comprendre les diverses sources de plaisir et de souffrance qui soutiennent ou fragilisent la santé mentale des infirmières en vue de dégager des avenues de recherche susceptibles de favoriser l'émergence de modèles, de théories et de transactions harmonisant plus avantageusement l'évolution conjoncturelle, les exigences de l'organisation et les aspirations des infirmières.

S'il peut être soulevé que la présente recherche en sciences infirmières ne s'appuie pas sur un cadre de référence propre à la discipline infirmière, des analogies peuvent être observées entre l'approche de la psychodynamique du travail et certains éléments des sciences infirmières, tel le paradigme de la transformation, d'une part et la pensée de la théoricienne Rosemarie Rizzo Parse (1992) d'autre part, laquelle s'inscrit précisément dans ledit paradigme (Kérouac et al., 1994). Le chapitre sixième discute ce point.

1.3. La question de recherche

Dans le cadre de la présente recherche, la question investiguée s'énonce comme suit: Quel est le sens de l'expérience subjective de travail, en termes de plaisir et de souffrance, pour des infirmières oeuvrant dans le présent contexte québécois en unités de soins de longue durée?

³ Cité à la section 1.1.

⁴ Cité à la section 1.1.

CHAPITRE SECOND

LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente dans un premier temps, les écrits théoriques et les recherches empiriques qui se rattachent à l'approche du stress au travail, laquelle est largement utilisée, par les sciences infirmières, pour investiguer les problématiques de santé mentale au travail. Viennent ensuite, dans un deuxième temps, les études réalisées au moyen de l'approche de la psychodynamique du travail.

2.1. Les écrits théoriques et les recherches empiriques sur le stress au travail

La présente recension ne peut rendre compte de l'ensemble des écrits théoriques et empiriques portant sur le stress au travail, tant ceux-ci sont nombreux. Ainsi, notre propos se limite aux écrits théoriques et aux études empiriques les plus pertinents en regard du phénomène à l'étude.

Comme évoqué ci-avant, les sciences infirmières ont, à ce jour, essentiellement étudié les relations entre l'environnement de travail et la santé mentale ou le bien-être psychologique des infirmières sous l'angle des théories du stress, lesquelles, globalement, renvoient aux capacités de l'individu à s'adapter aux exigences de l'environnement au moyen de ses ressources personnelles et du soutien de son entourage (Estryn-Behar, 1997). La notion de stress a émergé au cours des années 1930, à partir des travaux de Hans Selye, physiologiste canadien d'origine autrichienne (Selye, 1969). Le courant de recherche sur le stress au travail est directement issu du champ d'études plus général sur le stress. Selye jette les premières bases physiologiques du syndrome général d'adaptation tandis que des psychologues s'efforcent à sa suite, de définir le stress psychologique que Lazarus (1966) définit comme étant le produit d'une transaction entre la personne et son environnement. Il s'agit dès lors de comprendre pourquoi un individu perçoit ou non un événement comme stressant et de quelle façon il s'y adapte. Dans le modèle de Lazarus et Folkman (1984) - largement utilisé par les chercheurs en sciences infirmières - l'adaptation à une situation (*coping*) est le résultat de deux médiateurs: les évaluations cognitives (primaires et secondaires) et les stratégies d'adaptation au stress (au nombre de huit⁵) qui désignent les

⁵ La confrontation, la distanciation, le contrôle de soi, l'échappement-évitement, la réévaluation positive, la résolution de problème, la recherche de soutien social et l'acceptation de la responsabilité.

efforts cognitifs et comportementaux déployés par un individu pour maîtriser, réduire ou tolérer les demandes internes ou externes qui découlent d'une situation stressante (Folkman, 1984). Les chercheurs en sciences sociales s'intéressent, quant à eux, aux facteurs sociaux ou psychosociaux pouvant protéger ou altérer la santé humaine et portent principalement leur attention sur le rôle du soutien social qui s'exprime par une aide matérielle, affective ou par des réseaux de relations (Bozzini & Tessier, 1985). Un axe important de recherche a également tenté de déterminer le rôle de certains événements stressants de l'existence dans la genèse de problèmes de santé. C'est à partir de ces trois axes de recherche (physiologique, psychologique et social) que les travaux sur le stress au travail se sont constitués en y puisant leurs modèles théoriques et méthodologiques. En formant un champ d'études à part entière, les chercheurs dans le domaine du stress du travail ont ainsi développé un certain nombre de modèles du stress professionnel faisant tous apparaître, à quelques nuances près, les éléments suivants: 1) des agents stresseurs de natures diverses (physique, chimique, biologique, mécanique, psychosocial, etc.); 2) des caractéristiques personnelles (type de personnalité, mode de réaction au stress, appartenance socio-démographique, etc.); 3) des indicateurs de stress (symptômes physiologiques, somatiques, psychologiques et comportementaux); 4) des variables modératrices (soutien et réseau social) et enfin 5) des conséquences sur la santé de l'individu (maladies organiques, cardiovasculaires, troubles psychologiques, etc.) ainsi que sur l'organisation (absentéisme, accidents, taux de roulement, productivité, performance, etc.) (Chanlat, 1990).

Sous le paradigme du stress se loge le postulat implicite selon lequel certains individus souffriraient d'une incapacité à négocier les situations stressantes (Chanlat, 1990). Ce postulat n'est pas sans conséquences dans la mesure où il génère une individualisation des problèmes de santé mentale. Ce modèle de la responsabilité individuelle pose, en effet, qu'il revient à l'individu de trouver les moyens les moins douloureux pour s'adapter et répondre adéquatement aux contraintes et aux exigences du monde du travail. Il importe de comprendre que tant et aussi longtemps que ce modèle de la responsabilité individuelle domine, il n'y a aucune obligation pour une organisation de reconnaître que le stress au travail est une problématique sociale reliée à une organisation pathogène du travail. Ainsi, elle peut se contenter d'une part, d'offrir aux travailleurs qui souffrent de divers maux physiques et psychologiques reliés au caractère pathogène de l'organisation du travail, des mesures de soutien individuelles (thérapie, médication, exercices de relaxation, formation à

la gestion du stress) et s'abstenir d'autre part, d'apporter les correctifs qui s'imposent à l'organisation du travail.

Depuis le milieu des années 1970, le modèle de stress au travail n'est plus seul dans le champ de la santé au travail. On voit, en effet, apparaître, dans le prolongement des études sur le stress, un grand nombre d'écrits scientifiques qui traitent plus spécifiquement de l'épuisement professionnel, communément appelé *burnout*. Ces écrits cherchent à saisir le malaise éprouvé par les professionnels engagés dans une relation d'aide avec autrui (infirmières, thérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, enseignants, ...). Essentiellement mis de l'avant par le psychanalyste new-yorkais - Herbert J. Freudenberger (1980) et par des psychologues sociaux américains tels Cherniss, Maslach, Pines ainsi qu'Aronson et Kafry, l'épuisement professionnel est conceptualisé comme un ensemble de réactions psychiques négatives liées au stress continu en milieu de travail. Ces réactions se regroupent autour de trois dimensions principales, à savoir: 1.- l'épuisement émotionnel, référant au sentiment d'être "vidé" ou exténué par le travail et se traduisant par le fait de "craquer" émotionnellement; 2.- le désinvestissement relationnel, c'est-à-dire: la déshumanisation ou la dépersonnalisation de la relation, générant la réaction d'indifférence à l'endroit des patients. Pour se protéger, le soignant tend à mettre une distance excessive entre le patient et lui ayant pour effet qu'il n'est plus capable de ressentir la moindre empathie à son endroit. Le processus de déshumanisation propre à l'épuisement professionnel conduit souvent ceux qui en sont victimes à être blâmés par les autres (Ryan, 1971) et 3.- la perception d'un sentiment de perte d'accomplissement dans le cadre du travail. Freudenberger (1980) présente le phénomène de l'épuisement professionnel comme un état de fatigue ou de frustration provoqué par le dévouement à une cause ou à une relation qui ne produit pas le résultat ou la récompense attendue. La situation d'épuisement suggère, en effet, une tension entre des désirs d'accomplissement personnel et d'aide apportée à autrui alors que la vision idéale d'une profession d'aide est de donner l'occasion au professionnel de s'exprimer et de s'accomplir tout en aidant les autres (Grosch & Olsen, 1998). Présenté comme un indicateur négatif de la santé mentale au travail, le syndrome connaîtrait une durée d'installation de un à cinq ans (Estryn-Behar, 1997). Benner (1995), apparemment peu favorable au concept de *burnout*, considère que celui-ci est fondé sur la métaphore naïve de l'élan vital sous-entendant que les infirmières disposeraient d'une quantité donnée de ressources qu'elles peuvent utiliser, jusqu'à un certain point, pour

soigner. Elle ajoute que Selye (1969), dans son approche du stress, utilise l'analogie du compte en banque; il s'agit là d'une variation moderne du thème de l'élan vital.

2.1.1. La santé mentale des infirmières et l'environnement de travail: écrits théoriques

Il apparaît opportun de considérer brièvement les principaux écrits théoriques traitant d'une part, de l'environnement de travail et d'autre part, de la santé mentale. Comme l'indiquent Duquette, Kérouac, Sandhu, Saulnier & Lachance (1997), "le contexte du travail, ses ressources, son organisation et les politiques de gestion exercent également une influence importante sur le bien-être et la santé des travailleurs" (p. 273).

La discipline infirmière ne présente actuellement pas de conception de l'environnement de travail (des infirmières). La conception présentée par les psychologues Moos et collègues, précisée ci-après, retient notre attention par le fait même qu'elle met l'accent sur la dynamique du climat social de l'environnement des organisations. Considérant également l'environnement de travail sous l'angle dynamique, la présente section réfère brièvement à la conception de Healey (1980), présente les modèles théoriques de Karasek (1990), de Siegrist (Siegrist, Siegrist & Weber, 1986), de Vézina, Cousineau, Mergler et Vinet (1992) et termine en évoquant deux dimensions organisationnelles de l'environnement de travail - cités par Canouï et Mauranges (1998) - pesant lourdement sur la santé et le bien-être des infirmières.

Considérant que l'environnement social est susceptible de jouer un rôle important dans l'état de santé des individus, Insel et Moos (1974a) définissent l'environnement psychosocial d'une organisation comme étant constitué des personnes qui y travaillent et des interactions de ces dernières entre elles, de sorte que ces personnes peuvent créer un climat ou une atmosphère très spécifique. En effet, il ressort de cette conception, d'une part, que ce sont les personnes, évoluant au sein d'une organisation, qui forgent la personnalité de l'environnement et d'autre part, que l'individu est en mesure d'influencer son propre environnement afin de le rendre plus favorable à sa croissance personnelle et par conséquent, à sa santé mentale ainsi que physique. Après avoir étudié divers types d'environnement social, Moos (1973) conceptualise trois grandes dimensions du climat social, présentes dans toute organisation, à savoir: 1.- la dimension relationnelle incluant à

son tour trois caractéristiques⁶: 1.1.- l'implication, évaluant jusqu'à quel point les infirmières se sentent concernées par leur travail et s'y impliquent; 1.2.- la cohésion entre les pairs, évaluant dans quelle mesure les infirmières se manifestent entre elles de l'amitié et s'offrent du soutien au travail; et 1.3.- le soutien des supérieurs, évaluant jusqu'à quel point ceux-ci offrent du soutien aux infirmières et les encouragent à se donner mutuellement du soutien; 2.- la dimension de croissance personnelle présentant également trois caractéristiques: 2.1.- l'autonomie accordée, évaluant dans quelle mesure les infirmières sont encouragées à s'auto-suffire dans la planification de leurs tâches ainsi que dans la prise de décisions; 2.2. l'orientation vers la tâche, évaluant jusqu'à quel point l'accent est mis sur la bonne planification et l'efficacité dans l'accomplissement des tâches; et 2.3.- la pression ressentie au travail, incluant la charge de travail et les contraintes de temps; et finalement 3.- la dimension de maintien et de changement des structures comportant quatre caractéristiques: 3.1.- la clarté, évaluant dans quelle mesure les infirmières savent avec précision ce qui est attendu d'elles dans leurs activités quotidiennes; 3.2.- le contrôle, considérant jusqu'à quel point les supérieurs font usage de moyens coercitifs, tels que règlements ou pressions, afin de maintenir un contrôle sur les infirmières; 3.3.- l'innovation, évaluant dans quelle mesure le milieu encourage le changement, la variété et les nouvelles approches; et 3.4.- le confort physique des lieux, considérant jusqu'à quel point les lieux physiques contribuent à un milieu de travail agréable. Ces dix caractéristiques, mesurant chacune un aspect différent de l'environnement de travail tout en étant interreliées, constituent les sous-échelles de l'échelle *Work Environment Scale - form R (WES - form R)* élaborée par Insel et Moos (1974b).

Healey (1980) note que l'environnement de travail est l'image ou la perception que les travailleurs ont de la dynamique d'une organisation. Il identifie, à titre de caractéristiques de l'environnement de travail: la clarté, la performance, l'imputabilité, la reconnaissance et la collaboration.

Depuis 1980, le modèle de la tension au travail développé par Karasek et Theorell (1990), appelé également le modèle « demande-autonomie au travail » ou le modèle « demande-latitude » a considérablement influencé les études empiriques investiguant les

⁶ L'ensemble des caractéristiques sont définies par Michaud (1991).

déterminants psychosociaux de la santé au travail. Ce modèle suppose que les personnes exposées à une forte tension au travail, c'est-à-dire à une combinaison d'une demande psychologique élevée et d'une faible latitude décisionnelle, risquent davantage de développer des problèmes de santé physique et psychologique (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990). La demande psychologique réfère au volume de travail, aux contraintes de temps pour le réaliser ainsi qu'à la complexité du travail ou aux exigences mentales spécifiques qu'il implique (Karasek & Theorell, 1990). L'autonomie ou la latitude décisionnelle - concept central du modèle - recouvre deux dimensions; d'une part, l'autonomie de compétence, laquelle réfère à la possibilité qu'a la personne d'être créative, d'utiliser ses habiletés et ses compétences liées au travail et d'en développer de nouvelles et d'autre part, l'autorité décisionnelle, référant à la possibilité de choisir comment réaliser ou accomplir son travail (degré d'autorité) et de participer aux décisions qui s'y rattachent (degré de participation) (Karasek & Theorell, 1990). La demande psychologique et la latitude décisionnelle peuvent, en réalité, se combiner de quatre façons différentes et constituer autant de niveaux d'exposition à la tension au travail. Outre la combinaison mentionnée ci-dessus, il peut être dit qu'un emploi alliant une faible demande psychologique et une forte latitude décisionnelle n'est pas générateur de tension au travail. Une tension modérée peut provenir d'une part, d'un emploi alliant une demande psychologique exigeante et une latitude décisionnelle importante. Semblable emploi offre des défis stimulants et des sources d'apprentissages. D'autre part, une tension modérée peut également provenir d'un emploi associant une faible demande psychologique et peu de latitude décisionnelle. Ce type d'emploi peut conduire à une atrophie progressive des habiletés des travailleurs (Bourbonnais et al., 1997). Afin d'augmenter le potentiel d'emploi des travailleurs, Karasek (1989) suggère de promouvoir la polyvalence au travail. Vers la fin des années 1980, Johnson et Hall (1988) ont adjoint au dit modèle, le concept de soutien social au travail, lequel viendrait modérer l'effet de la tension au travail sur la santé.

Parmi les critiques ou les reproches qui sont adressés au modèle - et qui intéressent la présente étude - il y a, d'une part, le fait que le concept de demande psychologique ne considère pas la charge émotive en lien avec la souffrance ou la peur, lesquelles sont souvent associées à un travail en relation d'aide (Söderfeldt et al., 1996). D'autre part, il est reproché au concept d'autonomie décisionnelle d'avoir une approche limitée à la seule dimension individuelle du contrôle, omettant ainsi de considérer l'influence collective des travailleurs sur l'organisation du travail (Baker, Israel & Schurman, 1996).

Vers la fin des années 1980, Siegrist propose un modèle complémentaire à celui de Karasek, visant à compenser certaines limites de ce premier et permettant de rendre compte d'une part, des effets négatifs de l'insécurité d'emploi et d'autre part, de l'effet modérateur des profils de personnalité des individus sur les impacts de la tension au travail (Siegrist et al., 1986; Siegrist, Peter, Junde, Cremer & Siedel, 1990; Siegrist, 1996). Appelé le modèle « déséquilibre: effort-récompense », celui-ci s'appuie sur les théories sociologiques du "self" et de l'identité et repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail caractérisée par des efforts considérables et de faibles récompenses, s'accompagne de réactions pathologiques sur le plan émotionnel et physiologique, lesquelles sont essentiellement liées à une stimulation du système nerveux autonome sous l'effet de la peur, de la colère et de l'insatisfaction générée par les conditions de travail (Vézina, 1999). Les efforts considérables sont tantôt de source extrinsèque, tantôt de source intrinsèque. Dans le premier cas, ils peuvent être liés aux contraintes de temps, aux interruptions fréquentes du travail, aux nombreuses responsabilités, à l'augmentation de la charge de travail, à l'obligation de faire des heures supplémentaires et aux efforts physiques exigés. Dans le deuxième cas, ils réfèrent aux attitudes liées à un engagement excessif dans le travail consécutif à un besoin inné de se dépasser ou à un sens aigu du devoir. Quant aux faibles récompenses, ils peuvent être de trois ordres: 1.- un salaire insatisfaisant, 2.- le manque d'estime et de respect au travail, incluant le faible soutien et 3.- l'insécurité d'emploi ainsi que les faibles opportunités de carrière y compris un travail qui ne correspond pas à la formation suivie. Le concept de "réciprocité sociale", central au modèle, réfère à la possibilité qu'a le travailleur d'avoir accès et de jouir des avantages légitimes qu'il est en droit d'attendre compte tenu de l'effort fourni au travail (Bourbonnais et al., 2000; Vézina, 1999). C'est précisément lorsque cette attente demeure insatisfaite que s'opère un déséquilibre entre les efforts consentis et les récompenses attendues (Niedhammer & Siegrist, 1998). Aussi, ce sont les situations de travail qui combinent des efforts élevés et de faibles récompenses qui sont susceptibles d'entraîner des réactions pathologiques tant sur le plan émotionnel que physiologique (Vézina, 1999).

Les modèles de Karasek et de Siegrist se distinguent du modèle de Lazarus et Folkman en ce sens qu'ils approchent également les problèmes de santé mentale au travail sous l'angle de l'organisation du travail, notamment en termes de demande psychologique, d'autonomie décisionnelle, de reconnaissance et de soutien social au travail, au lieu de les

attribuer aux seules fragilités individuelles des travailleurs (Vézina, 1999). Ces premiers ouvrent ainsi sur un constat plus collectif des problèmes plutôt que sur leur seule représentation individuelle.

Le modèle proposé par Vézina et al. (1992)⁷, élaboré à partir d'analyses de cas, identifie d'une part, les facteurs de risque du milieu de travail créant une tension psychique affectant ainsi la santé mentale des individus et d'autre part, les facteurs de protection du milieu de travail susceptibles d'atténuer la tension psychique et d'exercer un effet bénéfique en regard de la santé mentale des travailleurs. Les facteurs de risque sont: le travail répétitif ou monotone, l'ambiguïté et le conflit de rôle, la surcharge de travail, le travail en relation d'aide, les horaires de travail alternants, le travail en situation de danger et l'exposition à des agresseurs physico-chimiques. Les facteurs de protection sont quant à eux de deux ordres: 1.- de l'ordre de l'autonomie décisionnelle recouvrant d'une part, l'utilisation des habiletés ainsi que le développement de nouvelles habiletés et d'autre part, le pouvoir décisionnel sur le mode opératoire et 2.- de l'ordre du soutien social faisant d'une part référence à l'aide ainsi qu'à la collaboration des collègues et d'autre part, à la reconnaissance du milieu.

Canouï et Mauranges (1998) identifient deux facteurs organisationnels pesant lourdement sur la perception que les infirmières ont de leur travail; les auteurs réfèrent à l'interruption des tâches et l'ambiguïté des rôles. Ils indiquent que l'interruption des tâches infirmières à cause d'événements imprévus, d'urgences ou d'intrusions d'autres intervenants est un phénomène tellement fréquent qu'il est à peine considéré comme un dysfonctionnement. Les conséquences dudit phénomène sont cependant multiples: 1.- fatigabilité de l'infirmière: l'interruption dans la dispensation des soins contraint celle-ci à développer des stratégies à la fois mémorisantes et anticipatrices afin d'éviter la survenue d'accidents; 2.- risque accru de survenue d'accidents; 3.- insatisfaction engendrée par le caractère fragmenté du travail: la fragmentation du travail de l'infirmière affecte principalement la qualité relationnelle que l'infirmière développe avec le patient en interrompant un échange ou en transformant celui-ci en un propos rapide et superficiel, amputant ainsi l'aspect humain et frustrant chacun des partenaires et 4.- sentiment de ne pouvoir fonctionner de façon autonome: le fait que les demandes externes à l'infirmière

⁷ Ce modèle ressemble, par certains concepts, à l'approche psychodynamique. Il en a, en effet, subi l'éclairage sans pour autant présenter l'articulation théorique propre à cette dernière.

s'avèrent chaque fois plus importantes que les siennes, soulève la question d'une hiérarchie des tâches, situant les tâches infirmières au dernier plan. L'interruption continuelle des tâches et le sentiment de non-reconnaissance découlant de ce fait, affectent considérablement la satisfaction de l'infirmière (Canoui & Mauranges, 1998). L'ambiguïté des rôles renvoie à la confusion faite entre diverses fonctions obligeant une personne à assumer un rôle ne faisant pas partie de la définition de son poste (Canoui & Mauranges, 1998). Les auteurs se demandent ce que devient la motivation de l'infirmière qui a choisi cette profession pour sa dimension relationnelle et qui voit celle-ci de plus en plus parasitée par des obligations parallèles. Les auteurs concluent que l'interruption des tâches et l'ambiguïté des rôles engendrent, outre l'insatisfaction, des perturbations organisationnelles complexes en agissant, d'une part, sur une problématique de la communication et d'autre part, sur une perte d'identité professionnelle.

2.1.2. La santé mentale des infirmières et l'environnement de travail en soins de longue durée: études empiriques

La présente section relate les principales études corrélatives investiguant les relations entre l'environnement de travail (organisation et conditions de travail) et la santé mentale des infirmières oeuvrant en SLD. Parmi l'ensemble des études empiriques recensées sur le sujet, les études corrélatives sont, en effet, les plus susceptibles de fournir des données utiles pouvant éclairer les liens entre l'organisation et les conditions de travail des infirmières en SLD et leur santé mentale.

2.1.2.1. Les facteurs de stress reliés à l'individu

Sans s'attarder longuement aux variables personnelles dans la mesure où celles-ci ne constituent pas des dimensions considérées par l'approche collective de la PDT, il peut être dit que des chercheurs ont tenté de savoir s'il était possible de dégager un profil d'infirmière susceptible de développer, plus qu'un autre, du stress au travail. S'il est aisé de voir l'intérêt d'une telle démarche en termes d'aide au recrutement, il faut néanmoins penser aux risques de dérives possibles d'une telle sélection (Canoui & Mauranges, 1998). Dans l'étude des variables personnelles, trois groupes de facteurs ou trois types de sous-variables émergent, à savoir: les variables sociodémographiques, les variables professionnelles et finalement les variables relatives à la personnalité du sujet.

- Variables sociodémographiques

L'analyse des variables sociodémographiques des infirmières travaillant auprès des personnes âgées révèle qu'il n'y a pas de corrélation entre l'âge, le sexe, l'état civil, la situation familiale ainsi que le nombre d'enfants et l'épuisement professionnel (Astrom, Nilsson, Norberg & Winbald, 1990; Dicaire et al., 1997; Duquette, Kérouac, Sandhu, Ducharme & Saulnier, 1995).

- Variables professionnelles

Les variables considérées sont les titres (diplômes), la formation, la fonction et le nombre d'années d'expérience. L'ensemble des recherches empiriques existantes ne permettent pas de retenir de corrélation entre ces variables et l'épuisement professionnel des infirmières oeuvrant en SLD (Dicaire et al., 1997). L'étude de Duquette et al. (1995) précise cependant, qu'en regard du statut professionnel, les infirmières travaillant à temps plein manifestent un niveau d'épuisement plus élevé. Les résultats en regard des variables professionnelles peuvent surprendre. On serait, en effet, tenté de croire qu'une formation ou une expérience supplémentaire constituerait un soutien face à l'épuisement professionnel. Il faut conclure des résultats, que les titres et l'expérience ne protègent pas de l'épuisement professionnel dans la mesure où ce dernier est un problème d'abord émotionnel et psychologique lié aux conditions de travail vécues par les infirmières (Canouï & Mauranges, 1998).

- Variables relatives à la personnalité

La personnalité de l'individu intervient dans la perception du stress (Canouï & Mauranges, 1998). La hardiesse, caractéristique de la personnalité définie par trois dimensions (le sens de l'engagement, le sens de la maîtrise et le sens du défi), apparaît aux vues de diverses recherches, la ressource personnelle la plus puissante en regard du stress. En effet, en soulignant qu'il faut être prudent dans l'interprétation des études et de leurs résultats, Canouï et Mauranges (1998) indiquent que l'ensemble des traits de personnalité décrits par Suzanne Kobasa sous le terme de hardiesse aurait une influence sur les processus d'adaptation, un effet modérateur en situation de stress et protégerait l'organisme psychologique des effets nocifs des événements stressants de la vie. Les individus qui en seraient pourvus, résisteraient ainsi mieux aux effets des stress psychosociaux.

Deux recherches corrélationnelles québécoises sont à mentionner, à savoir: 1.- l'étude de Savignac (1993) qui a investigué auprès d'un échantillon de convenance de 86 infirmières québécoises oeuvrant en unités de SLD, la relation entre la hardiesse et le bien-être psychologique et 2.- l'étude de Duquette et al. (1995) qui a étudié auprès d'un échantillon aléatoire de 1990 infirmières québécoises oeuvrant en gériatrie, d'une part, les relations existant entre la hardiesse, le soutien social en milieu de travail, les stressseurs occupationnels, les stratégies d'adaptation et l'épuisement professionnel et d'autre part, entre la hardiesse et la détresse émotionnelle. Savignac (1993) conclut que les infirmières hardies présentent un niveau de bien-être plus élevé que les infirmières peu hardies. Duquette et al. (1995) mentionnent que l'analyse de la relation entre la hardiesse, le soutien social en milieu de travail, les stressseurs occupationnels, les stratégies d'adaptation et l'épuisement professionnel indique que la hardiesse a l'effet direct le plus important sur l'épuisement professionnel. Ce résultat porte les chercheurs à conclure, en regard de la théorie de Maddi et Kobasa (1984), que la hardiesse apparaît la principale ressource personnelle permettant aux infirmières, oeuvrant en gérontologie, de se protéger contre l'épuisement professionnel. D'autre part, les résultats de l'étude de la relation entre la hardiesse et la détresse émotionnelle font dire aux chercheurs que la hardiesse ressort comme une importante ressource permettant aux infirmières de se protéger de la détresse émotionnelle.

2.1.2.2. Les facteurs de stress reliés à l'organisation du travail et aux conditions de travail

En considérant la fatigue occasionnée d'une part, par le soulèvement de bénéficiaires lourds (Carter & Phillips, 1987) et l'exposition ou la confrontation d'autre part, aux troubles de comportements (Astrom, Nilsson, Norberg, Sandman & Winbald, 1991), à la perte d'autonomie (Carter & Phillips, 1987), aux déficits cognitifs (Augé, Durand, Mercier & Paré, 1989; Bélanger, Allard & Dicaire, 1993), à la maladie et la mort (Carter & Phillips, 1987) et aux problèmes de communication rendant plus difficile la compréhension des besoins réels de la personne âgée (Astrom et al., 1991), on serait tenté de croire que les soignants oeuvrant auprès des personnes âgées, vivent davantage d'épuisement professionnel que ceux qui interviennent auprès d'autres clientèles. Qu'apprennent les recherches empiriques existantes en regard de cette hypothèse? Seulement deux études, de surcroît pas très récentes, offrent des éléments de réponse: l'étude d'Astrom, Nilsson, Norberg & Winbald (1987) indique que, comparativement aux infirmières oeuvrant dans des unités de courte durée, les soignants travaillant en SLD, sont plus à risque de souffrir

d'épuisement professionnel. L'étude de Hare, Pratt et Andrews (1988) comparant l'épuisement professionnel d'infirmières, d'infirmières-auxiliaires et d'aides soignantes dans des milieux de SLD et de soins aigus pour personnes âgées, révèle que ces premières présentent des niveaux d'épuisement professionnel plus élevés que ces dernières.

D'autres études situent l'état de santé mentale des infirmières oeuvrant en SLD. Premièrement, l'étude de Savignac (1993) indique que 47 % des infirmières en SLD sont en bonne forme psychologique; ce pourcentage élevé est à mettre en lien avec le petit échantillon de convenance utilisé. Deuxièmement, l'étude descriptive de Lévesque, Granger et Cossette (1988), menée dans 19 centres d'accueil, indique qu'un pourcentage très important des infirmières - à savoir: 86,2 % - souffre d'épuisement émotionnel de façon modérée à très intense. Troisièmement, l'étude de Lévesque et al. (1988) indique que la fréquence des comportements perturbateurs des résidents atteints de déficiences cognitives est associée à une augmentation de l'intensité du sentiment d'épuisement professionnel du soignant. Quatrièmement, l'étude de Novak et Chappell (1994), portant cependant sur des infirmières auxiliaires, met en évidence que la réaction émotionnelle de celles-ci aux comportements perturbateurs des résidents est reliée significativement à un degré élevé d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ainsi qu'à une diminution du degré d'accomplissement personnel.

Diverses recherches empiriques en sciences infirmières ont décrit, au moyen de l'échelle *Work Environment Scale - form R (WES - form R)* élaborée par Insel et Moos (1974b), les caractéristiques de l'environnement de travail des infirmières. Ces études furent menées auprès d'infirmières en soins généraux (Avallone & Gibbon, 1998; Duquette, Sandhu & Kérouac, 1993, 1994a; Kérouac, Duquette & Sandhu, 1992a, 1992b; Michaud, 1991; Moos, 1994; Turnipseed, 1992; Wilson, 1989), d'infirmières gestionnaires (Evans, 1992), d'infirmières en santé communautaire (Fielding & Weaver, 1994), en soins à domicile (Dutcher & Adams, 1994), en soins critiques (Neubauer, 1988), en psychiatrie (Fielding, 1994; Long, Williams & Hollin, 1995), de divers milieux de santé aux Etats-Unis (Moos, 1994), de soignants en soins prolongés (ou de longue durée) incluant des infirmières (Schaefer & Moos, 1996) et d'infirmières de différents milieux de travail en Angleterre (Baker, Carlisle, Riley, Tapper & Dewey, 1992). Margall (1999) présente les statistiques descriptives de la plupart de ces études et mentionne que les résultats suggèrent qu'il existe

des variations considérables entre les divers milieux de travail des infirmières. Ces variations illustrent la particularité de chaque environnement de travail, conséquence des personnalités variables des divers individus qui le composent (Insel & Moos, 1974a). Ces résultats font ressortir le fait que les travailleurs influencent leur milieu ou environnement de travail. Margall (1999) indique également que les infirmières en soins prolongés obtiennent des scores semblables aux infirmières du groupe normatif pour les trois dimensions du climat social (dimension relationnelle, dimension de croissance personnelle et dimension de maintien et de changement des structures).

Les résultats de l'étude de Vachon (1987) sont intéressants dans la mesure où ils soulignent l'influence majeure exercée par la qualité du milieu de travail sur l'expérience de dispensation de soins. Leur étude portant sur le stress vécu par les soignants travaillant auprès de personnes en phase terminale indique, en effet, que près de la moitié des stressés (48%) mentionnés par les soignants travaillant en soins palliatifs proviennent de problèmes liés à leur environnement de travail et 29% proviennent de leurs rôles professionnels. Seulement 17% des stressés associés aux rôles professionnels proviennent de variables liées à la famille et au patient, et 7% aux maladies dont les clients sont affligés. Les principaux stressés liés à l'environnement et à l'exercice des rôles ressortant de l'étude sont: les problèmes de communication avec les autres départements, les problèmes de communication avec l'administration, les conflits de rôles, la nature du système, les attentes irréalistes de l'organisation et les ressources inadéquates.

L'étude de Savignac (1993) examine les relations entre les stressés de travail et le bien-être psychologique⁸ d'infirmières oeuvrant en SLD. Les résultats indiquent qu'elles ont une perception modérément élevée de la fréquence et de l'intensité des stressés. Une relation significative négative existe entre l'intensité du stress et le bien-être psychologique de ces infirmières. L'étude ne met cependant pas en évidence les types de stressés les plus corrélés avec le bien-être psychologique.

Les conflits de travail avec les pairs ou les supérieurs, la surcharge de travail, le manque de personnel, l'incompétence de collègues de travail, le manque de formation en

⁸ Pour évaluer le bien-être, la recherche utilise l'échelle nommée "Bien-être Santé Québec" (BESQ) ou "Votre bien-être" (Perrault, 1987).

cours d'emploi et l'incertitude face au traitement ont été identifiés comme des stressseurs occupationnels rencontrés par les soignants oeuvrant auprès de personnes âgées (Carter & Phillips, 1987; Cohen-Mansfield, 1989; Saulnier, 1993; Wilson & Patterson, 1988). Peu d'études ont cependant vérifié la relation entre ces stressseurs et l'épuisement professionnel. L'étude de Duquette et al. (1995) a l'avantage de mettre en évidence que les conflits avec les médecins ainsi que la surcharge de travail contribuent significativement à l'augmentation du degré d'épuisement professionnel.

Identifié comme facteur de risque, le manque de soutien entretient le stress des infirmières et contribue à l'épuisement de celles-ci. Quelques études ont démontré que le soutien au travail fourni par les pairs ou les supérieurs atténue l'épuisement professionnel du personnel soignant: premièrement, Saulnier (1993) a effectué une recherche cherchant à vérifier auprès d'infirmières franco-québécoises travaillant en gérontologie, l'influence du soutien au travail sur l'épuisement de celles-ci. Des corrélations significatives ont été obtenues entre le soutien de l'infirmière-chef et l'épuisement professionnel ainsi qu'entre la cohésion entre les pairs et l'épuisement: le degré d'épuisement des infirmières en gérontologie varie de faible à modéré et la cohésion entre les pairs ainsi que le soutien offert par l'infirmière-chef sont perçus par celles-ci de manière modérée. L'étude de Duquette et al. (1995) met en évidence que le soutien du supérieur et des pairs explique 2 % de la variance de l'épuisement professionnel tandis que l'étude de Duquette et al. (1997) vérifie auprès d'un échantillon aléatoire de 1990 infirmières francophones oeuvrant au Québec, le modèle théorique de relations entre des facteurs psychosociaux, l'épuisement professionnel et la détresse psychologique. Les résultats indiquent que le soutien au travail a un effet direct et significatif sur l'épuisement professionnel, de même que l'épuisement professionnel a un effet direct et significatif sur la détresse psychologique.

Dicaire et al. (1997) ont réalisé une recherche portant sur le vécu du personnel soignant (infirmières, auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) de quatre CHSLD de la région de Québec. L'objectif premier de la recherche était d'identifier les principaux stressseurs reliés à l'organisation du travail et aux problématiques des clientèles ainsi que les stratégies d'adaptation utilisées par le personnel soignant afin de gérer les dits stressseurs. Le second objectif consistait à déterminer si les stressseurs et les stratégies employées par les soignants avaient un impact sur leur niveau d'épuisement professionnel. Le but poursuivi par les

chercheurs était de tracer le profil du soignant oeuvrant en CHSLD souffrant d'épuisement professionnel afin de cerner, ensuite, des cibles précises d'intervention auprès de tels soignants. Un premier résultat indique qu'un pourcentage considérable des soignants - soit 55 % - souffrent de manière modérée à sévère d'épuisement professionnel. Si on regarde ce résultat en fonction des composantes de l'épuisement professionnel, l'étude révèle qu'un peu plus de 40 % des soignants présentent un épuisement émotionnel variant de moyen à élevé, 52 % témoignent de dépersonnalisation envers les bénéficiaires et 45,9 % font état d'un accomplissement personnel faible. En termes de variables associées à l'épuisement professionnel, il ressort que les conflits entre collègues se révèlent les plus déterminants, suivis de la résolution de problèmes, de la latitude décisionnelle, de la surcharge de travail, de la réaction émotive face aux troubles de comportements, de la stratégie d'échappement-évitement et de la menace à la santé physique. Parmi les 47 situations les plus stressantes nommées par les soignants, 46,8 % ont trait aux caractéristiques de la clientèle, 40,4 % réfèrent aux caractéristiques de l'organisation du travail et 12,8 % se rapportent aux caractéristiques du soignant. En termes de situations stressantes, les infirmières rapportent - comparativement aux infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires - plus fréquemment les conflits avec les supérieurs, la surcharge de travail et l'incertitude face au traitement. Diverses recommandations formulées par les chercheurs reflètent explicitement le modèle de la responsabilité individuelle sous-jacent à l'approche du *stress-coping*. Ils réfèrent, par exemple, au fait de responsabiliser les soignants en regard de leur santé. Des recommandations portent également sur des mesures ou des pratiques de gestion des ressources humaines qu'il convient de favoriser. Plusieurs de celles-ci s'inspirent du paradigme qui sous-tend l'approche du stress-coping: augmenter la résistance au stress des individus, orienter la formation des soignants sur les stratégies d'adaptation au stress, créer un contexte de travail favorisant la hardiesse, Cela dit, les chercheurs soulignent que les pistes de solutions devraient passer par une approche visant à la fois à renforcer les habiletés de l'individu à vivre le stress et à transformer un environnement de travail stressant (lutter contre les stressseurs, développer le soutien en milieu de travail, être attentif à l'existence de conflits, favoriser la communication, ...).

2.1.2.3. En conclusion

En guise de conclusion il peut être dit que l'analyse des divers écrits théoriques et empiriques relatés ci-dessus appuie l'idée d'une relation mutuelle entre la personne, son

environnement de travail et sa santé. Elle souligne également l'importance de dépasser les éléments statiques composant l'environnement des organisations et de développer une perspective dynamique et interactive des relations entre l'individu et son environnement de travail. Aussi et à l'instar de ce qui fut évoqué au chapitre premier, il peut être dit que les études qui s'inscrivent sous le paradigme positiviste de *stress-coping* se montrent aidantes pour évaluer et décrire l'épuisement professionnel et identifier des corrélations entre des stressseurs et l'épuisement professionnel. Toutefois, la seule identification des dimensions "pathogènes" de l'organisation du travail n'éclaire guère la relation qualitative et dynamique entre les variables étudiées et ne fournit que peu d'éléments permettant une compréhension de l'expérience subjective de travail vécue par les infirmières. L'approche de la psychodynamique du travail propose, précisément, une analyse dynamique et compréhensive de l'activité de travail, laquelle, dans une perspective de prévention des problématiques de santé mentale au travail, offre une intéressante complémentarité (Vézina, 1999). Finalement et comme déjà évoqué plus haut, on ne peut que regretter l'approche individuelle des phénomènes sous le paradigme du stress. Contrairement aux études psychodynamiques, les études sur le stress au travail ne réfèrent pas à l'influence collective des travailleurs sur le travail et son organisation. Aussi, c'est l'individu qui est d'abord et principalement interpellé afin de se doter de moyens pour faire face aux agents stressseurs; l'organisation du travail demeure plus rarement interpellée.

2.1.3. La santé mentale des infirmières et l'environnement de travail tels que révélés par les deux études empiriques de Bourbonnais et al. (1997, 2000)

La présente recension des écrits ne peut faire une impasse sur deux études de Bourbonnais et al. (1997, 2000) qui bien que n'ayant pas été réalisées spécifiquement et exclusivement en SLD, offrent des données intéressantes en regard du phénomène à l'étude. La première étude, soit celle de Bourbonnais et al. (1997), a été effectuée auprès de 2000 infirmières de six centres hospitaliers de quatre villes⁹ du Québec. En lien avec le modèle de la tension au travail proposé par Karasek et Theorell (1990), cette étude épidémiologique avait pour objectif général d'étudier l'association entre une demande psychologique élevée, une faible latitude décisionnelle, un faible soutien social au travail (trois contraintes psychosociales majeures de l'environnement de travail) et la santé mentale des infirmières.

⁹ Chicoutimi, Montréal, Québec et Sherbrooke.

Un aspect intéressant de la recherche est d'avoir adjoint au volet quantitatif (comportant une mesure longitudinale de vingt mois à une mesure transversale à deux temps) un volet qualitatif, lequel s'appuyait sur une question ouverte demandant aux infirmières de proposer des améliorations à leurs conditions de travail. Ce sont tout particulièrement les résultats de ce volet qui retiennent notre attention. Ceux-ci révèlent que des dix thématiques dégagées par les infirmières, les désirs relatifs à la demande psychologique et au soutien social arrivent respectivement aux premier et second rangs dans les six hôpitaux de la recherche; la demande psychologique est souvent excessive et le soutien social laisse à désirer, principalement de la part des supérieurs. Aux dires des participantes, ces éléments contribueraient à rendre le contexte de travail exigeant tout en n'offrant que peu de possibilités de ressourcement. Les infirmières se sentent dépassées par la succession de tâches à accomplir dans un laps de temps trop court. Elles ressentent, par conséquent, une déshumanisation des soins offerts alors que le contact privilégié avec les patients est au coeur de leur pratique. La latitude décisionnelle s'est classée au quatrième rang tandis que la charge physique s'est classée en dernière position. Cette recherche invite à deux commentaires. Un premier commentaire porte sur le traitement quelque peu "quantitatif" des données du volet qualitatif de l'étude. Les chercheurs indiquent, en effet, que l'analyse de contenu a donné lieu à une codification et à une classification des données dans diverses catégories. Le contenu a ensuite été soumis à une quantification et les catégories ont été traitées au moyen de distributions de fréquence et de pourcentages. Les chercheurs justifient la méthode quantitative d'analyse de contenu par le fait que "les commentaires obtenus étaient très synthétiques et ne permettaient pas une analyse des nuances entre les ressemblances et les différences entre les catégories" (Bourbonnais et al., 1997, p. 14). Cette méthode quantitative d'analyse des données de nature qualitative n'est vraisemblablement pas sans effets sur les résultats dégagés. Les chercheurs expliquent d'ailleurs, eux-mêmes, en partie, le surprenant et étonnant classement de la latitude décisionnelle en quatrième position des propositions d'améliorations aux conditions de travail, par un recouplement dans les catégories de codes ou par la classification de certains items dans d'autres catégories plus spécifiques. Il peut être mentionné qu'en ne procédant pas à semblable traitement quantitatif des données d'entrevues, l'approche de la PDT ne rencontre pas ce type de situation. Deuxièmement, les chercheurs ne mentionnent aucune démarche de validation des résultats d'analyse, laquelle aurait été intéressante dans la mesure où elle aurait permis de vérifier si le classement de la latitude décisionnelle en

quatrième position reflétait l'ordre d'importance des propositions d'améliorations des infirmières.

La deuxième étude, c'est-à-dire, celle de Bourbonnais et al. (2000)¹⁰, réalisée de l'automne 1997 à l'automne 1999 auprès de 2006 infirmières à l'emploi de CHCD, de CHSLD et de CLSC, soit au total 13 établissements de l'agglomération de Québec, comptait parmi ses objectifs, d'une part, de mesurer et de comprendre les impacts de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle et la santé des infirmières, et d'autre part, de rendre compte des stratégies individuelles et collectives déployées par les infirmières pendant cette période de transition. Pour ce faire, les chercheurs ont adopté, de manière complémentaire aux modèles de Karasek et Théorell (1990) et de Siegrist (1996), un modèle inspiré de Jick (1985, 1987) et de Klandermans, Van Vuuren et Jacobson (1991), lequel permettait d'aborder "avec une approche compréhensive, la problématique de la tension découlant de l'annonce de coupures (budgétaires) et de l'adaptation à de nouvelles demandes à la suite d'un changement de poste ou de modifications importantes de l'environnement de travail" (Bourbonnais et al., 2000, p. 5). Le recours à semblable approche compréhensive porte quelque peu à s'interroger sur la véritable inscription paradigmatique de cette étude dans la mesure où le paradigme du stress privilégie habituellement davantage la description que la compréhension. S'agirait-il d'une inscription paradigmatique "double" ou "mixte"? Par ailleurs, les chercheurs ont eu recours à "l'utilisation par alternance planifiée des techniques quantitatives et qualitatives lors du recueil et de l'analyse des données" (Bourbonnais et al., 2000, p. i). Le volet quantitatif de la recherche comprenait trois études épidémiologiques dont une de type longitudinal (1993-1999) et deux de type transversal. Les résultats mettent en évidence une forte prévalence de problèmes de santé mentale chez les infirmières en 1997 et 1998. Ils font état d'un nombre important d'infirmières ayant vécu un niveau élevé de détresse psychologique et ayant consommé des médicaments psychotropes. Ils révèlent également une augmentation de la durée des absences pour maladie certifiée quel que soit le diagnostic ainsi qu'une augmentation de la fréquence et de la durée des absences motivées par un diagnostic de santé mentale. Un nombre important d'infirmières déclarent avoir vécu de manière relativement constante au cours des années 1997 et 1998, une augmentation de la charge de

¹⁰ déjà citée au chapitre premier

travail, une demande psychologique intense, une moindre latitude décisionnelle, un faible niveau de récompense, de nombreux conflits de rôle ainsi qu'un faible soutien social de la part des collègues ou des supérieurs. Le volet qualitatif comportait l'analyse compréhensive d'une quarantaine d'entrevues semi-dirigées avec des informateurs clés, d'une dizaine d'entretiens focalisés et des témoignages de 41 infirmières. Les entrevues ont été transcrites et une réduction des données a été réalisée pour cerner les principales dimensions du discours. Chaque entrevue a ensuite été codée en thèmes et sous-thèmes selon les paramètres du cadre théorique. L'analyse compréhensive des entrevues a mis en évidence l'impact majeur de la déstabilisation des équipes de travail sur les rapports sociaux de travail: les pertes de collègues et de routines de travail ont été vécus comme des deuils, lesquels ont effrité le sentiment d'appartenance et fait émerger un sentiment de perte d'identité ainsi que des réactions de méfiance et de retrait. Les multiples recompositions d'équipe, la surcharge de travail générée par le manque d'expérience des nouvelles infirmières, les différences de culture de travail et de niveaux d'expérience ont affaibli la confiance au sein de l'équipe et entravé la reconstitution de la solidarité d'équipe; la pratique s'est individualisée. Dans certains établissements, de nouvelles règles administratives plus rigides sont également venues entraver des formes de solidarité qui existaient avant la réforme. L'équipe qui procurait une source de reconnaissance entre collègues et constituait un moyen privilégié d'entraide et d'apprentissage est profondément déstabilisée. Les stratégies d'adaptation individuelles l'emportent sur les stratégies collectives. Les infirmières disent avoir moins de temps pour le *care*, avouent se sentir démobilisées, se disent essouffées et expriment avoir perdu le sens de leur travail.

2.2. Les études en psychodynamique du travail

Les référents empiriques psychodynamiques, utiles lorsqu'on entreprend une recherche de terrain, sont à ce jour, encore relativement restreints en Amérique du Nord bien que nombreux en France. Leur nombre est cependant en nette croissance au Québec. Quelques rares études psychodynamiques¹¹ ont été réalisées auprès d'infirmières mais aucune ne l'a été en SLD. Présentant néanmoins un intérêt dans le cadre de l'étude, la chercheure y réfère rapidement ci-dessous. Ces études ont été menées au moyen de la méthode d'enquête propre à la PDT laquelle sera introduite au chapitre troisième et

¹¹ et "psychopathologiques" pour reprendre l'appellation d'avant 1992

explicitée au chapitre quatrième. Afin d'éviter la redondance, la section ci-après ne précisera pas les aspects méthodologiques des études présentées, ceux-ci étant semblables dans toutes les études en PDT.

L'étude de Menzies (1960), même si elle remonte à quarante ans, mérite notre attention dans la mesure où elle réfère à des concepts comme l'anxiété et les stratégies de défense, lesquelles deviendront centraux dans l'approche de la PDT. En effet, dans la lignée des travaux de Wilson (1950) et de Sofer (1955), Menzies investiga, auprès du personnel infirmier d'un hôpital universitaire britannique, la présence d'une anxiété qu'elle supposait intense de par la nature même de la profession: "*by the nature of her profession the nurse is at considerable risk of being flooded by intense and unmanageable anxiety*" (1960, p. 100). Après avoir identifié cette anxiété, Menzies démontra que plusieurs facettes de l'organisation du travail étaient en réalité voulues, créées et maintenues par les infirmières car perçues, par elles, comme un moyen de défense contre l'anxiété. En recourant au système de fragmentation des tâches, elles distribuaient sur plusieurs infirmières les contacts avec les patients ce qui avait pour effet de diminuer le degré d'implication émotionnelle et par conséquent, l'anxiété. Dans le même ordre d'idée, la ritualisation des tâches, permettait également, en réduisant le nombre de décisions à prendre, une diminution de l'anxiété. La poursuite de son étude lui a cependant permis de mettre en évidence les effets pervers de ce genre de système de défense. Si ce dernier a pour objectif et résultat premier de réduire l'anxiété, il a en bout de ligne l'effet d'en générer l'augmentation. En effet, si la fragmentation - ou répartition - des tâches et des responsabilités entre plusieurs infirmières a pour effet premier de diminuer l'anxiété, elle peut, dans un deuxième temps, accroître celle-ci lorsque l'infirmière la plus responsable du patient pense, craint ou sait que la décision qui s'impose ne sera pas prise à temps.

Libouban (1985) ainsi que Logeay et Gadbois (1985) réfèrent à la souffrance des infirmières exerçant en milieu hospitalier et indiquent que celle-ci est en lien avec: 1.- l'anxiété générée par l'omniprésence de la mort; 2.- la frustration résultant de l'impossibilité de faire coïncider leurs désirs avec les attentes des médecins et des patients; 3.- la cadence élevée de travail; 4.- la multiplication des postes hiérarchiques et 5.- la mince part de pouvoir ou de contrôle sur leur travail malgré les responsabilités qui leur incombent.

L'étude de Carpentier-Roy (1990) - première recherche québécoise véritablement réalisée dans une perspective psychodynamique - porte sur l'organisation du travail et la santé mentale chez les infirmières en milieu hospitalier. A titre de sociologue de la santé, la chercheuse cherchait à saisir, dans le cadre de sa thèse de doctorat, l'influence de la rigidité plus ou moins grande de l'organisation du travail et de la technique sur le plaisir et la souffrance des infirmières exerçant en milieu hospitalier et tentait de comprendre comment des différenciations sexuelles, structurant l'imaginaire féminin, modulaient le rapport entre travail, plaisir et souffrance. Cette thèse donna lieu en 1991 à l'ouvrage intitulé "Corps et âme: psychopathologie du travail infirmier", ouvrage réédité en 1995 augmenté d'une postface. L'étude comprenait les infirmières travaillant de jour et de soir dans quatre départements d'un hôpital universitaire de Montréal. Ces quatre départements avaient été sélectionnés pour rendre possible une comparaison sur la base de deux critères principaux: la présence ou l'absence d'une technologie élaborée et la rigidité plus ou moins grande de l'organisation du travail. Cette rigidité était postulée comme étant reliée soit à la technologie, soit au type de malades et de traitements. Les départements d'oncologie et des soins intensifs étaient retenus car supposant une organisation du travail plus rigide étant donné la présence importante de la technologie et des techniques spécifiques reliées aux soins. Par contre, les départements de médecine interne et de gynécologie étaient retenus car présentant une organisation du travail plus souple et une présence moindre de technologie (Carpentier-Roy, 1990). Au total, l'échantillon était constitué de huit "collectifs" de travail regroupant chacun entre cinq et seize infirmières. A propos de la technologie et de la rigidité du travail, l'auteure mentionne que s'il est vrai que la technologie impose une certaine rigidité à l'organisation du travail, il apparaît également que:

"l'appareillage technique a un effet très positif sur l'équilibre psychique; il peut être l'occasion d'un redéploiement d'intérêt pour le travail et, en ce sens, être une source de plaisir, dans la mesure évidemment où elles ont la formation adéquate pour contrôler ces instruments. Pour elles, il s'agit clairement d'un mode de réappropriation des connaissances qui leur sont propres et qui les valorisent aux yeux des autres intervenants, y compris les médecins qui ne possèdent pas ces connaissances techniques" (1991, p. 146).

Référant au fait qu'il est souvent dit "que la "machine" désapproprie l'homme de son travail, de sa capacité de créer et de ce fait, dans les termes de la psychopathologie du travail, est cause de souffrance" (p. 146), l'auteur répond que la technologie n'a pas en soi ce pouvoir

d'enlever au travail son sens et que c'est plutôt son mode d'emploi par telle organisation du travail qui vient statuer sur son action structurante ou déstructurante pour l'équilibre psychique. Celle-ci ajoute qu' "il y a un rapport hiérarchique évident entre le contenu significatif de la tâche, les contraintes d'activité et l'anxiété. Un contenu significatif important peut contrebalancer, en partie du moins, les effets pathogènes des contraintes d'activité lourdes et d'une grande anxiété" (p. 146-147). La chercheuse constate également que la charge physique, même augmentée, n'apparaît pas au premier rang des plaintes des infirmières. Celles-ci disent surtout souffrir de l'absence de reconnaissance en regard du travail accompli. De plus, elles déplorent l'absence de pouvoir et de latitude décisionnelle devant, selon elles, accompagner les responsabilités qui leur incombent. Aussi, l'auteur conclut que ce n'est pas tant sur la charge physique que convergent les plaintes des infirmières que sur la charge psychique du travail.

La recherche de Lamontagne (1998) - réalisée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en sciences infirmières - avait pour but d'effectuer une analyse compréhensive de l'impact des changements organisationnels vécus par des infirmières en CLSC dans le cadre de la réforme de la santé et des services sociaux du Québec. La recherche décrit la perception qu'ont les infirmières des changements organisationnels, les conditions de réalisation de la transition organisationnelle et l'influence de cette transition en termes de bien-être personnel et professionnel. Elle montre que les infirmières rencontrées vivent une transition profonde mue par des paradigmes nouveaux et qu'elles développent des stratégies défensives individuelles et collectives afin de conjurer les souffrances et les insatisfactions vécues.

La recherche de Molinier (1995) - effectuée dans le cadre d'un doctorat en psychologie - avait pour sujet: psychodynamique du travail et identité sexuelle. Partant de la clinique qui suggère que le destin psychique des hommes et des femmes n'est pas identique, la chercheuse investigate les différences entre les sexes. Molinier choisit d'étudier la situation de travail des infirmières, étant donné la place unique qu'occupent celles-ci dans le monde du travail. Le métier d'infirmière est, selon la chercheuse, le seul métier inventé et stabilisé par les femmes. Pour l'essentiel - et sans rentrer dans les détails - l'auteur met en évidence qu'il existe d'une part, des spécificités propres aux collectifs de femmes et d'autre part, des stratégies défensives collectives contre la souffrance spécifiques aux femmes. Il y

a, selon celle-ci, un rapport très différent des hommes et des femmes à l'utilisation défensive de la connaissance, des savoir-faire et des compétences. D'autre part, il y a des modalités spécifiques de concrétisation de l'intelligence. Ceci a des incidences majeures sur le plan clinique et social. Chez les femmes, les trouvailles de l'ingéniosité et les oeuvres de coopération fondées sur la réciprocité, sont entourées de discrétion. Ceci a des répercussions en termes de visibilité. Il apparaît que la reconnaissance des contributions à l'organisation du travail et à la gestion ordinaire des difficultés ou des risques inhérents à la tâche, est plus difficile pour les femmes. Si la reconnaissance des savoir-faire et des compétences est aisée entre femmes, le défaut de mise en visibilité gêne considérablement la reconnaissance des savoir-faire et des compétences des femmes par les hommes.

A la lumière des différents écrits recensés et eu égard à la question de recherche qui sous-tend spécifiquement la présente recherche, l'approche qualitative de la psychodynamique du travail s'avère pertinente pour investiguer le phénomène à l'étude et ce étant donné l'éclairage original qu'elle peut offrir à la compréhension des rapports collectifs, de nature subjective et intersubjective, que les infirmières entretiennent avec leur pratique professionnelle en SLD. A la suite de Bachelard (1967), il peut, en effet, être considéré, qu'un objet d'étude ne se laisse pas dévoiler indifféremment par une approche quantitative ou qualitative. La PDT constitue dès lors le cadre de référence de la présente étude. Elle est présentée au chapitre ci-après.

CHAPITRE TROISIÈME

LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Ce chapitre définit dans un premier temps la psychodynamique du travail, son objet ainsi que ses principaux concepts. En second lieu, il présente une comparaison entre l'approche sur le stress et la PDT, avant de conclure à une complémentarité intéressante entre les dites approches pour l'avancement des connaissances en sciences infirmières. La présente étude n'a pas pour intention d'ouvrir le débat sur le fait de savoir si la PDT constitue un cadre conceptuel, une théorie ou une discipline. Au stade actuel de développement du corps de connaissances de la psychodynamique du travail, les chercheurs et théoriciens qui oeuvrent et évoluent en son sein la désignent à titre d'approche interdisciplinaire. Aussi, c'est en ces termes que nous y référerons.

3.1. Définition de la psychodynamique du travail et de son objet

Comme le mentionnent Dejours et Abdoucheli (1990), l'objet de la PDT est "l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail" (p. 127); l'analyse est dynamique dans le sens où elle s'opère dans un processus interactif entre un collectif de chercheurs et un ou plusieurs collectif(s) d'enquête. L'investigation à visée compréhensive de la PDT a pour centre de gravité le plaisir et la souffrance qui surgissent de la rencontre entre un sujet animé de désirs de réalisation, de construction identitaire, d'accomplissement, de plaisir et une situation de travail dont les tenants et les aboutissants sont, en grande partie, déterminés indépendamment de sa volonté. La PDT porte son regard sur une situation collective de rapports sociaux de travail à interpréter et à comprendre. Elle investigate le registre symbolique des travailleurs et met en lumière l'influence qu'il exerce sur leur équilibre psychique. Dans le but de comprendre les rapports souvent complexes que les individus entretiennent avec leur travail tel que structuré et organisé, la PDT opère, d'une part, une approche interdisciplinaire des situations de travail vécues, laquelle s'alimente à la sociologie du travail, de la santé et de la communication. D'autre part, elle privilégie un éclairage psychanalytique reposant sur la théorie du sujet et le modèle de la subjectivité. Les sections ci-après précisent les principales considérations épistémologiques et théoriques qui sous-tendent la psychodynamique du travail.

3.1.1. Considérations épistémologiques sous-jacentes à la psychodynamique du travail

3.1.1.1. Une épistémologie de terrain

Epistémologiquement, la psychodynamique du travail affirme le primat du terrain. Ceci revient à dire que la conceptualisation et la théorisation partent de la pratique, laquelle est considérée comme lieu et processus de développement de la connaissance plutôt que comme lieu et processus d'application de la connaissance (Dejours, 1993). L'épistémologie de la PDT prend naissance dans l'expérience vécue du travail (Trudel, 2000).

3.1.1.2. Une épistémologie relevant des sciences historico-herméneutiques et s'inscrivant dans le paradigme subjectiviste

L'enquête psychodynamique "révèle une réalité par le processus même de l'interprétation de la parole" (Dejours, 1993, p. 242). Cette interprétation de la parole met en jeu la totalité de l'être et priorise la compréhension. A ce titre, la PDT relève de l'épistémologie des sciences historico-herméneutiques¹² (ou sciences humaines), lesquelles s'inscrivent dans le paradigme subjectiviste de la sociologie compréhensive de Dilthey et de la théorie critique de Habermas (Dejours, 1993). Les sciences historico-herméneutiques considèrent que la réalité est relative et liée au moment historique, à l'état des préoccupations sociales et à l'ensemble des connaissances disponibles (Mucchielli, 1994). L'herméneutique peut être désignée comme l'art de comprendre (Fernandez-Zoïla, 1999). Référant à Dilthey (1893, 1947) qui pose l'empathie comme principe méthodologique de la compréhension, le "comprendre" auquel fait appel la PDT, est à la fois affectif et intellectuel (cognitif): "affectif" dans le sens où le chercheur doit tenter de ressentir ce que les participants éprouvent et "intellectuel" dans la mesure où il a à saisir le sens de ce que les participants perçoivent et ce sur la base des messages verbaux et non verbaux émis par eux. Pour ce faire, il se fait proche des participants au point de vibrer émotivement à leur vécu. Il tente de rentrer dans la logique propre des individus en prise avec le phénomène à l'étude dans le but de comprendre en profondeur ce que ceux-ci vivent (Mucchielli, 1994). Il s'agit en quelque sorte de comprendre l'autre par retour sur soi-même (Périlleux, 1995); dans ce sens, l'approche de la PDT est intersubjective. La pensée herméneutique considère que le chercheur est dans l'impossibilité de mettre entre parenthèses (*bracketing*) son histoire, ses préjugés ou ses préconceptions et de devenir le miroir de l'expérience de l'autre

¹² que Habermas distingue des sciences empirico-analytiques (sciences de la nature, sciences expérimentales)

(Allen, 1995; Koch, 1995). Le chercheur a accès au monde - et par conséquent aborde les phénomènes qu'il étudie - à travers ses préconceptions. Dans cet esprit, le recours à un cadre de référence - comme le fait l'approche de la PDT - n'est pas en opposition avec la philosophie herméneutique. Il reste à dire que le chercheur en PDT n'est pas l'expert qui connaît mieux ou aussi bien que les participants, le sens que l'expérience vécue revêt pour ceux-ci; le chercheur fait office de décrypteur de l'expérience vécue et est plutôt un interprétant ou "un interlocuteur qui, à travers sa subjectivité, va soutenir le travail de mise en forme de sens en interaction avec les membres du collectif étudié" (Carpentier-Roy, 1995a, p. 39).

3.1.1.3. L'éclairage psychanalytique et la théorie du sujet

La psychodynamique du travail aborde le plaisir et la souffrance vécus dans les rapports subjectifs et intersubjectifs de travail, par le biais de l'analyse des plages conscientes et inconscientes (Carpentier-Roy, 1992b). Il importe de voir que les individus ne sont pas conscients de tout ce qui les habite, les anime et les mobilise au travail; une part de la souffrance et du plaisir vécue échappe, en effet, à leur conscience. Pour investiguer la part inconsciente de la subjectivité qui anime les individus au travail, la PDT recourt à l'éclairage de la psychanalyse. Par ailleurs, la PDT est reliée à la théorie du sujet qui, au sens large, regroupe les courants en sciences humaines (sociologie, anthropologie, ethnologie, ...) qui ont le souci commun de "réintroduire le sujet singulier dans l'histoire des rapports sociaux et de faire ainsi une analyse qui ne serait pas expurgée du sujet producteur de signification" (Carpentier-Roy, 1995a, p. 37-38). Il importe, selon l'auteure, de (re)donner "une place et une valeur heuristique au sujet, témoin de son vécu, et ainsi réhabiliter le témoignage collectif des agents sociaux en lui accordant le statut d'une représentation valable de la réalité du travail" (1990, p. 78). En outre, ladite théorie propose une conception de la connaissance dans laquelle une place importante est faite aux sujets qui construisent leur univers social et par lequel ils sont également construits. Aussi, la PDT considère les travailleurs tantôt comme des acteurs déterminés par les contraintes organisationnelles, structurelles et managériales, tantôt comme des sujets libres; ils sont à la fois "agis par" et "agissant sur" l'organisation du travail (Carpentier-Roy, 1995a). En d'autres termes, la PDT reconnaît au sujet:

"sa place de témoin privilégié de sa situation de travail, à partir de laquelle il peut penser son rapport au travail, en trouver le sens mais aussi agir sur cette réalité pour la rendre la plus conforme

possible à ses besoins, à ses désirs et donc opérante dans la construction de son identité au travail" (Carpentier-Roy, 1995c, p. 14).

3.2. Les principaux concepts et les prémisses théoriques de la psychodynamique du travail

Cette section fait état des principaux concepts de la PDT. Ceux-ci ne sont pas présentés dans un ordre qui reflète leur importance mais selon une chronologie qui respecte l'enchaînement logique des idées et facilite la compréhension du cadre de référence. Une représentation schématique de l'articulation des principaux concepts de la PDT est présentée en annexe (annexe I). En conclusion elle présente les trois prémisses théoriques de l'approche.

3.2.1. Le travail

La PDT définit le travail comme "l'activité déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail" (Davezies, 1991, cité par Dejours, 1993, p. 220). Elle met l'accent sur la dimension humaine du travail et situe le sujet au sein de l'activité de travail: "Le travail est par définition humain, puisqu'il est convoqué là où précisément l'ordre technologique-machinal est insuffisant" (Dejours, 1993, p. 220). En cela, l'approche de la PDT propose une définition du travail qui présente l'avantage théorique de dépasser la vision technique, instrumentale, utilitaire et objective du travail (Vézina & Carpentier-Roy, 2000).

Le travail peut être vu comme une activité de production qui d'une part, transforme le monde et d'autre part, permet à l'intelligence et à l'ingéniosité humaines de s'exprimer. Si ces deux pouvoirs du travail sont traditionnellement reconnus par les sciences humaines, la PDT réfère à un troisième pouvoir considéré avec circonspection par la tradition, soit celui de faire advenir le sujet (Dejours, 1993). En effet, travailler n'est pas seulement produire pour transformer le monde, c'est aussi se transformer soi-même, se produire soi-même et se révéler à soi-même. De plus, outre le fait d'être un lieu de production de soi, le travail est également un lieu de production de rapports sociaux, un lieu où l'identité et le positionnement social se construisent par l'entremise, essentiellement, de la reconnaissance (Dejours, 1993b). D'autre part, "c'est aussi toutes les conséquences des aménagements défensifs pour compenser la souffrance au travail, sur l'économie des relations conjugales,

des relations avec les enfants et, au-delà, sur les rapports sociaux entre les hommes et les femmes" (Dejours, 2000, p. 17).

La PDT approche donc le travail en tant qu'activité humaine, c'est-à-dire comme un comportement investi par la subjectivité de celui qui l'accomplit (Carpentier-Roy, 2001). L'essentiel du travail lui apparaît de l'ordre de la subjectivité, laquelle n'appartient pas au monde visible (Dejours, 2000): "Ce qu'il faut mobiliser de soi-même pour travailler bien est beaucoup plus vaste que ce qui peut être immédiatement soumis à l'observation. [...] le travail est l'épreuve privilégiée de la subjectivité par elle-même" (p. 16). D'où l'insistance mise sur "l'entendre" dans la méthode d'investigation en PDT.

De tout temps, le travail a présente deux visages opposés: l'un favorable, source de plaisir, facteur d'accomplissement, soutien de l'identité et ami de la santé, l'autre défavorable, source de souffrance, destructeur d'identité et cause de troubles tous azimuts (Moulin, 1980). Source de création, de liberté, de plaisir et d'équilibre ainsi que source de contraintes, cause de souffrance et de maladie; voilà tout le paradoxe du travail (Carpentier-Roy, 2001; Dejours, 1980b). Aussi la PDT a pour caractéristique de considérer le travail comme une "activité subjectivante dans laquelle contrainte objective et processus subjectif s'étayent mutuellement" (Dejours, 1995, p. 47). Il peut ainsi être dit que le travail fait "cohabiter, de force ou de plein gré, des finalités sociales et subjectives [...] ainsi qu'une finalité économique à laquelle la contrainte [...] est rattachée, dit-on, de manière inhérente à un ordre rationnel s'imposant de soi" (Carpentier-Roy, 2001, p. 8).

3.2.2. La santé et la normalité

L'approche de la psychodynamique du travail considère que la santé parfaite n'existe pas; celle-ci constitue davantage un idéal et une fiction. Aussi, elle réfère à la notion de normalité, laquelle est définie comme "un état réel (et non un idéal) où les maladies sont stabilisées et les souffrances sont compensées" (Dejours, 1995b, p. 3). L'auteur précise qu'à la différence de la santé, la normalité n'est pas exempte de souffrance: "La souffrance y est seulement compensée de façon acceptable par de multiples stratégies défensives (...)" (p. 3). Dejours et Molinier (1994) recourent d'ailleurs au concept de normalité souffrante exprimant par là que la normalité est un résultat conquis de haute lutte contre la déstabilisation par les diverses contraintes de travail. La normalité n'est en effet, ni un état

stable, ni un état passif; elle est "une conquête difficile, jamais définitivement acquise, toujours à reconstruire" (Dejours, 1995b, p. 3).

3.2.3. L'identité comme armature de la santé mentale au travail

La PDT problématise la question de la santé mentale au travail à partir de l'identité. La psychiatrie et la médecine psychosomatique considèrent, en effet, que l'identité est le noyau central de la santé mentale (Dejours, 1993, 1995b). Les travaux de Dejours (1980a, 1980b, 1985, 1987), de Mendel (1985), de Meyerson (1952, 1955) et de Sainsaulieu (1985) ont démontré à quel point la question de l'identité se vit et se joue sur les lieux du travail; ils indiquent combien, à travers les conditions et les relations de travail telles que structurées par l'organisation du travail, l'individu est ballotté entre ses désirs et l'utilisation qui en est faite par les gestionnaires. L'identité est "ce par quoi l'individu se construit comme unique" (Carpentier-Roy, 1995b, p. 121). Contrairement à la personnalité qui demeure stable au cours de la vie de l'individu, l'identité est cette partie de l'individu qui n'est jamais définitivement acquise, jamais définitivement stabilisée et qui nécessite une confirmation continuellement réitérée (Dejours, Dessors & Molinier, 1994). L'individu ne tient jamais son identité exclusivement de lui-même; celle-ci passe par le regard d'autrui. Comme l'indique Taylor (1992): "Je ne peux pas découvrir isolément mon identité: je la négocie dans un dialogue, en partie extérieur, en partie intérieur (...) Ma propre identité dépend essentiellement de mes relations dialogiques avec les autres" (p. 48). La construction identitaire débute dans la sphère privée autour de la quête d'amour et se poursuit dans le champ social du travail, autour de la reconnaissance offerte par autrui. La conquête de l'identité et donc, la construction de la santé mentale, sont "vectorisées" par l'accomplissement de soi dans le champ privé de l'amour et dans le champ social de la reconnaissance. Diverses facettes composent et influencent le volet social de l'identité d'un individu, notamment la place qu'il occupe au sein de l'organisation, la manière dont il est reconnu ou considéré, le fait d'être consulté ou non, la part de pouvoir décisionnel détenu, le caractère significatif des tâches accomplies et la reconnaissance sociale dont bénéficie l'activité professionnelle réalisée (Brun, propos recueillis par Hivon, 1999).

3.2.4. L'organisation du travail et son incidence sur la santé mentale

Aucune description de tâche ne pourra jamais rendre compte, avec exactitude, de la réalité d'un travail dans la mesure où cette réalité est toujours plus ou moins mouvante et

imprévisible. La prescription du travail sous-estime habituellement la variabilité de la situation. Par conséquent, l'organisation conçue par les experts ou les cadres dirigeants est toujours, d'une façon ou d'une autre, recomposée par les personnes qui effectuent concrètement les tâches. Les recherches en PDT ont contribué à révéler l'écart significatif existant entre l'organisation prescrite de travail (organisation prévue dans la description des tâches, des méthodes et des procédures) et l'organisation réelle (organisation prévalant sur le terrain en tant que résultat des multiples interventions des travailleurs) (Davezies, 1993; Dejours, 1992a, 1992b, 1993a). Elles ont mis en lumière le déploiement, par les travailleurs, d'un éventail de stratagèmes opératoires - lesquels constituent des pratiques de travail orientées vers la recherche de solutions face à une organisation incomplète ou inefficace (Brun, 1994a et 1994b) - afin de rendre le travail et son organisation plus conformes aux spécificités et aux exigences du terrain ainsi qu'à leurs aspirations et désirs propres. Faisant appel à leur intelligence pratique et rusée, appelée *métis* par Aristote (Détienne & Vernant, 1974), les travailleurs parviennent ainsi à réduire l'écart entre le travail prescrit et les exigences du travail réel et contribuent de la sorte, de manière significative, au bon fonctionnement de l'organisation. L'organisation prescrite du travail est le point de départ à partir duquel peut se déployer l'intelligence pratique des travailleurs (Dejours, 2000).

Ledit écart entre travail prescrit et travail réel peut être source de plaisir et de santé ou de souffrance psychique selon que l'organisation permet ou non aux travailleurs d'arbitrer eux-mêmes ce décalage et de trouver, par leur inventivité, créativité et ingéniosité, la microrégulation nécessaire à la résolution des problèmes rencontrés dans le travail. Ainsi, en présence d'une organisation qui offre aux travailleurs une certaine marge de manoeuvre dans l'interprétation des consignes reçues et leur permet de mettre leurs connaissances, habiletés (culture de métier), créativité et ingéniosité à profit pour élaborer de nouvelles façons de faire qui soient plus satisfaisantes, les cadres gestionnaires contribuent au développement chez ces travailleurs d'un sentiment accru d'autonomie, d'accomplissement de soi et de maîtrise de leur environnement. Dans ce contexte précis où le travail est une activité de production où se concrétisent l'intelligence et l'ingéniosité humaines, on est en présence d'une organisation du travail dite "structurante" pour l'identité et par conséquent, favorable à la santé mentale. Par contre, si l'organisation du travail est à ce point rigide que l'écart entre le travail prescrit et la réalité du terrain est non négociable et que toute forme de

créativité ou d'initiative est proscrite, elle entrave dès lors la construction identitaire et fragilise par le même fait l'équilibre psychique (Vézina, 1999). Un excès de prescriptions et de contrôle génère de la souffrance (Dejours, 2000). La préservation de l'équilibre psychique doit beaucoup à la relative souplesse de l'organisation du travail; cette dernière ne peut négliger la subjectivité dans l'activité de travail et est tenue d'accorder les marges de manoeuvre nécessaires dans la répartition des tâches, la dynamique temporelle du travail et le choix des modes opératoires (Guiho-Bailly, 1998).

3.2.5. La charge psychique du travail

Les rapports de l'homme au travail, renvoient à trois dimensions de la charge de travail: 1.- la charge physique, qui est l'objet premier d'étude de l'ergonomie; 2.- la charge mentale, qui concerne davantage les éléments psychosensoriels et cognitifs engagés dans l'exécution d'une tâche et 3.- la charge psychique, qui intéresse tout particulièrement la PDT et réfère à "la participation affective de l'homme à sa situation de travail" (Dejours, 1980b, p. 82). La question fondamentale qui résume toute la problématique du rapport entre l'appareil psychique et le travail est de savoir si le travail qu'effectue l'individu offre un exutoire suffisant et adéquat à son énergie psychique. Le danger principal est, le plus souvent, celui d'un sous-emploi des habiletés, des connaissances, des compétences, de l'expertise ... en un mot, du potentiel psychique de l'individu. Tel est le cas, lorsque, comme évoqué ci-avant, le travail est à ce point structuré et organisé de manière rigide par la hiérarchie, qu'il ne laisse aucune voie de décharge possible à l'énergie psychique de l'individu. Cette énergie finit par s'accumuler, générant une tension psychique, un sentiment de déplaisir ainsi qu'une souffrance susceptible de s'accompagner de divers troubles psychiques. Si, par contre, l'organisation du travail offre des voies de décharge adaptées aux désirs psychiques de l'individu, le travail est dès lors "équilibrant" (Dejours, 1980b).

3.2.6. Souffrance, plaisir et sublimation

Les deux concepts centraux de l'investigation en PDT, soit le plaisir et la souffrance au travail "ne s'articulent pas nécessairement dans un rapport d'exclusion; c'est dire qu'ils peuvent se côtoyer et parfois dans des rapports très étriqués que seule l'analyse de terrain peut clarifier" (Carpentier-Roy, 1990, p. 50). Ainsi, on peut retrouver une organisation du travail qui intègre à la fois des éléments structurants et des éléments pathogènes. Rappelons que pour la psychodynamique du travail, la question du plaisir et de la souffrance se pose

toujours en termes collectifs bien qu'ils soient vécus de façon individuelle; l'individu n'est jamais dissocié du groupe auquel il appartient. En d'autres termes, la PDT investigate les sources communes de plaisir et de souffrance, c'est-à-dire, celles qui se situent au-delà des singularités individuelles.

3.2.6.1. La souffrance psychique

La souffrance psychique est un concept entièrement produit par la PDT; il n'a pas de référents psychanalytiques ou sociologiques. L'approche considère que la souffrance est consubstantielle à toute situation de travail, c'est-à-dire inhérente à la condition de l'homme au travail. Elle est définie comme étant cet état de lutte que vivent les travailleurs pour demeurer dans la normalité et ne pas sombrer dans la maladie. Investiguer la souffrance psychique au travail selon une approche psychodynamique, revient ainsi à explorer l'infrapathologique ou le prépathologique (Dejours, 1987a). Le concept de souffrance psychique décrit un état caractérisé par l'ennui, la monotonie, la peur, l'anxiété, l'angoisse, la déception, l'insatisfaction, la colère, etc. Il traduit également la perte du plaisir, de la coopération, de la solidarité et de la convivialité (Dejours, 1987a). N'étant pas directement observable, la souffrance psychique doit être décodée. Pour ce faire, la PDT recourt à deux notions qui font office "d'indicateurs", soit l'insatisfaction et la peur au travail (Carpentier-Roy, 1990). L'insatisfaction au travail est analysée par rapport au contenu significatif de la tâche et par rapport aux contraintes d'activité. Le contenu significatif de la tâche peut, à son tour, être considéré par rapport au sujet ou par rapport à l'objet. Par rapport au sujet, il s'agit de l'image de soi telle que perçue par le travailleur au travers de la tâche accomplie. Deux possibilités s'ouvrent à nouveau: soit le contenu significatif de la tâche est perçu par le travailleur comme étant en deçà de ses capacités, soit il est perçu comme étant au-delà de ses capacités. Dans les deux cas, l'insatisfaction s'installe; elle est générée dans le premier cas, par un sentiment d'inutilité, de dévalorisation et de non-reconnaissance de l'expertise et dans le second cas, par un sentiment d'impuissance, d'incapacité et de peur de l'échec. Les deux situations peuvent engendrer le même résultat: la souffrance psychique. Par rapport à l'objet, le contenu significatif réfère à l'investissement symbolique que l'individu fait dans sa tâche. Quant aux contraintes d'activité, il s'agit, par exemple, de contraintes de temps, d'horaire, de posture et toute autre contrainte liée à l'activité. La PDT s'intéresse surtout aux rapports dysharmonieux possibles entre ces contraintes et la structure psychique. Quant à la peur au travail, deuxième décrypteur de la souffrance psychique, elle est reliée à des risques

réels, présumés ou imaginés (Carpentier-Roy, 1995a). Elle existe en regard de risques physiques, psychologiques ou socio-organisationnels. Si la peur n'est pas contrée, elle est susceptible d'avoir des effets dommageables sur l'équilibre psychique.

3.2.6.2. Le plaisir et la sublimation au travail

La psychodynamique du travail entend le plaisir au travail dans son acceptation psychanalytique et freudienne: le plaisir au travail est le destin heureux de la souffrance au travail; il en est le produit secondaire lorsque la sublimation a été socialement et éthiquement possible (Freud, 1981). Le concept de "sublimation", introduit par Freud au vocabulaire psychanalytique, réfère à l'utilisation de l'énergie instinctuelle (ou pulsionnelle) au profit d'objectifs sociaux reconnus (Godard, 1985). La sublimation est le processus par lequel un désir (ou une pulsion) insatisfait est orienté vers un nouveau but, un nouveau destin ou un nouvel objet socialement valorisé. Ainsi, la sublimation est une stratégie défensive "constructive" dans le sens où elle ouvre sur le plaisir et soutient la santé mentale des individus. La valorisation sociale est centrale et indispensable au processus de sublimation. Pour que s'ouvre la voie à la sublimation, il importe donc d'une part, que les situations de travail permettent le changement de but, de destin ou d'objet et d'autre part, que le collectif de travail - s'il en existe un - ou la communauté d'appartenance - dans le cas contraire - approuve les pratiques qui sont objets de sublimation en sorte de les doter de la reconnaissance et de la valorisation nécessaires au plaisir (Carpentier-Roy, 1995a). Le processus de sublimation est étroitement "lié à la dimension narcissique du Moi. La sublimation est indissociable des exigences de l'Idéal portées par l'Idéal du Moi" (Dejours & Abdoucheli, 1982, p. 121). L'idéal du Moi, terme employé par Freud, est l' "instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéalisation du moi) et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs" (Laplanche & Pontalis, 1998, p. 184). En d'autres termes, le plaisir au travail réfère, sous l'approche de la PDT, à l'état de bien-être psychique que connaît un individu lorsque son travail, tel que structuré et organisé, lui permet de satisfaire ses désirs de reconnaissance, de pouvoir, d'autonomie, d'accomplissement, de construction identitaire, etc. (Carpentier-Roy, 1990). Le plaisir au travail comprend aussi l'expérience de la coopération, de la solidarité, de la convivialité et de la confiance (Dejours, 1989b). Aussi le plaisir des travailleurs sera d'autant plus grand que le travail se réalise au sein d'un véritable collectif de travail.

3.2.7. La question centrale de la reconnaissance

En contrepartie de la contribution que le sujet apporte à l'organisation, il attend une rétribution. L'analyse psychodynamique suggère que la rétribution attendue par le sujet est fondamentalement de nature symbolique (Dejours, 1993); elle revêt une forme spécifique, qu'attestent les études empiriques: la reconnaissance. Dejours (1993) précise que la reconnaissance passe par deux types de jugement sur le travail accompli: le jugement d'utilité et le jugement de beauté. Le jugement d'utilité est proféré essentiellement par autrui sur la ligne verticale, c'est-à-dire par les supérieurs hiérarchiques et les subordonnés, éventuellement par les clients et portant sur le caractère utile du travail accompli. Le jugement d'utilité technique, sociale ou économique confère à l'acte son inscription dans la sphère du travail (Dejours, 1995). Le jugement de beauté est proféré surtout par la ligne horizontale, par les pairs, les collègues, les membres de l'équipe, ou les membres de la communauté d'appartenance (Dejours, 1993). Au niveau du jugement de beauté, deux volets sont à distinguer. Le premier volet concerne la conformité du travail aux règles de l'art. Ce jugement confère l'appartenance au collectif ou à la communauté d'appartenance. Il contient toujours dans son énonciation, un jugement de beauté du travail effectué, exemples: "c'est une magnifique réfection de pansement" ou "quelle belle relation d'aide" ou encore "quelle belle technique de sondage urinaire". Le deuxième volet consiste, au-delà de la reconnaissance de conformité aux règles de l'art, à apprécier ce qui fait la spécificité, l'originalité voire le style du travail. Ce jugement confère au travailleur, la reconnaissance de son identité singulière, c'est-à-dire ce par quoi celui-ci n'est précisément identique à aucun autre, exemple: "ta façon de réussir l'installation d'une perfusion intraveineuse n'est à nulle autre pareille" ou "ton empathie pour ce patient est unique".

Pour la PDT, la véritable reconnaissance s'actualise, en grande partie, par l'octroi, au travailleur, de l'autonomie et du pouvoir sur l'acte pour lequel il est formé et responsabilisé; le manque de reconnaissance s'exprime quant à lui souvent par le refus de cette autonomie et de ce pouvoir.

3.2.8. Les collectifs de travail

Pour la psychodynamique du travail, il y a collectif de travail, "lorsque plusieurs travailleurs concourent à une oeuvre commune dans le respect des règles" (Cru, 1987a, p. 46). Ces règles déterminent les manières adéquates de réaliser le travail. Elles sont issues de

la profession, discutées et introduites par le collectif de travail lui-même; elles ont une fonction de régulation, de cohésion et de protection contre toute attaque venant de l'extérieur du collectif. Autrement dit, on parle de collectifs de travail lorsque, face à une oeuvre commune à réaliser, plusieurs travailleurs se rassemblent et forment un groupe solidaire dans le but de réaliser cette oeuvre dans le respect des règles (de la profession, de comportement) convenues. Le collectif de travail est un système social nécessitant, pour assurer sa formation, son maintien et son renouvellement, l'engagement, la mobilisation, la collaboration, la solidarité, d'authentiques liens de confiance réciproques et la loyauté de ses membres. Si les collectifs de travail naissent la plupart du temps en période de conflit ou de crise, Dejours (1993, 1995) indique qu'ils peuvent également être envisagés comme un acte d'auto-organisation. Le travail implique en effet, très souvent, une nécessaire collaboration, laquelle ne peut cependant être prescrite dans la mesure où elle repose sur la confiance, le respect et l'estime réciproques, la solidarité, ... autant d'éléments qui se construisent dans l'action en référence à des normes ou des valeurs communes. La construction et le maintien des collectifs sont également conditionnés par les pratiques managériales et l'organisation du travail dans laquelle ils s'inscrivent. En effet, lorsqu'ils existent, les collectifs peuvent être fragilisés, voire même détruits par des pratiques managériales qui soit, viennent brusquement changer les règles du jeu en transformant la souplesse organisationnelle en rigidité, soit instaurent une concurrence excessive entre les travailleurs dans un contexte de peur généré de plus en plus par l'insécurité d'emploi (Vézina, 1999).

3.2.9. Les stratégies défensives

La PDT retient la définition freudienne des processus de défense définissant ceux-ci comme une révolte du moi contre des affects pénibles dans le but d'éviter un déplaisir et d'assurer son intégrité et sa sécurité. Dejours (1995b) indique que les défenses sont le plus souvent inconscientes mais que certaines peuvent, dans des conditions particulières, devenir conscientes. La mise en oeuvre généralement inconsciente des stratégies défensives a pour inconvénient majeur d'empêcher de penser ce qui fait souffrir dans le travail, entravant, par le même fait, la transformation de ces sources de souffrance (Brun, 1992; Maranda, 1998b). Qu'elles soient conscientes ou inconscientes, elles sont toujours intentionnelles: "l'intentionnalité qui mobilise les défenses est fondamentalement portée par la lutte pour la construction de l'identité [...]" (Dejours, 1995b, p. 8). Au premier niveau, les défenses se traduisent par des attitudes ou des comportements sains et utiles à la santé mentale dans la

mesure où en aidant les individus à résister aux agressions de l'organisation du travail (manque de reconnaissance, absence de pouvoir, manque d'autonomie, manque de soutien, exploitation, ...) ou à conjurer la peur face à certains risques du travail, elles préservent leur équilibre psychique (Dejours, 1987b). Ces défenses n'ont cependant pas pour visée ou finalité la transformation objective des éléments agressants mais bien la diminution de leur perception. La perception est le processus par lequel l'individu organise et interprète ses impressions sensorielles de façon à donner un sens à son environnement (Bergeron, Côté-Léger, Jacques & Bélanger, 1979). A plus long terme, ces défenses ne sont cependant pas sans incidences négatives sur la santé mentale des individus qui y recourent à outrance dans la mesure où elles portent ces derniers à s'adapter à la situation éprouvante ou à la fuir plutôt qu'à tenter de la transformer. Aussi, ils courent le risque de voir, un jour, leur capacité de défense fragilisée avec pour résultante que la souffrance s'exprime par la somatisation. De plus il importe de voir que les mécanismes défensifs déployés par les individus sont susceptibles d'être exploités par l'organisation s'ils servent ses intérêts (Dejours & Abdoucheli, 1990).

En l'absence de collectifs de travail, les stratégies défensives sont individuelles et proviennent de l'histoire, de l'éducation, de la personnalité, du désir et du rapport au travail de chacun. En présence de véritables collectifs de travail, elles seront par contre collectives. Il apparaît, en effet, que lorsque plusieurs sujets d'un même collectif de travail éprouvent individuellement une souffrance, ceux-ci unissent leurs efforts pour construire une stratégie défensive commune en regard d'une organisation du travail qui pourrait blesser chacun: "S'unir dans l'adversité [...] préserve la vulnérabilité individuelle. Le principe est collectif mais la souffrance reste toujours singulière" (Canouï & Mauranges, 1998, p. 85).

3.2.10. En guise de conclusion: les trois prémisses théoriques de la PDT

Trois prémisses théoriques, énoncées par Vézina (2000), situent clairement l'approche de la PDT. Elles permettent une meilleure compréhension de la dynamique entre le sujet, l'univers du travail et le champ social, trois entités ou trois pôles dont l'équilibre est essentiel à la santé mentale. La première prémisse théorique réfère au sujet en quête d'accomplissement. La conception théorique du sujet en PDT postule en effet que tout individu est habité par le désir de s'accomplir, lequel s'inscrit dans la quête d'identité qui l'anime, qu'il poursuit et qui le porte à vouloir offrir sa contribution à la création sociale ou

à la construction d'une oeuvre commune. La deuxième prémisse porte sur le travail qui dépasse la prescription (Vézina, 2000). Ce fait mobilise le sujet et suscite son investissement subjectif dans l'activité de travail. En interpellant l'intelligence pratique du sujet et en sollicitant sa créativité, le travail qui laisse une marge d'autonomie offre précisément à l'individu la possibilité de s'accomplir et de construire son identité. La troisième prémisse désigne le nécessaire jugement de l'autre (Vézina, 2000). En PDT, la construction de l'identité s'inscrit, outre la sphère privée, également dans le champ social et s'appuie sur le nécessaire regard de l'autre, lequel peut être le fait d'un collectif de travail ou d'une communauté d'appartenance. La reconnaissance au travail est un élément déterminant de l'accomplissement de soi et de la construction identitaire (Dessors, 1995); elle est génératrice de sens et de plaisir au travail (Carpentier-Roy, 1990, 1995b). En résumé, la santé mentale au travail est pour la PDT, le résultat d'un équilibre dynamique entre le désir d'accomplissement de l'individu, les normes sociales dont il est tributaire et le travail qui impose une productivité dans un cadre donné (Vézina, 2000). Ceci fait dire à l'auteur que le travail est une activité comprenant une triple relation: "à l'objet de l'action, aux autres personnes concernées par l'objet et à soi-même" (p. 36). C'est autour de ces trois dimensions (utilitaire, intersubjective et intrasubjective) que va se construire le sens que revêt le travail pour l'individu qui l'accomplit (Vézina, 2000).

A travers les recherches recensées au chapitre second et la présentation du cadre de référence, des similitudes et des différences apparaissent entre l'approche sur le stress et l'approche de la PDT. Celles-ci sont présentées ci-après.

3.3. Comparaison entre l'approche sur le stress et l'approche psychodynamique

La présente section fait état des principales similitudes et divergences entre les deux approches et précise en quoi la PDT constitue - en termes de développement des connaissances - une approche complémentaire intéressante au paradigme du stress.

En termes de similitudes, il peut être dit que les études réalisées sous les deux approches ont comme point de départ commun le constat du primat de l'efficacité productive sur les considérations tant physiques que psychiques susceptibles d'affecter la santé des infirmières (Carpentier-Roy, 1990). Aussi, elles s'inscrivent toutes les deux, à quelques nuances près, dans la même perspective d'harmoniser les relations entre l'individu

et son milieu de travail (Canoui & Mauranges, 1998). En effet, tant l'approche du *stress-coping* que l'approche de la psychodynamique du travail analysent l'organisation du travail avec pour importante différence cependant, que la PDT prend les désirs des travailleurs en compte ce qui implique, généralement, de nécessaires changements à l'organisation du travail afin qu'elle s'harmonise davantage aux aspirations de ces premiers. Dans l'approche du stress, l'organisation du travail demeure plus rarement véritablement interpellée. La question de l'accomplissement de soi au travail, laquelle retient toute l'attention de la PDT dans la mesure où celui-ci s'avère indispensable au plaisir et à la construction de l'identité sociale, va bien au-delà des processus d'adaptation du travailleur aux contraintes du travail; thématique caractéristique de l'approche du stress au travail.

En outre, il importe également de signaler certaines convergences entre des thèmes centraux de la PDT et les conclusions de recherches sur le stress au travail qui prennent appui sur les modèles de Karasek et de Siegrist. Ces conclusions identifient les opportunités de mobilisation de l'intelligence et de la créativité ainsi que la reconnaissance des efforts fournis, comme des déterminants majeurs de la santé mentale au travail. Ce faisant, elles appuient l'importance fondamentale de la reconnaissance (Siegrist), du pouvoir et de l'autonomie (Karasek) dans la prévention des problèmes de santé mentale au travail (Vézina, 1999). En ce sens, ces conclusions montrent des accointances avec les théories qui sont à la base de la PDT et qui font une place centrale à l'autonomie et à la reconnaissance dans la construction de l'identité de l'individu. Il peut donc être dit que les concepts d'autonomie, de récompenses et de reconnaissance dans les modèles de Karasek et de Siegrist trouvent écho dans les fondements de la PDT (Vézina, 1999). Les modèles de Karasek et de Siegrist ont ainsi pour point d'intérêt notable que tout en s'inscrivant dans l'approche du stress au travail, ils présentent des zones de proximité conceptuelle avec l'approche de la PDT. Ces zones de proximité conceptuelle ne doivent cependant pas faire oublier que les angles d'approche du stress (au travail) et de la PDT sont différents.

Les paradigmes auxquels se rattachent les deux approches diffèrent indiscutablement. L'approche du stress au travail analyse la problématique de la santé mentale sous un angle de "stimulus-réponse"; l'environnement psychosocial et organisationnel est assimilé à divers stimuli susceptibles de causer chez le travailleur exposé, des problèmes de santé physique ou mentale (Vézina, 1999). Les effets des stimuli

sont appréciés en prenant en compte les éléments de vulnérabilité personnelle et les stratégies d'adaptation du travailleur. Si l'angle d'approche du stress est principalement centré sur les réactions individuelles et leurs déterminants, la PDT a pour objet privilégié l'analyse de l'activité de travail, en termes de plaisir et de souffrance. Rappelons que dans la perspective de la PDT, l'individu au travail existe toujours au sein d'un groupe de travailleurs. Aussi toute expérience de travail vécue par lui est posée en termes de rapport social. Ce point de vue n'est pas partagé par la grande majorité des modèles sur le stress, lesquels par leur conception très individualiste des problèmes de santé, se penchent essentiellement sur l'individu: "[...] les théories du stress ont tendance à individualiser le rapport au travail" (Maranda, 1995, p. 220). L'approche du stress au travail considère que les habiletés ou inhabiletés des individus à faire face au stress déterminent la problématique (modèle de la responsabilité individuelle). Elle ne prend dès lors nullement en compte la part de responsabilité qui revient à l'organisation du travail. La PDT part du principe que ni les caractéristiques individuelles, ni les dimensions organisationnelles de l'environnement ne déterminent à elles seules la souffrance vécue par les infirmières dans le cadre de leur travail. En effet, tout en n'ignorant pas les effets modulateurs de la personnalité, la PDT postule qu'il y a dans l'organisation du travail, des éléments structurants et pathogènes pour l'équilibre psychique des individus, et ce, quelle que soit la personnalité des travailleurs (Carpentier-Roy, 1995a).

En termes d'objet d'étude, une différence entre les dites approches réside dans le fait qu'à quelques exceptions près, les études qui s'inscrivent dans le courant du stress au travail visent l'analyse des états de stress à travers leurs manifestations pathogènes (Carpentier-Roy, 1995a) - ce qui a pour effet qu'on se retrouve d'emblée dans la sphère de la maladie - tandis que la PDT porte son regard, comme nous l'avons vu, d'une part, sur le plaisir au travail et d'autre part, sur la souffrance, c'est-à-dire, l'infrapathologique ou le prépathologique (Dejours, 1987a).

En ce qui concerne les méthodes utilisées, il peut être dit que même si quelques études réalisées sous le paradigme du stress donnent une place à la question du sens et si quelques chercheurs rattachés à ce courant réclament davantage de recherches qualitatives (Bourbonnais et al., 2000; Handy, 1988), les études sur le stress font principalement appel à des méthodes quantitatives. L'évaluation du stress passe ainsi habituellement par la

technique de mesure de paramètres physiologiques et par des enquêtes administrées sous forme de questionnaires le plus souvent auto-évalués individuellement. L'évaluation du stress est donc généralement réalisée de manière indirecte, c'est-à-dire, par celle de ses causes ou de ses effets, avec pour résultante que la parole des individus arrive au chercheur avec un écho affaibli (Chanlat, 1990). L'objet même de la PDT - soit l'analyse compréhensive des processus psychiques mis en oeuvre par les acteurs/sujets dans leur confrontation à une organisation du travail souvent contraignante - appelle à une approche qualitative. Etant donné que les dits processus psychiques sont de nature subjective, le fondement même de la démarche psychodynamique est la subjectivité, laquelle ne peut être dévoilée qu'au moyen d'une méthode qualitative (Dejours, 1980a).

Les résultats que livrent les études sur le stress au travail se distinguent, en raison même de leur objet d'étude et des méthodes d'investigation utilisées, des données fournies par les études en PDT. En effet, de nature très largement statistique, les résultats de ces premières mettent avant tout des variables en relation, lesquelles représentent des éléments du modèle mis à l'épreuve. Ces variables seront retenues comme significatives si leur influence est démontrée par des techniques statistiques reconnues (corrélation, régression, etc.). Démontrant, par exemple, que les ambiguïtés ou les conflits de rôle augmentent le stress, que le soutien social a une fonction modératrice ou que l'absence d'autonomie et de contrôle a des effets physiologiques, les résultats chiffrés obtenus au moyen de cette approche, présentent un intérêt d'un point de vue descriptif. Toutefois, lorsqu'on veut rentrer dans la compréhension de phénomènes éminemment subjectifs et qualitatifs, les théories sur le stress au travail signent leurs limites. Force est, en effet, de constater que les approches positivistes de causalité linéaire ne permettent pas de saisir la complexité des phénomènes humains vécus au travail. Le modèle multifactoriel tend vers cet objectif mais il reste un modèle à tendance individualisante puisque l'individu demeure l'unité de base du rapport de la santé mentale au travail.

Les résultats sont également très différents en termes de portée sociale. Les solutions en PDT sont orientées vers la transformation des rapports sociaux de travail tels que structurés par l'organisation du travail. Aussi, la remise en question de l'organisation du travail et la transformation de ses aspects pathogènes sont au coeur des résultats des investigations en PDT: ce qui est visé en premier lieu par la PDT, c'est la compréhension,

par les travailleurs eux-mêmes, des expériences de travail vécues en sorte de redonner à ceux-ci une emprise sur leur situation de travail afin d'œuvrer à une réduction des effets pathogènes du travail et à une ouverture accrue sur le plaisir (Vézina, 2000). En ce sens, la PDT soutient les travailleurs dans la prise de conscience et la discussion des questions de travail (Davezies, 1994) en vue de leur transformation. Les solutions qui émergent des études sur le stress ne visent pas au même titre des changements sociaux de travail: "La rigueur dans l'emploi du concept de stress exclut la problématique du changement social" (Carpentier-Roy, 1995a, p. 20). Les solutions proposées par les recherches sur le stress renvoient plutôt à la capacité de l'individu de diminuer l'écart entre les exigences ou les contraintes du travail et la capacité de réponse de l'individu; celui-ci est généralement appelé à s'adapter aux conditions de travail et à se conformer à l'organisation du travail quel que soit le prix à payer en termes de santé psychique. Or, s'adapter à une situation, "c'est faire des changements *sur soi*" (Carpentier-Roy, 1995a, p. 20) et non au niveau de la situation, des conditions et de l'organisation du travail. A l'exception de certains travaux, notamment scandinaves, mettant explicitement en cause l'organisation taylorienne du travail (Gardell, 1982), la très grande majorité des recherches sur le stress au travail, se contente de suggérer une saine gestion individuelle du stress. Les programmes de bien-être et de santé dans les entreprises américaines ou les programmes d'aide aux employés dans les établissements, en sont une excellente illustration. En effet, la nécessaire transformation des conditions de travail est le plus souvent ignorée au profit de la promotion de la gestion individuelle du stress.

Aux vues des divers propos ci-avant, il apparaît assez explicitement que l'approche théorique *stress-coping* et l'approche de la psychodynamique du travail appartiennent à des modes de pensée différents. Référant à des fondements épistémologiques, ontologiques, théoriques et méthodologiques peu semblables, ils ouvrent sur des modèles dissemblables de l'être humain. La psychodynamique du travail est indiscutablement en décalage avec les démarches objectives existantes, lesquelles tentent de rendre compte du rapport homme-travail à partir d'un schéma causaliste et positiviste de type environnement-comportement. Il y a entre l'environnement et le comportement,

"une boîte noire que les approches objectivistes s'efforcent en général de laisser de côté. Ainsi les approches behavioristes, éthologiques, agressologiques voire épidémiologiques ou fondées sur le concept de stress, sont-elles plus à même d'aborder l'étude

de populations ou d'échantillons que d'élucider les complexités des conduites singulières, des constructions collectives et des articulations entre les deux registres du singulier et du collectif" (Dejours & Abdoucheli, 1990, p. 146).

Si la recherche en matière de santé au travail, a dépassé, en grande partie, une vision individualisante en ce qui concerne la santé physique, la même démarche s'opère plus difficilement ou plus lentement par rapport à la santé mentale. La recherche et l'action en regard de la santé mentale des infirmières demeurent, à ce jour, encore considérablement influencées par l'idéologie découlant des théories du stress rendant, en dernière instance, les infirmières responsables de leur bien-être psychologique dans la sphère du travail (Carpentier-Roy, 2000). A l'instar de Leboul (1998), la chercheuse considère que le fait de restreindre la question de la souffrance psychique des infirmières aux uniques dimensions de la fragilité individuelle, en délimite considérablement et faussement le cadre. Il lui apparaît réducteur, en effet, d'omettre de questionner les effets préjudiciables de certaines pratiques managériales sur la santé mentale des infirmières. Des chercheurs en sciences infirmières, reconnaissent d'ailleurs que divers facteurs relatifs à l'organisation du travail peuvent contribuer à créer un milieu favorable au développement de l'épuisement professionnel du personnel infirmier (Duquette et al., 1992). Estimant qu'il serait tout à fait réducteur de laisser entendre que la souffrance des infirmières est le résultat de frustrations narcissiques, Grosch et Olsen (1998) indiquent qu'en vue de mieux comprendre ce que les infirmières vivent dans le cadre de leur travail, il convient de considérer l'interaction entre celles-ci et l'environnement de travail sans quoi trop de questions demeureraient sans réponse. L'éminente chercheuse dans le domaine de l'épuisement professionnel, Christina Maslach - citée par Daniel et Rogers (1981) - note que ses recherches la portent à considérer qu'il est plus opportun de tenter de comprendre le phénomène de l'épuisement professionnel en investiguant des caractéristiques sociales, opérationnelles, organisationnelles et structurales des environnements de travail qu'en s'évertuant à identifier les individus dont la personnalité expliquerait le phénomène. Il est, en effet, de plus en plus reconnu par les experts du stress au travail que les interventions ayant but pour but de réduire le stress au travail sont moins efficaces lorsqu'elles visent exclusivement à modifier les capacités d'adaptation des travailleurs sans considérer les stressseurs eux-mêmes; le fait de s'attaquer à ces derniers offre des résultats plus durables (Levy, 1995). Il apparaît que le recours à différentes approches théoriques et méthodologiques qui se croisent, s'appuient et se

complètent mutuellement, offre une probabilité accrue de fournir les diverses clés nécessaires à la compréhension de la complexité de l'activité de travail des infirmières en SLD et d'appréhender l'articulation des dimensions sociales et subjectives de celle-ci. Comme le souligne Chanlat (1998), selon l'angle d'approche privilégié (infirmier, psychologique, sociologique, économique, etc.), le chercheur éclaire certaines dimensions du phénomène à l'étude; seul le recours à diverses approches évite les conclusions hâtives, restitue la complexité du phénomène considéré et peut véritablement rendre compte de ses nombreuses dimensions.

En analysant au moyen d'une approche compréhensive, les sources organisationnelles de la souffrance psychique vécue au travail, la psychodynamique du travail offre une complémentarité intéressante à l'approche *stress-coping*. Certains chercheurs proposent d'ailleurs explicitement la PDT comme approche alternative à l'individualisation des questions relevant de la santé mentale au travail (Maranda, 1995, Vézina, 1999). Comme le précise ce dernier:

"Tandis que l'approche du stress fait l'impasse sur ce qui se passe "entre" le stimulus et la réponse (l'entre-deux restant à l'état de boîte noire), la PDT, en s'appuyant sur une théorie du sujet, du travail et de la société, vise à comprendre les mécanismes à l'origine des problèmes de santé mentale (ouverture de la boîte noire)" (Vézina, 1999, p. 202).

Le caractère complémentaire des deux approches porte à croire que la contribution spécifique de la psychodynamique du travail à l'étude du phénomène de la souffrance des infirmières ne peut que profiter à l'avancement des connaissances.

Le cadre de référence retenu, soit la psychodynamique du travail, implique une méthode de recherche spécifique en lien avec les principes épistémologiques qui le soutiennent. Cette méthode est présentée dans le chapitre qui suit.

CHAPITRE QUATRIÈME

LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre présente le devis de la recherche en soulignant quelques aspects centraux de la méthode et précise ensuite la démarche de la recherche.

4.1. Le devis de la recherche

4.1.1. Une approche qualitative à visée compréhensive

Comme l'indique Trudel (2000), les chercheurs en PDT portent leur attention sur "des composantes d'une réalité qui n'apparaissent pas à l'oeil nu et qui même échappent à la conscience de ceux qui la vivent. Cette réalité explorée réfère donc à une connaissance qui ne peut prendre forme dans la conscience que par un travail compréhensif sur l'expérience vécue du quotidien du travail" (Trudel, 2000, p. 44). La compréhension de l'expérience subjective et collective de travail vécue par des infirmières oeuvrant dans le présent contexte québécois en unités de SLD passe nécessairement par la découverte du sens que cette expérience revêt pour celles-ci. La démarche de recherche requiert donc une approche méthodologique interprétative qui reconnaît le caractère central de la subjectivité dans les phénomènes humains. La méthode d'enquête propre à la PDT, se montre particulièrement aidante dans le présent cas, étant donné qu'elle privilégie, précisément, une approche qualitative et compréhensive qui recourt à une technique d'interprétation intersubjective permettant l'accès et la construction du sens que revêtent les expériences de travail pour les sujets qui les vivent.

4.1.2. Une dimension de recherche-action

Comprenant davantage - grâce à la parole partagée et à l'analyse intersubjective réalisée - les sources de plaisir et de souffrance qui modulent les rapports qu'elles entretiennent collectivement avec leur travail, les participantes peuvent, en fin de processus, si tel est leur désir, élaborer des pistes de solution ainsi que des modes d'action pour rendre ces pistes opérantes. Cette perspective d'action qui prend place si et seulement si les participantes la souhaitent et se mobilisent pour qu'elle se réalise, donne à l'approche de la psychodynamique du travail, une dimension de recherche-action (Dejours, 1987b). Il importe de rappeler que la PDT vise la compréhension, par les travailleurs eux-mêmes, du rapport subjectif au travail. De cette compréhension peut découler, si les travailleurs

s'investissent dans sa réalisation, la transformation des situations de travail qui sont sources de souffrance; l'objectif étant de rassembler des conditions plus propices au plaisir et dès lors, plus favorables à la santé.

Etant le préalable de toute action de transformation, la parole issue de l'expérience de travail revêt le caractère d'acte, d'acte de parole (Carpentier-Roy, 1990; Taylor, 1994). Austin (1962) et Searle (1969) parlent d'acte illocutoire, c'est-à-dire l'acte de parole où l'énonciation est en soi une action parce qu'elle modifie la position de ceux qui parlent. De la parole à l'action (Dejours, 1993) ou du statut de diseurs de paroles à celui de faiseurs d'actes (Arendt, 1983), c'est ainsi qu'on pourrait résumer la démarche de la psychodynamique du travail; démarche qui aura nécessité, comme le dit Ricoeur (1983), un récit pour advenir.

4.1.3. L'importance déterminante de la parole: parole authentique, parole partagée, parole-action

4.1.3.1. La parole authentique

La dimension subjective du travail n'est pas mesurable; elle ne peut être appréhendée sans passer par l'écoute de la parole de ceux-là mêmes qui travaillent (Dejours, 2000). La voie d'accès au sens du travail passe essentiellement, pour le psychodynamicien, par la parole authentique des participants, c'est-à-dire, une parole qui reflète sincèrement l'expérience vécue (Dejours, 1993; Dejours & Abdoucheli, 1990; Dejours & Jayet, 1991). Cette parole ne va cependant pas nécessairement de soi dans la mesure où, comme l'indique Dejours (1993), "l'expression de la vérité du vécu peut entrer en concurrence avec les *intérêts stratégiques* des sujets" (p. 236). Cette éventualité n'est pas sans conséquences. L'auteur précise en effet: "La question posée alors est celle de la véracité ou de l'authenticité de la parole proférée à l'adresse des chercheurs" (p. 236). La question est d'importance en regard de la crédibilité et de la possible transférabilité des conclusions de la recherche. Les précautions prises pour assurer, autant que possible, l'authenticité de la parole des participantes, sont précisées plus loin.

4.1.3.2. De la parole entendue et partagée à la parole-action

Pour qu'elle acquiert sa pleine puissance, la parole authentique doit être adressée à autrui qui l'écoute véritablement. Par le biais de la parole authentique "partagée", il devient possible d'accéder au sens, éventuellement refoulé, des expériences vécues:

"Cette propriété du langage tient au fait que parler à quelqu'un est un moyen très puissant de penser; de penser l'expérience vécue subjectivement. La parole est le moyen de la perlaboration, comme l'ont montré depuis longtemps les psychanalystes à partir de Freud" (Dejours, 1993, p. 235).

Ces propos soulignent l'importance des relations intersubjectives entre locuteur et destinataire "pour rendre effective la puissance du langage" (Dejours, 1993, p. 235). Dans le présent contexte de recherche, les locuteurs sont les collectifs d'enquête qui participent à l'étude et le destinataire est le collectif de chercheuses chargé de l'analyse compréhensive. Les nécessaires conditions intersubjectives entre locuteur et destinataire sont remplies lorsqu'il existe entre ceux-ci une relation équitable, c'est-à-dire, qu'au risque psychique pris par le locuteur d'exprimer une parole authentique sur son expérience vécue, réponde, de la part du destinataire, une écoute tout aussi authentique et risquée, laquelle implique que ce dernier prenne véritablement le risque d'entendre et de comprendre la parole de l'autre au risque d'y découvrir des dimensions de la réalité jusque-là ignorées, susceptibles de déstabiliser les analyses, les croyances ou les convictions sur lesquelles il a fondé sa vision du monde du travail. Cela suppose aussi, pour le destinataire, d'assumer les conséquences de ce qu'il a entendu et compris et d'en témoigner (Estryn-Behar, 1997).

4.2. Le milieu de la recherche

L'étude a été réalisée dans un CHSLD de Montréal comptant, parmi d'autres, environ 250 lits de SLD répartis dans 6 unités et privilégiant comme système de prestation des soins, le système des soins intégraux. Le concept de "système de prestation des soins" désigne la structure d'organisation des soins infirmiers retenue par l'institution pour dispenser les soins aux patients; il réfère au partage de l'autorité, des pouvoirs de décision, des responsabilités, des rôles et des tâches entre les membres du personnel d'une unité de soins, à savoir: infirmière-chef, infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires (PAB) (Duquette, Ducharme, Pepin & Kérouac, 1992). Le système des soins intégraux attribue à l'infirmière, la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers requis par le client (Kérouac et al., 1994); il vise à diminuer la fragmentation des soins (Benner, 1995) et implique une décentralisation du pouvoir de décision en regard des soins (Hubinon, 1990).

4.3. Les participantes à l'étude

Ne cherchant pas à produire des résultats généralisables, la méthode d'enquête propre à la PDT n'a pas pour exigence de constituer des échantillons représentatifs. Les groupes participant à la recherche, nommés "collectifs d'enquête", ont été constitués sur une base volontaire afin de s'assurer que la parole authentique puisse advenir.

Les critères d'inclusion des participantes à l'étude étaient les suivants: 1.- être infirmière travaillant de jour ou de soir dans une unité de SLD; 2. comprendre et s'exprimer aisément en français; 3.- accepter de participer à des entrevues collectives; 4.- accepter l'absence de compensation financière; et 5.- accepter les risques potentiels inhérents au caractère introspectif de la démarche prévue. Considérant, d'une part, que toutes les modalités d'emploi sont de nature à apporter leur contribution et d'autre part, que l'étude vise l'analyse de l'expérience collective de travail, aucun critère de participation ne réfère spécifiquement au fait d'être infirmière à temps plein ou à temps partiel, détentrice d'un poste régulier ou travaillant sur appel, présentant une ancienneté substantielle ou restreinte, etc.

Le seul véritable critère d'exclusion était celui d'être infirmier, autrement dit, d'être de sexe masculin, étant donné que hommes et femmes n'entretiennent pas les mêmes rapports avec le plaisir, la souffrance et le travail. C'est ce qu'ont révélé, à ce jour, les études en PDT ayant investigué la manière dont les différenciations sexuelles structurent spécifiquement l'identité et l'imaginaire des hommes et des femmes et modulent les rapports entre travail, plaisir et souffrance (Carpentier-Roy, 1990; Molinier, 1995). Ayant pour projet de faire ressortir l'empreinte de l'imaginaire féminin dans les rapports sociaux de travail des infirmières, la chercheuse a privilégié le fait de ne pas intégrer d'infirmiers dans l'étude. Si elle conçoit que ce fait est en soi limitatif, elle tient à souligner que son choix était sous-tendu par le souci d'assurer l'analyse rigoureuse d'une dimension particulière de la profession infirmière, soit celle d'être très majoritairement choisie par des femmes.

Au total, cinq unités de SLD ont participé à l'étude. Trente-trois infirmières se sont portées volontaires et ont constitué neuf collectifs d'enquête; huit collectifs regroupaient des infirmières travaillant de jour et un collectif regroupait des infirmières travaillant de soir.

La méthode d'enquête propre à la PDT ne prévoit pas de relever les données socio-démographiques des participants à l'étude, dans la mesure où ces données ne sont pas pertinentes en regard de l'interprétation. Il est nécessaire de se rappeler que les variables individuelles ne sont pas considérées par l'approche de la PDT, laquelle n'interpelle pas les sujets un à un mais au travers du collectif d'enquête. Visant la compréhension commune ou le sens commun des expériences de travail partagées par l'ensemble des participants, les données qui intéressent la PDT sont celles qui se rapportent au travail, réfèrent aux rapports sociaux de travail et à l'expérience subjective de travail. A titre d'information, il peut être dit que les participantes avaient entre deux et vingt-huit ans d'expérience dont un petit nombre en soins aigus et la majeure partie en SLD au sein de l'institution. La grande majorité détenaient une formation collégiale. Exception faite des plus anciennes, la majorité des infirmières avaient connu la réalité de travailler sur appel avant de décrocher un poste régulier. Parmi les plus jeunes, plusieurs complétaient leur poste régulier à temps partiel, par du travail sur appel. Un grand nombre d'infirmières travaillant de jour avaient auparavant travaillé de soir, voire de nuit et ce avant d'obtenir un poste de jour. La plupart des infirmières travaillant de soir - et ce par choix - détenaient également une expérience de jour. Presque toutes étaient mariées et avaient des enfants. Les participantes étaient majoritairement d'origine québécoise et d'expression francophone.

4.4. Le déroulement de l'étude

Un aspect original de la recherche réside dans sa dimension clinique (la "clinique du travail") et pratique; il s'agit, en effet, d'une étude réalisée au sein même de la pratique infirmière et en interrelation avec les praticiennes. C'est également l'un des ses principaux défis dans la mesure où elle pose la question du rôle joué par l'intervention de la chercheure et de sa subjectivité, dans les résultats de la recherche. Comme déjà évoqué dans les considérations épistémologiques sous-jacentes à l'approche, l'usage de soi, en tant que chercheur, est central en psychodynamique du travail; il permet d'interpeller la subjectivité des participantes et d'analyser de ce qui se dit, se passe et se vit lors des entrevues. Il importe cependant que celui-ci fasse office de "médiation positive de la connaissance" (Verhaegen, 1974, p. 164). Aussi, la chercheure explicite dans les sections ci-après, l'usage qu'elle fait d'elle-même, prend en considération les limites qu'implique cet usage et recourt à une méthode de vérification permettant de valider les résultats obtenus.

Une enquête en psychodynamique du travail inclut invariablement deux temps: 1.- la pré-enquête comprenant l'ensemble des démarches préalables réalisées par la chercheure ainsi que la période d'observation et 2.- l'enquête proprement dite couvrant la période allant des entrevues jusqu'à la remise du rapport de recherche aux participantes et à la direction des soins infirmiers. Ces deux temps sont précisés ci-après.

4.4.1. La pré-enquête

4.4.1.1. Les démarches auprès de la direction des soins infirmiers

La chercheure responsable du projet rencontra en avril 1999 la direction des soins infirmiers de l'institution afin d'explicitier le but, l'utilité et les modalités de l'étude et obtenir l'assurance minimale que celle-ci accepterait de considérer les possibles demandes ou propositions de réaménagement de l'organisation du travail que lui adresseraient les participantes au terme de l'étude. Il serait, en effet, "questionnable" sur le plan de l'éthique, d'engager les participantes dans l'exigeante démarche d'analyse et de compréhension inhérente à une recherche de PDT sans s'assurer minimalement, au préalable, que les pistes de solutions qu'elles proposeraient en conclusion d'étude - et visant à harmoniser davantage l'organisation du travail à leurs aspirations - reçoivent un accueil favorable auprès de la direction. Il est absolument essentiel de toujours situer une enquête de PDT dans le cadre d'une démarche de transformation de l'organisation du travail (Gilbert, 1995). Dans ce cadre, les chercheurs en PDT aident les participants à faire remonter à la conscience les expériences de travail vécues qui seront utilisables et utiles pour une transformation du travail (Vézina, 2000).

La chercheure et la direction se sont entendues sur le fait que l'étude inclurait les infirmières volontaires des six unités de SLD et que les entrevues auraient lieu sur le temps de présence des infirmières en autant que la prise en charge de l'unité soit assurée par le reste de l'équipe. Il fut également convenu qu'il y aurait au total, par collectif d'enquête, trois entrevues (deux entrevues de collecte des données et une entrevue de restitution d'analyse) d'une durée de deux heures chacune, portant le nombre total d'heures d'entrevue, par collectif, à six¹³.

¹³ La méthode d'enquête propre à la PDT ne comporte pas de règles strictes en regard du nombre et la durée des entrevues en autant qu'il y ait au moins une entrevue de collecte des données et une entrevue de restitution d'analyse. S'il est certes préférable d'avoir la possibilité de faire, par collectif d'enquête, plusieurs entrevues de

4.4.1.2. L'approbation du projet par les Comités scientifique et d'éthique de la recherche de l'institution

La chercheure entreprit ensuite les démarches auprès des comités scientifique et d'éthique de la recherche de l'institution afin de faire approuver le protocole d'étude. En juin 1999, le comité scientifique approuva le protocole et en recommanda l'examen au comité d'éthique, lequel accorda également son accord.

4.4.1.3. La présentation du projet aux infirmières-chef des unités concernées

La chercheure rencontra collectivement, en octobre 1999, les infirmières-chefs des six unités de SLD concernées par l'étude afin de leur présenter la recherche et obtenir l'autorisation d'approcher les infirmières de leurs unités. Celles-ci donnèrent leur accord.

4.4.1.4. La présentation du projet aux infirmières des unités concernées

Dejours (1993) précise une condition importante pour entreprendre une investigation en PDT. Il note "qu'une demande¹⁴ ne peut être retenue que si elle émane des travailleurs eux-mêmes [...]" (p. 183). Ce fait s'explique, entre autres, par le caractère exigeant de l'enquête en PDT et par le fait que la visée ultime de la démarche est la transformation, par les travailleurs eux-mêmes, des aspects de l'organisation du travail qui les font le plus souffrir. Aussi importe-t-il que les participants désirent s'investir dans la démarche d'analyse et de transformation du travail et de son organisation. Si la vaste (re)connaissance dont bénéficie la psychodynamique du travail en France, permet à son fondateur¹⁵ de poser semblable exigence à la tenue d'une enquête en PDT, la relative méconnaissance de l'approche, au Québec, entrave ou limite, du moins pour l'instant, la demande spontanée d'investigation en PDT par les travailleurs eux-mêmes. Cela dit, la question de la nécessaire demande d'enquête par les travailleurs eux-mêmes, peut être interprétée de manière plus large comme la perception d'un malaise dans l'expérience de travail, lequel porte les travailleurs à s'engager volontairement dans une étude de PDT qui leur est proposée. Aussi - et tel que ce fut le cas pour la présente étude - une enquête de PDT est pertinente et recevable si au terme d'une information précise en regard de la nature,

collecte des données de plusieurs heures chacune, les contraintes du milieu et la disponibilité des participantes déterminent les modalités pratiques de l'étude.

¹⁴ sous-entendre "d'investigation"

¹⁵ C'est-à-dire, Christophe Dejours

du but et des exigences de la démarche, un ensemble de travailleurs donne son consentement éclairé de participation, percevant dans son expérience de travail, un malaise suffisamment important pour motiver une investigation.

Afin d'investiguer le désir d'enquête, des séances de présentation de la recherche et de ses modalités furent organisées dans chacune des six unités de SLD. Plusieurs séances de présentation furent nécessaires, dans chacune des unités, afin de rencontrer l'ensemble des infirmières travaillant de jour et de soir. La période de présentation de la recherche s'échelonna d'octobre 1999 à janvier 2000. D'une durée d'environ soixante minutes, la présentation précisait: 1.- le type, le but et l'utilité de la recherche; 2.- le cadre de référence de la recherche; 3.- les modalités de la recherche: période d'observation, entrevues collectives (nombre et durée), participation volontaire, exigences liées à l'investissement subjectif et à l'authenticité de la parole, importance du respect de la confidentialité des propos échangés en entrevue, droit de regard sur le contenu du rapport remis à la direction; 4.- l'existence et le rôle du collectif de chercheuses et 5.- les aspects éthiques de la recherche. La responsable du projet prenait soin d'expliquer aux infirmières que son rôle de chercheuse serait essentiellement de soutenir et de faciliter le processus d'investigation des sources de plaisir et de souffrance vécues au travail et de faire l'analyse de la parole collective entendue mais nullement de suggérer des pistes de solution, d'adresser des recommandations à la direction, de cautionner des demandes de réaménagement de l'organisation du travail et encore moins de s'impliquer dans des actions de changements. Semblable attitude entrerait en contradiction avec les principes d'abstention vis-à-vis de l'action, l'intervention de la chercheuse devant se limiter aux seuls objectifs de la démarche compréhensive (Dejours, 2000). L'auteur précise que les chercheurs en PDT doivent veiller "à ne pas se faire mettre en position d'experts en réorganisation susceptibles de se substituer aux salariés eux-mêmes dans l'élaboration des idées et des projets de transformation de l'organisation du travail" (p. 12); ils doivent demeurer dans la position de catalyseurs de l'élaboration du sens de l'expérience du travail, des idées de transformation et de la construction des compromis pratiques. La chercheuse informa également clairement les infirmières du fait que la tâche leur reviendrait de s'approprier les résultats de l'analyse et de décider de se mobiliser ou non en regard d'une possible transformation de l'organisation du travail. La chercheuse s'assura que les infirmières aient bien compris qu'elles auraient à assumer les suites de la recherche et la transformation de l'organisation du travail souhaitée.

Cette information détaillée visait à rendre la démarche de la recherche la plus transparente possible et de donner aux infirmières tous les renseignements nécessaires, de sorte que leur consentement de participation à l'étude soit véritablement "éclairé". Au terme de la présentation, la chercheuse invitait les infirmières intéressées, à compléter un petit "talon-réponse" se trouvant à la fin de la brochure explicative du projet remise à chacune d'elles. Cette modalité permettait à la chercheuse d'avoir une idée claire du nombre d'infirmières intéressées à participer et ainsi, d'organiser les étapes ultérieures de l'étude.

Une fois les paramètres et les modalités de la recherche exposés, les infirmières se sont montrées très réceptives à l'étude; la modalité des entrevues collectives réjouissait les infirmières. Elles ont exprimé leur satisfaction de voir une recherche doctorale en sciences infirmières s'intéresser à leur expérience subjective de travail. Elles soulignaient la pertinence de l'étude, se disaient heureuses de contribuer à une étude qui allait fort probablement leur permettre d'améliorer les conditions d'exercice de leur pratique, commençaient souvent spontanément à évoquer les difficultés vécues dans le travail et mentionnaient avoir hâte que la recherche débute. L'accueil favorable réservé par les infirmières à l'étude donna l'assurance à la chercheuse que l'étude trouvait véritablement écho auprès de celles-ci. Ceci lui permit de statuer sur le caractère pertinent de l'investigation.

4.4.1.5. L'engagement de participation, la constitution des collectifs d'enquête et l'organisation des entrevues

Au total, cinq unités de SLD sur six décidèrent de participer à l'étude. Une seule unité, de petite taille, a dû renoncer à participer à l'étude étant donné l'impossibilité de constituer un collectif d'enquête d'au moins trois infirmières, à un moment qui convenait à l'ensemble des intéressées. Afin de répondre au caractère "collectif" que devaient nécessairement revêtir les entrevues, la chercheuse posait comme contrainte, en effet, qu'un collectif d'enquête regroupe au moins trois infirmières.

Trente-trois infirmières se sont portées volontaires. Elles se sont elles-mêmes réparties en neuf collectifs d'enquête dont huit regroupaient des infirmières travaillant de jour et un regroupait des infirmières travaillant de soir. Les collectifs se sont essentiellement constitués sur la base des horaires de travail des infirmières volontaires. La

taille des collectifs d'enquête variait de trois à six participantes. Un collectif d'enquête regroupait nécessairement des infirmières appartenant à une seule et même unité - autrement dit, confrontées à une même organisation du travail - exception faite du collectif d'enquête de soir qui rassemblait les infirmières volontaires des six unités de SLD. Etant peu nombreuses et ayant des horaires qui se chevauchent, il ne fut pas possible de constituer des collectifs d'enquête regroupant au moins trois infirmières de même unité travaillant de soir. Le collectif de soir regroupait six participantes, infirmières ou assistantes infirmières-chefs (I ou AIC). S'il eut certes été intéressant d'intégrer les infirmières de nuit dans l'étude, des difficultés d'organisation pratique des entrevues collectives avec ces dernières ont contraint la chercheuse à renoncer à cette perspective.

La détermination de l'horaire (jour et heure) des entrevues était laissée à l'appréciation des unités. Les entrevues eurent majoritairement lieu sur le temps de présence des infirmières et à un moment où le travail sur l'unité s'en trouvait le moins perturbé. Afin de ne pas occasionner de dérangement dans le travail, une unité privilégia la tenue des entrevues en dehors des heures de travail.

4.4.1.6. L'observation

La chercheuse réalisa une période d'observation non-participante dans chacune des unités engagée dans l'étude. Cette période d'observation s'échelonna de novembre 1999 à mai 2000. La durée d'observation, par unité, variait de quatre à sept jours selon les cas. Dans le contexte spécifique d'une enquête en PDT et à la différence des recherches de type ethnographique, par exemple, l'observation ne vise pas la description détaillée des dimensions observées mais a pour but de permettre à la chercheuse de développer une représentation sensible du travail et de son contexte de sorte qu'en entrevue, la parole des participantes - outil d'expression de leur subjectivité - soit rapidement et adéquatement comprise par la chercheuse. L'observation a pour but "d'acquérir la base concrète nécessaire pour comprendre de quoi parlent les travailleurs participant à l'enquête et d'avoir à sa disposition une représentation imagée des conditions environnementales de la souffrance" (Dejours, 1993, p. 184). L'observation portait essentiellement sur les caractéristiques du travail, son environnement, son organisation et ses contraintes; le contexte et le climat de travail; les rapports sociaux de travail tant horizontaux que verticaux; les risques physiques,

psychiques ou psychologiques et socio-organisationnels du travail ainsi que les comportements des infirmières face aux risques, etc.

Comme pour toute démarche d'observation, il n'existe pas de mesure permettant d'assurer que le contexte d'observation (le fait de se savoir observées) ne conditionne pas les comportements des personnes. Ayant pris le soin de bien expliquer le but de l'observation et de préciser qu'elle ne portait pas sur des faits ou des actes objectifs mais s'inscrivait dans une démarche de compréhension des sources de plaisir et de souffrance vécues au travail, les infirmières se montraient favorables à la présence de la chercheure.

L'observation réalisée sur les deux quarts de travail (jour et soir) a permis à la chercheure de développer une représentation sensible de la vie au travail des infirmières. Cette représentation, colligée, par unité, le soir où le lendemain de l'observation, allait permettre à la chercheure de s'y référer tantôt en préparation de l'entrevue avec l'unité, tantôt lors de l'analyse des entrevues.

4.4.2. L'enquête

Remarque préliminaire:

Afin de répondre aux exigences académiques de recherche doctorale, les entrevues ont eu lieu exclusivement entre les divers collectifs d'enquête et la chercheure responsable de l'étude, étudiante au doctorat. Cependant, en vue de réunir les conditions d'analyse et d'interprétation intersubjectives et interdisciplinaires requises par l'approche psychodynamique (Dejours, 1993), deux chercheures universitaires associées, respectivement directrice de thèse ainsi que sociologue de la santé et codirectrice de thèse ainsi que psychanalyste, se sont jointes à la chercheure responsable. Cette interdisciplinarité avait pour principale visée de permettre, dans la complémentarité, la rencontre de plusieurs subjectivités à la recherche du sens de la parole collective entendue.

4.4.2.1. La collecte des données: préparation, processus et outils du travail de compréhension

La collecte des données avait pour sources, l'observation faite par la chercheure responsable et les entrevues collectives réalisées avec les participantes volontaires. Les principaux supports ou outils de la chercheure étaient le guide d'entrevue ainsi que les

enregistrements des entrevues. Les entrevues se sont déroulées sur le lieu de travail des infirmières, dans une salle réservée à cette fin et suffisamment éloignée des unités de soins pour ne pas être dérangées en cours d'entrevue.

En vue de garantir autant que possible l'authenticité de la parole - laquelle donne accès au sens du travail et assure la crédibilité des résultats de l'étude - la chercheuse prenait le temps, au début de la première entrevue, de parcourir avec les participantes le formulaire de consentement de participation à l'étude (annexe II). Le formulaire demandait aux participantes de s'engager par écrit à cette authenticité et au plus grand respect de la confidentialité des propos échangés en entrevues. La chercheuse faisait le même engagement en contresignant le formulaire de consentement de chaque participante. Afin de faciliter le partage de leur vécu du travail, la chercheuse assurait également les participantes du droit de regard qu'elles auraient sur le contenu du rapport de recherche. Au terme du processus d'investigation, les participantes décideraient, en effet, collectivement, de ce dont il serait fait mention ou pas dans le rapport. La chercheuse conservait cependant sa liberté en regard du contenu de la thèse.

Deux entrevues de collecte des données, d'une durée de deux heures chacune, étaient prévues par collectif d'enquête. La chercheuse veillait à ce que les deux entrevues ne soient pas trop séparées dans le temps afin de ne pas perdre l'acquis du processus de réflexion collective amorcée avec les participantes dans le cadre de la première entrevue. Aussi, une semaine séparait au plus les deux entrevues de collecte des données. Les entrevues de collecte des données se sont échelonnées de novembre 1999 à mai 2000.

Le guide d'entrevue (annexe III) comprenait les thèmes, inspirés du cadre de référence, qu'il convenait d'aborder avec les participantes en vue de développer une compréhension de l'expérience de travail. Les entrevues étaient semi-dirigées dans le sens où elles étaient dirigées sur les thèmes mais étaient libres à l'intérieur de ceux-ci. Ces thèmes étaient: 1.- travail et activité de travail: nature et spécificités de l'activité de travail, particularités de la charge de travail, rôle professionnel, habiletés et connaissances requises, caractéristiques de l'organisation du travail, contraintes d'activité; 2.- contenu significatif du travail: reconnaissance, pouvoir et responsabilités, autonomie, sentiment d'utilisation ou de sous-utilisation des connaissances, sentiment d'impuissance, sentiment d'appartenance à

l'institution; 3.- sources de souffrance au travail; 4.- risques, peurs et anxiété au travail; 5.- stratégies défensives; 6.- plaisir au travail; 7.- soutien au travail; et 8.- pistes de solution dégagées par les participantes.

Le guide d'entrevue se voulait flexible et le déroulement des entrevues souple par le fait même que ce qu'il convenait de susciter chez les participantes, c'était le commentaire spontané sur lequel la chercheuse allait pouvoir prendre appui pour faire émerger les dimensions subjectives du rapport au travail en vue de construire, dans l'intersubjectivité, le sens de l'expérience collective de travail. Le commentaire spontané des participants est le "matériel" même de la saisie de la subjectivité des travailleurs. Il peut être utile de rappeler que la démarche réalisée avec les infirmières, ne s'inscrivait pas dans une logique de description factuelle. D'inspiration psychanalytique, la méthode d'enquête propre à la PDT s'intéresse de manière toute privilégiée à ce que disent spontanément les travailleurs et non à la réalité des faits du travail, ni même à la description livrée par ceux-ci à des questions qui leur sont adressées.

A titre d'information, le déroulement des entrevues de collecte des données était le suivant. Au début de la première entrevue, la chercheuse informait les participantes des divers thèmes qui allaient être abordés au cours des deux entrevues de collecte des données. Ainsi celles-ci avaient un aperçu global des dimensions de leur expérience de travail qui allaient être explorées. Ensuite la chercheuse "ouvrait" ou "lançait" la discussion en invitant les participantes à lui parler de la nature spécifique de leur travail en unités de SLD. L'échange s'installait généralement facilement. La chercheuse ne déterminait pas rigidement l'ordre des thèmes à aborder; l'enchaînement des thèmes se faisait selon le discours des infirmières. Les échanges avaient le plus souvent lieu selon le principe de l'analogie. Ce principe réfère au fait que l'expérience partagée par une première participante a une résonance particulière chez une deuxième participante qui vit une expérience plus ou moins analogue. Cette deuxième participante partage à son tour son expérience, laquelle a une résonance chez une troisième participante et ainsi de suite. Ce processus est utile et aidant pour investiguer et construire le sens de l'expérience collective. Au terme de la première entrevue de collecte des données, la chercheuse faisait une écoute de l'enregistrement, amorçait son analyse, indiquait les thèmes qui avaient été abordés et prenait note de ceux restant à aborder lors de la deuxième entrevue.

Au cours de l'entrevue, le rôle de la chercheuse consistait principalement à utiliser sa propre subjectivité comme outil d'investigation des propos tenus par les participantes. Elle intervenait lorsqu'elle n'était pas certaine de comprendre le propos discuté ou lorsqu'elle percevait dans celui-ci des dimensions qu'il convenait d'explorer davantage. Le rôle de la chercheuse était également d'être à l'écoute et vigilante en regard d'une part, du type ou de la nature des propos tenus par les participantes et d'autre part, des silences qui prenaient place en cours d'entrevue. La chercheuse cherchait, en effet, à repérer la parole "vide" et la parole "technique", lesquelles ne traitaient pas du vécu subjectif du travail mais agissaient à titre de défense derrière laquelle le sujet singulier se réfugiait. Dans les deux cas, le rôle de la chercheuse était de questionner ces défenses et leur sens. En ce qui concernait les silences, la chercheuse avait à décoder la signification qu'ils pouvaient revêtir. Autrement dit, son rôle était de distinguer les silences signes de résistance ou de défense, des silences témoins de la réflexion ou de l'intégration qui s'opérait chez les participantes et des silences exprimant que les participantes n'avaient plus rien à dire en regard du thème discuté. Dans les deux premiers cas, le rôle de la chercheuse était d'offrir un soutien aux participantes sous forme de reflets empathiques, le plus souvent, afin d'aider les premières à surmonter leurs résistances ou à dénouer leurs défenses et d'accompagner les secondes dans leur démarche. Dans le troisième cas, le rôle de la chercheuse était de clore l'exploration de ce thème et d'en aborder un autre.

Avant de présenter plus spécifiquement la méthode du travail d'interprétation propre à la PDT - et utilisée dans le cadre de la présente étude - il semble utile de décrire le processus complet "collecte-analyse-restitution" réalisé avec chacun des collectifs d'enquête. Cette description offrira au lecteur une vue globale du processus. Au terme des deux entrevues de collecte des données, la chercheuse faisait des copies des enregistrements et les acheminait aux autres membres du collectif de chercheuses. La chercheuse principale réalisait une écoute répétée des entrevues, procédait à l'analyse de contenu et élaborait des interprétations qu'elle soumettait ensuite au collectif de chercheuses. Les deux autres membres du collectif de chercheuses procédaient également à une analyse des enregistrements et confrontaient la chercheuse responsable dans sa subjectivité permettant ainsi une riche réflexion collective. L'analyse retenue par le collectif de chercheuses était

ensuite restituée au collectif d'enquête concerné (entrevue de restitution ou de validation) afin que ce dernier valide, corrige, nuance ou réfute les interprétations proposées.

4.4.2.2. L'interprétation des données

La méthode d'enquête propre à la PDT repose sur le regroupement de plusieurs chercheurs d'appartenance disciplinaire différente, constitués en collectif de chercheurs (Dejours, 1993). Ce collectif interdisciplinaire est extrêmement utile lors de l'analyse des entrevues dans le sens où il permet la confrontation des subjectivités des divers chercheurs et la complémentarité de leurs éclairages disciplinaires. Cette modalité fonde, en grande partie, la capacité heuristique de la PDT. Outre le fait de participer pleinement à la construction du sens émanant des entrevues, le collectif de chercheurs agissait également, dans le cadre de la présente recherche doctorale, à titre de collectif de "contrôle" encadrant et confrontant la subjectivité de la chercheuse responsable de l'étude. Le travail intersubjectif entre chercheuses constituait un "garde-fou" à la subjectivité de la chercheuse responsable. En ce sens, ledit collectif de chercheuses contribuait à la crédibilité et à la possible transférabilité des conclusions de la recherche, ainsi qu'à la fiabilité et à la confirmation des résultats.

Un commentaire s'impose en regard des enregistrements. Il importe de souligner que ceux-ci n'avaient pas pour objectif de permettre la transcription des propos échangés à des fins d'analyse de contenu au sens où la plupart des recherches qualitatives l'entendent. Les enregistrements servaient de soutien offrant à la chercheuse responsable (et aux autres membres du collectif de chercheuses) la possibilité de faire des écoutes répétées des entrevues afin de dégager le sens de la parole collective entendue. Il est fort complexe de percevoir, dans le vif des entrevues, la part d'inconscient qui anime l'expérience et l'expression des participantes. Aussi, s'il n'était pas toujours possible pour la chercheuse de saisir dans le feu de l'action toutes les dimensions des propos qui s'échangeaient et des interactions qui avaient lieu, elle avait le loisir de faire des écoutes ultérieures des entrevues. L'enregistrement des entrevues contribuait ainsi à la fiabilité et à la confirmation des résultats ainsi qu'à la crédibilité de l'étude. Les enregistrements d'entrevues permettaient également aux membres du collectif de chercheuses, absents au moment des rencontres, de faire l'écoute des entrevues.

L'analyse des entrevues, par la chercheure responsable et les autres membres du collectif de chercheures, s'est opérée à la lumière du cadre de référence de la PDT. Lors de l'écoute des enregistrements, il s'agissait, pour la chercheure, de décrypter, au moyen de sa subjectivité, le dit et le non-dit, d'entendre "sous, entre et au-delà des mots" et ce afin de dégager le "possible sens" des propos entendus. Lorsque cela s'avérait pertinent ou aidant, la chercheure se remémorait l'observation faite dans l'unité ou se référait aux notes colligées. La chercheure prenait note des éléments ou des unités de sens qu'elle voyait émerger des propos entendus. Ce sont ces unités de sens que la chercheure présentait aux autres membres du collectif de chercheures lors de leurs rencontres. Au fur et à mesure qu'elle procédait à l'analyse des entrevues, la chercheure observa progressivement que plusieurs unités de sens étaient communes à l'ensemble des entrevues portant celle-ci à croire qu'il s'agissait vraisemblablement d'éléments collectivement vécus. Elle avait également le sentiment que plusieurs de ces unités communes de sens se regroupaient assez naturellement en plus vastes "configurations" ou "constellations" de sens. Celles-ci se dessinaient comme les thèmes ou les axes centraux des résultats de l'étude. La chercheure responsable partageait ses interprétations avec le collectif de chercheures, lequel réagissait à l'analyse présentée en l'appuyant ou en la questionnant selon les cas et en offrant, lorsque pertinent, sa compréhension des propos entendus. Une discussion prenait généralement place jusqu'à l'atteinte, au sein du collectif, d'un consensus en regard de l'interprétation qui serait restituée aux participantes. L'éclairage donné par chaque membre du collectif de chercheures apportait sa contribution à la compréhension des entrevues. Ici aussi, les enregistrements contribuaient à la confirmation et à la fiabilité des résultats, dans la mesure où un retour était fait à ceux-ci lorsqu'un point de désaccord apparaissait au sein du collectif de chercheures. La période d'analyse et d'interprétation des entrevues s'est échelonnée de décembre 1999 à juillet 2000.

Une parenthèse s'impose en regard du niveau d'abstraction ou de conceptualisation donné aux interprétations présentées aux collectifs d'enquête. La chercheure considérait opportun de privilégier un niveau d'abstraction modéré permettant une compréhension rapide et une appropriation aisée par les participantes en vue d'une éventuelle action de transformation du travail. Rappelons, en effet, que dans une perspective psychodynamique, la visée de l'investigation est la compréhension des rapports au travail ouvrant sur une possible transformation de celui-ci en vue de le rendre plus favorable au plaisir et à la santé

mentale des travailleurs. D'autre part, la chercheuse a examiné l'éventualité de présenter les résultats, dans le cadre de sa thèse, avec un niveau de conceptualisation supérieur à celui présenté dans le rapport de recherche remis aux participantes et à l'employeur. La chercheuse a finalement décidé de ne pas le faire voulant favoriser et faciliter la possible transférabilité des résultats par les milieux de soins qui consulteraient la thèse, jugeraient que les résultats rejoignent leur réalité de travail et désireraient s'en inspirer pour entreprendre des actions de transformation de l'organisation du travail dans leur milieu de travail respectif.

4.4.2.3. La validation des résultats au moyen de l'entrevue de restitution

L'entrevue de restitution visait à "restituer" aux participantes, les interprétations qu'avaient fait le collectif de chercheuses des propos échangés lors des deux entrevues de "collecte des données". La chercheuse responsable organisait les entrevues de restitution avec chacun des collectifs d'enquête au fur et à mesure que les analyses en collectif de chercheuses se terminaient. Au cours des entrevues de restitution, la chercheuse soumettait aux participantes, l'analyse des entrevues réalisée par le collectif de chercheuses. Les participantes étaient invitées à se prononcer et à prendre position en regard des interprétations proposées par les chercheuses. L'entrevue de restitution revêtait une importance majeure dans la mesure où c'est de celle-ci que d'une part, pouvait émerger une compréhension commune du sens de ce que vivaient les participantes et d'autre part, pouvait naître un désir d'action de changement visant à augmenter le plaisir et diminuer la souffrance au travail. Les entrevues de restitution étaient également enregistrées sur audiocassette. La chercheuse responsable convenait avec les participantes qu'elle présenterait dans un premier temps l'ensemble de l'analyse faite par le collectif de chercheuses de sorte qu'elles disposent d'une vue d'ensemble de celle-ci et qu'ensuite, elle reprendrait séparément les divers résultats en les invitant à y réagir. La présentation des résultats prenait environ 30 minutes, ce qui laissait 1H30 pour la discussion. Précisons que le processus d'acceptation et de réfutation des résultats se faisait pour chacune des interprétations proposées par l'analyse. Soit le collectif d'enquête confirmait, sans nouveaux propos, l'interprétation rendue, soit il la questionnait générant ainsi une nouvelle discussion laquelle avait le mérite d'explorer plus en profondeur l'expérience vécue et d'offrir généralement de nouveaux éléments de compréhension donnant lieu à une nouvelle construction de sens.

La plupart des interprétations proposées par le collectif de chercheuses ont fait l'objet d'une acceptation de la part des collectifs d'enquête. Cette acceptation ou approbation permettait de sanctionner la valeur de l'interprétation (Poisson, 1990; Sandelowski, 1986) et d'assurer ainsi la crédibilité des résultats. De la sorte, les résultats étaient la synthèse d'un travail intersubjectif participantes/chercheuses validée par les principales intéressées. Cette épreuve de validation permettait également, d'une certaine manière, de juger de l'authenticité de la parole des participantes dans la mesure où si cette dernière avait éventuellement manqué, les participantes ne se seraient pas "reconnues" dans l'analyse restituée. Les thèmes ou axes centraux identifiés par les chercheuses - voir chapitre cinquième - ont également fait l'objet d'un vaste consensus chez les participantes.

Ceci porte à faire une parenthèse en regard de ce qui pourrait être appelé "la balance de l'échange intersubjectif". Si cette balance n'est pas aisée à expliciter en mots, il peut être dit qu'à aucun moment de l'étude, la chercheuse responsable de l'étude ou le collectif de chercheuses n'ont tenté d'imposer leurs vues ou leurs interprétations des expériences vécues par les infirmières. S'il advenait que lors de la restitution, les participantes réfutaient une interprétation proposée mais que la chercheuse avait de bonnes raisons de croire que l'interprétation proposée était pertinente et que sa réfutation exprimait une stratégie défensive inconsciente visant à se protéger de l'inconfort généré par l'interprétation, elle tentait de déconstruire cette stratégie en expliquant aux participantes ce qui avait pu en susciter la construction et le déploiement. Cela dit, si au terme de la discussion, les participantes maintenaient collectivement leur réfutation en regard de l'interprétation, celle-ci n'était pas retenue et ne figure dès lors pas dans les résultats présentés au chapitre cinquième; ne figurent dans le chapitre cinquième que les interprétations ayant fait l'objet d'une confirmation de la part des collectifs d'enquête. L'abandon de l'interprétation réfutée était motivé par le fait que celle-ci ne leur serait d'aucune utilité dans le processus de transformation du travail, du moins aussi longtemps qu'elle serait réfutée.

4.4.2.4. La rédaction du rapport de recherche

Au terme de l'ensemble des entretiens de restitution auprès des divers collectifs, soit vers la mi-juin 2000, la chercheuse responsable rédigea le rapport préliminaire de recherche en retenant les aspects qui ressortaient comme étant communs aux divers collectifs

d'enquête rencontrés. Ce rapport fut remis, en juillet 2000, aux participantes à des fins de lecture et d'annotation. Les commentaires écrits, remis, dans les délais convenus, à la chercheuse responsable de l'étude, ont permis à celle-ci - s'ils présentaient un caractère commun - d'apporter d'ultimes modifications au texte. Par cette soumission du rapport préliminaire aux collectifs d'enquête, la chercheuse responsable s'assurait, une fois encore, que les résultats de la recherche étaient reconnus comme pertinents par les participantes. Cette démarche visait à apporter sa part à la crédibilité des conclusions de l'étude ainsi qu'à la fiabilité et la confirmation des résultats.

L'ensemble de la démarche effectuée avec les participantes se terminait en août 2000 sur la rédaction d'un rapport d'enquête confidentiel consignait le contenu validé et avalisé par les participantes et remis tant à elles qu'à la direction des soins infirmiers.

4.4.2.5. Conclusion en regard de la démarche de recherche

La démarche systématique suivie dans cette recherche et le respect des critères de rigueur de la recherche qualitative (voir section 4.6.) permettent de penser que les thèmes et les interprétations présentés comme résultats au chapitre cinquième sont le reflet de l'expérience subjective collectivement vécue par les infirmières participantes. L'indépendance de l'analyse réalisée contribue à la confirmation des résultats. En outre, la description précise et détaillée des procédures utilisées par la chercheuse pour récolter, interpréter et valider les données de la recherche lui permettent également de croire qu'un autre chercheur formé à l'approche et à la méthode d'enquête de la PDT et ayant en sa possession les données d'enquête arriverait vraisemblablement à des résultats semblables ou comparables; cette considération rejoint la question de la fiabilité des données.

4.5. Considérations éthiques et déontologiques de la recherche

4.5.1. Considérations éthiques générales

Outre le fait d'avoir été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche, d'être indépendante des autorités administratives et syndicales de l'institution et d'avoir reçu l'assurance minimale que la direction des soins infirmiers considérerait favorablement les suggestions de réaménagement de l'organisation du travail que leur adresseraient les participantes, au terme de l'étude, pour réduire la souffrance vécue au travail, la recherche impliquait quelques autres considérations éthiques générales. Celles-ci ont été portées à la connaissance des volontaires par l'entremise d'un formulaire de consentement (voir annexe II) clarifiant les règles de l'engagement

pour chaque participante et pour la chercheuse responsable. Parmi les éléments repris par ledit formulaire figurait l'important engagement de la chercheuse et des participantes à la plus stricte confidentialité en regard des propos échangés en entrevues, l'engagement de la chercheuse à ne diffuser dans le rapport de recherche remis à l'employeur que les éléments autorisés par les participantes et l'engagement des participantes à une parole authentique.

4.5.2. Considérations éthiques spécifiques

Les considérations éthiques plus spécifiques à la présente recherche et en lien avec la nature particulière de la démarche demandée aux participantes, étaient encadrées par la perspective d'amener celles-ci à prendre conscience des éléments de plaisir et de souffrance associés au travail afin qu'elles puissent, ensuite, soit décider d'agir sur les dimensions qu'elles peuvent transformer, soit s'organiser pour fonctionner le mieux possible avec les éléments qu'il n'est pas possible de changer.

Les participantes étaient informées de l'inconfort qu'elles pouvaient ressentir étant donné le caractère introspectif de la démarche demandée, la dimension intersubjective des discussions et l'exigence de l'authenticité de la parole. Réaliser un travail de réflexion sur le rapport que l'on entretient avec son travail est une démarche difficile et complexe qui implique d'entrer en contact avec des aspects parfois inconnus de soi-même. Semblable démarche peut être source d'anxiété dans la mesure où elle peut susciter des prises de conscience inconfortables. L'engagement du sujet dans la narration de sa souffrance se situe effectivement dans un rapport ambigu à la souffrance: d'une part, le récit contribue à la soulager, d'autre part, il en désigne l'origine (Molinier, 1995). Si "l'objectivation" du plaisir et de la souffrance vécus au travail est susceptible d'avoir des conséquences sur le rapport au travail et sur la gestion collective de l'organisation du travail, celles-ci sont à voire de manière positive dans le sens où prendre conscience de la souffrance vécue et de ses sources, ouvre sur une possibilité d'amélioration du rapport au travail. La démarche est, en effet, animée par le souci d'un mieux être au travail.

4.5.3. Considérations déontologiques

La psychodynamique du travail est assujettie à des règles déontologiques qui sont à la base des fondements de l'engagement intersubjectif chercheur-travailleur (Dejours & Abdoucheli, 1990). La démarche d'élucidation de la souffrance dans le travail, requiert, en effet, un cadre où méthodologie et déontologie vont de pair dans la mesure où la mise au

jour des stratégies défensives déployées par les travailleurs risque de laisser ceux-ci plus vulnérables (Vézina, 2000). Dans cet esprit, la responsabilité de la chercheuse - ou la forme de son engagement - repose sur la conscience qu'une interprétation qui atteindrait trop brutalement une réalité, même si elle est pertinente, pourrait s'avérer inadéquate parce qu'elle paralyserait le groupe et la discussion (Dejours, 1993). La question de la déontologie de l'enquête implique d'interpréter les défenses développées sans pour autant faire acte de violence car:

"[...] la mise à nu de la souffrance [...] peut parfois être intolérable et menacer des individus ou le groupe tout entier dans son rapport aux contraintes organisationnelles, et occasionner ensuite de sérieuses difficultés lors du retour à la situation de travail. L'interprétation idéale serait donc celle qui, démontrant un système défensif, autorise simultanément la reconstruction d'un nouveau système défensif, ou un déplacement du système défensif existant [...]" (Dejours, 1993, p. 187).

Ainsi et afin d'éviter de susciter des résistances inutiles, il peut être opportun, selon les cas, de proposer d'abord une version atténuée d'une interprétation potentiellement menaçante plutôt que de livrer d'emblée la version réelle (Hétu, 1994): "Ces *adoucissements* ne seront que temporaires (...)" (p. 165); ils ont pour but d'aider le sujet à entrer en contact avec le contenu de l'interprétation et de l'appivoiser.

4.6. Les critères de rigueur de la recherche

Les critères de rigueur qui ont guidé et encadré la présente étude sont ceux de la recherche qualitative tels que proposés par Guba et Lincoln (1989), à savoir: la crédibilité et la transférabilité des conclusions de l'étude, la confirmation et la fiabilité des résultats. Le texte réfère à ces critères lorsque opportun; la section ci-après ne fait que les énoncer brièvement. Si la psychodynamique du travail ne réfère pas nommément à ces critères, leur esprit est cependant perceptible dans la méthode d'enquête propre à l'approche. En ce sens, l'intégration desdits critères à la recherche ne dévoie pas la PDT.

La crédibilité des conclusions de la recherche

Dans le contexte spécifique de la présente recherche, le critère de crédibilité se vérifie par la correspondance entre les perceptions subjectives des collectifs d'enquête et les interprétations ou l'analyse réalisée par le collectif de chercheuses. Selon Guba et Lincoln (1989) les conclusions d'une recherche sont crédibles lorsque les participants reconnaissent et

s'approprient la signifiante du phénomène tel que décrit (ici l'expérience subjective de travail); les conclusions doivent former une construction signifiante donnant un sens à la situation vécue par les participantes. C'est ce qu'exprime le psychodynamicien Cru lorsqu'il dit qu' "une interprétation n'a de valeur en psychopathologie¹⁶ du travail que si elle libère du sens" pour les sujets qui participent à la recherche (1987, p. 31). La validation des résultats par les participants permet d'établir la crédibilité d'une recherche qualitative (Guba & Lincoln, 1989). Dans le cadre de l'étude, l'encadrement offert par le collectif de chercheuses, les entrevues de restitution et la soumission du rapport préliminaire aux participantes ont assuré cette crédibilité. La chercheuse a également explicité et documenté autant que possible la logique du processus d'interprétation de la parole collective et d'identification des thèmes permettant au lecteur d'apprécier la qualité des résultats.

La transférabilité des conclusions de la recherche

Guba et Lincoln (1989) réfèrent au concept de *fittingness*. La possible transférabilité des conclusions de la recherche est jugée par un auditoire extérieur à la situation étudiée qui évalue si les résultats de l'étude sont signifiants ou non pour eux. Ceci permet de savoir si les conclusions auxquelles est arrivée l'étude peuvent s'étendre à d'autres contextes que celui étudié. Cette démarche ne fut pas réalisée dans la mesure où la méthode d'enquête propre à la PDT ne la prévoit pas. L'éventuelle transférabilité des résultats ne se fera qu'*a posteriori* lorsque d'autres groupes d'infirmières, se reconnaissant dans les résultats, décident de les prendre à leur compte.

La confirmation des résultats

Guba et Lincoln (1989) indiquent que le chercheur doit s'assurer que ses interprétations et ses conclusions émergent des contextes et des individus et non pas de son imagination ou de ses idéologies. Dans le cadre de l'étude, la chercheuse s'assurait tout au long des entrevues de collecte des données de la pertinence de sa compréhension de la parole collective entendue. De plus, la confrontation des subjectivités au sein du collectif de chercheuses et les entrevues de restitution ont également contribué à assurer cette confirmation. En outre, afin de s'assurer que l'intégrité des résultats s'enracine dans les données elles-mêmes (Guba & Lincoln, 1989), il serait possible de repartir des enregistrements des entrevues en vue d'une

¹⁶ La "psychopathologie du travail" a été renommée "psychodynamique du travail" en 1992

part, de réviser et confirmer l'analyse réalisée par le collectif de chercheuses et d'autre part, réentendre la validation de l'analyse faite par les participantes.

La fiabilité des résultats

Guba et Lincoln (1989) réfèrent au concept de *dependability* visant à apprécier dans quelle mesure un deuxième chercheur arriverait à des conclusions semblables ou comparables en ayant en sa possession les informations recueillies. Dans le cadre de l'étude, la confrontation des interprétations en collectif de chercheuses ainsi que la description détaillée de la logique du processus décisionnel lors de l'analyse et de l'identification des thèmes contribuent à cette fiabilité. Les enregistrements et la soumission du rapport préliminaire aux participantes offrent également leur part d'appui à la fiabilité des résultats.

CHAPITRE CINQUIÈME

LES PRINCIPAUX RÉSULTATS ET LEUR ANALYSE

Comme évoqué au chapitre précédent, la clarification progressive des liens entre le plaisir ou la souffrance et l'organisation du travail, soit la compréhension de ce qui fait collectivement objet de plaisir ou de souffrance dans le travail, a donné lieu à la construction d'un sens commun. C'est ce sens commun, traversant l'ensemble des entrevues et se regroupant autour des trois thèmes de la reconnaissance, de l'autonomie et du pouvoir, qui est présenté ci-après; à l'occasion toutefois, les résultats réfèrent à des points de divergence qui offrent l'avantage d'éclairer le phénomène à l'étude.

Les thèmes centraux des résultats - soit la reconnaissance, le pouvoir et l'autonomie comme éléments déterminants du plaisir ou de la souffrance au travail - peuvent sembler, au lecteur, très proches du cadre de référence de l'étude. Il importe, dès lors, de rappeler, que le corps de connaissances de la PDT s'est bâti à même le terrain et la recherche empirique. Il se fait que l'ensemble des recherches faites en PDT, dans différents milieux et auprès de diverses catégories de travailleurs, ont révélé l'importance fondamentale de la reconnaissance, du pouvoir et de l'autonomie dans l'expérience subjective de travail au point que ces trois facteurs relevant du registre symbolique - c'est-à-dire, influant sur les représentations que les travailleurs, en tant qu'acteurs-sujets, ont d'eux-mêmes et de leur travail - sont devenus au fil du temps et à force d'être confirmés par les études empiriques, les concepts centraux de l'approche psychodynamique des situations de travail. Autrement dit, c'est la révélation et la confirmation chaque fois renouvelées de ces éléments centraux que sont la reconnaissance, l'autonomie et le pouvoir, qui ont permis à la PDT de théoriser en regard de l'importance déterminante du registre symbolique. Il se fait que l'analyse des entrevues, dans le cadre de la présente étude, révèle, elle aussi, que c'est autour de ces trois éléments que se cristallisent à la fois le plaisir et la souffrance des infirmières selon des modalités cependant spécifiques au contexte des SLD et à l'organisation du travail telle que structurée par le système des soins intégraux. Ces résultats, rappelons-le, ont fait l'objet d'une validation auprès des participantes. Il peut ainsi être dit que les thèmes qui émergent de la démarche d'analyse, d'interprétation et de validation des données d'entrevues corroborent les vecteurs centraux du plaisir et de la souffrance au travail mis en lumière par l'ensemble des recherches de terrain en PDT.

Ce chapitre est constitué de six grandes parties. La première partie révèle les principales sources de souffrance qui émanent de l'expérience des infirmières, la seconde aborde la question des collectifs de travail tandis que la troisième fait état des stratégies défensives déployées en réaction aux sources de souffrance. La quatrième partie souligne les sources de plaisir qui émergent de l'expérience des infirmières, la cinquième fait part des pistes de solutions énoncées par les infirmières et la sixième présente une analyse-synthèse générale.

5.1. Les sources de souffrance au travail

Nonobstant le fait que les infirmières se disent dans l'ensemble, relativement satisfaites de leur réalité de travail ("*Dans l'ensemble, on est assez bien ici*") et indiquent connaître, dans le cadre de leur pratique professionnelle, des sources de plaisir, elles énoncent cependant vivre diverses sources de frustration et de mécontentement, en lien avec l'organisation du travail, lesquelles présentent la particularité de s'additionner sournoisement ("*Il y a beaucoup de petites insatisfactions qui s'additionnent*") pour former une toile de fond de souffrance. L'analyse compréhensive de ces sources de souffrance, éclairée par la perspective de la PDT, porte à dire que la pratique infirmière, telle qu'actuellement organisée au sein des unités de SLD de cet établissement, souffre d'une carence marquée en termes de contenu significatif de tâches dans la mesure où elle manque considérablement de reconnaissance et par voie de conséquence, d'autonomie et de pouvoir; corollaires indissociables du manque de reconnaissance.

5.1.1. Les sources de souffrance reliées à la reconnaissance

Il importe de souligner qu'au moment de la tenue des premières entrevues, le souvenir des divers événements entourant le débrayage illégal des infirmières de l'été 1999 habite encore douloureusement l'esprit des collectifs d'enquête rencontrés. Le moral des troupes est au plus bas, comme en témoigne le propos présenté ci-après exprimant bien le sentiment global de manque de reconnaissance résultant du peu de considération émanant de l'externe et vécu à l'interne:

"Le moral est tellement bas avec tout ce qui se passe avec le syndicat, la grève illégale. J'ai le coeur lourd ces jours-ci: le gouvernement [...], l'administration [...], l'infirmière-chef [...] nous utilisent le plus qu'ils peuvent. C'est le budget qui compte, pas nous, pas les bénéficiaires. Et dire que je travaille juste à temps partiel. Je dois avouer qu'avec ce qu'on vit sur l'unité, ce serait

lourd de travailler davantage. Je me demande vers quoi ma profession s'aligne? Je trouve que les choses s'aggravent. La profession que j'aime tant, pour laquelle j'avais tellement de fierté! J'ai perdu la fierté de ma profession. Je suis rendue à ce point-là, je suis écoeurée. On dirait que les dirigeants et les gouvernements ne voient pas ce qui se passe ".

Outre le sentiment de manque de reconnaissance qui se dégage de ces propos, nous remarquons également l'expression d'un sentiment d'exploitation, la répercussion des divers sentiments sur l'élan au travail et la perception de celui-ci. Finalement, nous percevons la profonde tristesse, la déception et la souffrance intime associée à la perte de fierté en regard de la profession tant aimée ou de l'idéal de leur métier. Nous reviendrons sur ces divers points.

5.1.1.1. Le manque de reconnaissance émanant de l'externe

- De la part des décideurs politiques

Les infirmières perçoivent, de la part des décideurs politiques un manque de considération notoire à leur égard; une attitude qu'elles relient au caractère à dominante féminine de leur profession autrefois désignée comme vocation. Aussi, lors du débrayage illégal de l'été 1999, elles disent n'avoir obtenu de véritable écoute de ceux-ci, n'avoir bénéficié d'aucune reconnaissance en regard de la légitimité de leurs revendications et n'avoir perçu aucune empathie pour les difficiles conditions de travail qui sont les leurs. Elles se sont senties méprisées et traitées comme de "*vulgaires petites filles*" (verbatim) auxquelles il importait d'administrer une sérieuse réprimande pour le comportement déloyal manifesté. Les infirmières indiquent que le peu de considération et de reconnaissance dont elles bénéficient de la part des gouvernements s'exprime au travers des déplorables conditions salariales qui leur sont faites. Ces conditions, selon elles, n'ont aucune commune mesure avec l'expertise qu'elles détiennent, les responsabilités qu'elles assument et les horaires souvent inconfortables qu'elles connaissent.

- De la part du syndicat et de l'ordre professionnel

Une source de souffrance, soulignée par l'ensemble des collectifs d'enquête, s'apparente au sentiment de trahison que les infirmières ressentent de la part de leur syndicat; trahison traduisant un manque de reconnaissance et de solidarité à leur égard et s'exprimant par une absence de consultation. Ceux-ci mentionnent également avoir très mal

reçu la lettre envoyée en février 2000¹⁷, y voyant, nonobstant ce que dit l'Ordre, un manque de reconnaissance en regard de la situation extrêmement difficile vécue sur le terrain. Cette lettre mentionnait que des échos lui étaient parvenus de la part d'étudiants en soins infirmiers à l'effet qu'ils se faisaient décourager en termes de choix de carrière par des infirmières et infirmiers. Tout en mentionnant qu'il comprenait que le contexte actuel était difficile, l'Ordre exprimait qu'il désirait d'une part, sensibiliser ses membres à l'influence déterminante qu'ils exercent tant sur les étudiants en soins infirmiers que sur les jeunes en démarche de choix de carrière, espérant, d'autre part, pouvoir compter sur eux à titre d'ambassadeurs, pour soutenir les efforts déployés afin de susciter l'attrait pour la profession:

"Quant à notre ordre professionnel, il nous demande d'être de gentilles petites filles et de ne pas décourager les jeunes qui désireraient devenir infirmières".

- De la part des infirmières travaillant dans le secteur des soins aigus

Les infirmières réfèrent au manque de considération de la part des collègues travaillant dans le secteur des soins aigus en regard de leur pratique professionnelle; un manque de considération qu'elles attribuent considérablement à une méconnaissance de la réalité de travail en SLD, des exigences professionnelles qui lui sont inhérentes, des habiletés relationnelles qu'il requiert et de l'expertise clinique qu'il exige.

- De la part du public

Si la profession infirmière bénéficie, d'après l'ensemble des collectifs d'enquête rencontrés, d'une reconnaissance sociale - reconnaissance davantage perçue chez les générations plus âgées que chez les jeunes - ils ont le sentiment que le fait d'être infirmière en SLD est cependant moins valorisé par le public qu'être infirmière en soins aigus; cette dernière étant associée, dans l'esprit des gens, à une grande compétence professionnelle. Le public leur renvoie l'image d'un contexte de travail en SLD peu gratifiant et peu intéressant exposant sans relâche l'infirmière, à la vieillesse, aux cris, à la démence, à l'incontinence et à la dépendance. Ils ressentent chez ce dernier, une incompréhension en regard du fait qu'une infirmière aime et parvienne à travailler en SLD. Cela dit, les infirmières mentionnent qu'il y a une catégorie d'individus qui reconnaît le travail qu'elles

¹⁷ Lettre émanant du Bureau de la présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, signée par la présidente, Gyslaine Desrosiers et envoyée le 15 février 2000 à toutes les infirmières et infirmiers du Québec.

accomplissent, soit ceux qui ont un proche institutionnalisé ou entrent, personnellement, avoir besoin dans un avenir plus ou moins rapproché des soins et des services offerts par le secteur des SLD:

"Il y a les personnes plus âgées qui se disent: "On va avoir besoin de ces infirmières-là" de sorte que cela les rend plus sensibles au travail que nous accomplissons".

5.1.1.2. Le manque de reconnaissance émanant de l'interne

5.1.1.2.1. Dans les rapports verticaux (jugement d'utilité)

Les rapports verticaux comprennent les relations que les infirmières entretiennent d'une part, avec le personnel hiérarchique et d'autre part, avec les préposés aux bénéficiaires (PAB) ainsi que les infirmières auxiliaires. Peu de propos tenus par les infirmières concernent les infirmières auxiliaires étant très peu nombreuses au sein de l'institution. C'est la raison pour laquelle le présent rapport réfère très peu à celles-ci. Les sections ci-dessous présentent les principales formes d'expression du manque de reconnaissance perçu par les infirmières de la part de la hiérarchie et des PAB.

- Avec les supérieurs

Manque de reconnaissance de la contribution significative à la réputation de l'institution

Un grand nombre d'infirmières considèrent que la hiérarchie ne leur renvoie pas suffisamment la part de mérite qui leur revient dans l'excellente réputation dont jouit l'institution. Elles perçoivent et déplorent le fait que la hiérarchie attribue trop souvent et injustement, à leurs yeux, le mérite de la renommée de l'institution, aux seuls programmes de recherche et de formation dispensés en son sein. Les infirmières indiquent que ces programmes sont généralement présentés par la hiérarchie comme étant les principaux moteurs de l'établissement alors que la satisfaction des bénéficiaires et des familles repose, d'après elles, surtout et avant tout sur la qualité des soins et des services dispensés. Elles se disent également frustrées de ne pas être associées ou représentées aux événements organisés par l'établissement à l'occasion de visites de délégations importantes; ce fait génère le sentiment de ne pas être considérées ou reconnues comme part constituante significative de l'institution:

"Nous ne tenons pas tant à ce qu'ils nous disent merci mais qu'ils nous reconnaissent comme faisant part de l'institution et contribuant significativement à son excellente réputation".

Si les infirmières précisent qu'il arrive de temps à autre que la hiérarchie les honore de jugements d'utilité verbaux ou écrits, elles soulignent et déplorent que ceux-ci demeurent cruellement inexprimés dans les faits. Les infirmières dénoncent, en effet:

- un manque douloureux d'autonomie et de pouvoir dans leur pratique;
- une organisation du travail qui d'une part, ne soutient pas suffisamment leur spécificité et leur expertise professionnelles, induisant par conséquent un contenu de tâches peu significatif et d'autre part, ne maintient pas la charge de travail dans des limites raisonnables, ce qui génère une profonde insatisfaction inhérente à la manière peu satisfaisante dont elles se voient contraintes d'accomplir leurs tâches:

"S'ils nous reconnaissaient véritablement pour le travail que nous accomplissons, ils feraient en sorte que nous ne soyons pas contraintes d'arriver en avance au travail pour d'une part, être en mesure de venir à bout de toutes les tâches qu'ils nous attribuent et d'autre part, connaître des conditions moins stressantes et plus acceptables de travail".

- l'absence de transparence au niveau de ses intentions en termes d'organisation ou de réorganisation du travail;
- le manque d'authentique consultation en regard des aspects qui touchent leur travail et le peu de participation effective aux décisions en lien avec leur pratique.

Ces trois dernières dimensions sont davantage développées dans les sections ci-après.

Manque de reconnaissance s'exprimant par une organisation du travail qui ne soutient pas suffisamment la spécificité et l'expertise infirmières

Les infirmières indiquent que l'organisation du travail prévalant au sein des unités de SLD, structurée sur la base du mode de dispensation des soins intégraux, ne s'accompagne pas, sur le terrain, d'une définition explicite des rôles et tâches des divers personnels de soins (infirmières, auxiliaires et PAB). Cette situation génère une importante ambiguïté de rôles, responsable de rapports interprofessionnels difficiles¹⁸ et de champs de pratique insuffisamment représentatifs de la spécificité professionnelle de chacun:

"Nous sommes quatre catégories différentes de personnel: préposés, auxiliaires, infirmières et bachelières mais nous finissons par faire toutes à peu près le même travail".
"Il n'y a rien de clair".

¹⁸ Nous revenons un peu plus loin sur les rapports difficiles que semblable ambiguïté de tâches génère entre les divers personnels de soins

Ce contexte induit, chez les infirmières, le sentiment désagréable d'un manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie de leur spécificité professionnelle, d'une sous-utilisation de leur expertise et d'un contenu de tâches peu significatif. Cette situation participe considérablement à leur insatisfaction - et donc à leur souffrance - dans le sens où un sentiment de dévalorisation et de faible accomplissement professionnel en découle:

"J'ai le sentiment d'utiliser 50 % de mes connaissances et de travailler comme une préposée. Cela me frustre".

"Ma tâche n'est pas suffisamment celle d'une infirmière. Je me sens dévalorisée".

"Je ne trouve pas mes tâches super valorisantes. J'ai vraiment une insatisfaction à ce niveau-là".

"Ma frustration est liée au fait que les gens du milieu ne me font pas toujours jouer le rôle pour lequel j'ai été formée".

"Il me semble qu'il y aurait de meilleures façons de nous employer".

Le sentiment de sous-utilisation de leur véritable expertise est tout particulièrement perçu et exprimé par les infirmières bachelières qui déplorent amèrement le fait que les projets spécifiques qui leur avaient été promis se retrouvent temporairement mis sur la glace, faute de budgets; cela porte un dur coup au plaisir relié au travail. Ce qui ressort comme étant essentiellement souffrant dans cette situation, est le fait qu'elles accomplissent, par conséquent, un ensemble de tâches peu distinct de celui des autres membres de l'équipe et absolument pas en lien avec leur formation universitaire spécifique. Cela crée une profonde blessure narcissique:

"J'ai un poste de bachelière mais je fais la même chose que tout le monde, je ne fais rien de plus. A date, je n'ai absolument rien fait comme projet spécifique. Cela m'a enlevé beaucoup de motivation".

Il importe de comprendre que dans semblable situation, les infirmières bachelières (et cégépiennes) se perçoivent en quelque sorte, polyvalentes par rapport aux auxiliaires et PAB et donc, d'une certaine façon, interchangeables avec ceux-ci. Ce sentiment porte atteinte à leur identité et fierté professionnelles, fragilisant, par conséquent, leur santé mentale. Plusieurs bachelières relèvent également que l'absence de différences, en termes de tâches, entre elles et les cégépiennes, crée de temps à autre des tensions. Il pourrait être dit qu'il est d'autant plus difficile, pour les infirmières, de comprendre qu'elles n'aient pas l'appui de la direction des soins et de l'infirmière-chef au niveau de leur désir d'affirmation de spécificité professionnelle, que ces dernières relèvent de la même profession qu'elles. Confronter le fait de ne pas être soutenues dans leur quête identitaire par une structure

hiérarchique appartenant à la même formation professionnelle que la leur, est en soi une source de souffrance. Ne percevant pas l'appui de leur syndicat, les infirmières ont le sentiment, en bout de ligne, d'être seules à porter le flambeau de leurs revendications "professionnalistes".

Ajoutons que les I et AIC de soir déplorent aussi les manques de considération et de reconnaissance venant de la hiérarchie, lesquels induisent chez celles-ci des sentiments de déqualification et de dépréciation:

"Considérant que le véritable travail se fait de jour, la direction nous reconnaît, de soir, à titre de gardiennes".

"On est comme d'une classe inférieure, comme si on n'existait pas".

Ce qui, de plus, frustre énormément les infirmières dans le présent contexte d'ambiguïté de rôles, est le manque de temps pour les tâches qu'elles valorisent. Autrement dit, celles-ci déplorent que l'ensemble des tâches qu'elles désignent de "non-nursing", car non-spécifiques de leur formation et profession, absorbe tellement de temps qu'elles se voient, finalement, contraintes d'effectuer leurs tâches plus spécifiquement infirmières à la hâte et dans la précipitation et par conséquent, de manière bien éloignée de la façon dont elles désireraient pouvoir les accomplir. Cette situation n'offre que peu de chance au plaisir de surgir, d'où insatisfaction et souffrance:

"Ce qui nous frustre est le fait qu'au terme du mois passé dans l'équipe, nous ne soyons parvenues, faute de temps, à réaliser nos tâches plus spécifiquement infirmières telles la relation d'aide avec les patients et les familles, les évaluations, les révisions de plans de soins, les notes mensuelles, ...".

"Nous sommes continuellement contraintes de tasser les tâches les plus en lien avec notre spécificité d'infirmière parce que les tâches non-nursing prennent presque tout notre temps".

"Nos tâches infirmières, on les accomplit en éprouvant une insatisfaction parce qu'on ne les accomplit pas comme on aimerait les accomplir; elles finissent par être bâclées".

Les infirmières ajoutent que dans le présent contexte de surcharge de travail, elles se voient contraintes de "laisser tomber des choses" qui, soulignent-elles, affectent tant la qualité des soins que la satisfaction éprouvée en regard du travail accompli:

"On nous rajoute beaucoup de tâches en lien avec notre spécificité d'infirmière sans pour autant alléger nos autres tâches moins spécifiques. Par conséquent, il y a des choses qu'on doit laisser tomber si on veut arriver dans les temps. L'ensemble des choses

qu'on est contraint de laisser tomber nous dérangent, s'accumulent pour un jour devenir trop lourdes".

En d'autres termes, la manière dont elles sont contraintes de travailler écorche le modèle idéal de leur pratique et entrave leur quête de sens dans le travail. Cette situation génère un profond sentiment de manque d'accomplissement professionnel. La vaste part de soins de base qu'elles partagent avec les PAB pèse lourdement sur ce qui donne précisément sens à leur travail, à savoir: le temps disponible pour s'arrêter et échanger avec les bénéficiaires et leurs familles dans le cadre de la relation très spécifique à leur pratique, qu'est la relation d'aide; le temps disponible pour consulter les dossiers des patients afin d'en avoir une connaissance approfondie leur permettant de répondre aux questions des bénéficiaires, des familles et des médecins; le temps de préparer les réunions multidisciplinaires, le temps de consigner leurs observations aux dossiers, Les infirmières perçoivent un douloureux écart entre la manière dont elles aimeraient accomplir leurs tâches et la manière dont elles sont contraintes de les accomplir:

"On est toujours coincée entre l'idéal, entre le désir que les choses soient bien faites et ce que la réalité nous permet de faire".

Ce qui ressort également clairement de l'ensemble des propos des infirmières, est le fait que celles-ci ne sont pas contre le fait de se voir confier de nouvelles tâches à condition que la hiérarchie reconnaisse explicitement que ces nouvelles tâches font partie intégrante de leur rôle. Cette reconnaissance devrait s'exprimer impérativement, considèrent-elles, par l'octroi de temps pour les accomplir correctement.

Dans le contexte qui prévaut, il ressort clairement que les récents ajouts de tâches - même à contenu plus spécifiquement infirmier tels que les nouveaux "outils de travail" - sont davantage ressentis par les infirmières, comme des "fardeaux de tâches" faute de temps pour en jouir et en percevoir le caractère véritablement aidant:

"Ils nous présentent ces grilles comme étant des "outils de travail". Ce que ceux-ci font réellement, c'est nous prendre beaucoup de temps. On les ressent plus comme des "fardeaux de tâche" que comme des outils de travail".

Vu l'importance que revêt le plan de soins dans la pratique infirmière, il est important de prendre quelques instants pour indiquer que dans le présent contexte, celui-ci perd, aux yeux des infirmières, une part considérable de sa véritable signification et raison d'être. En effet, une frustration, exprimée à diverses reprises par l'ensemble des infirmières, est le

manque de temps, en début de changement d'équipe, pour consulter le plan de soins des patients dont elles se voient confier la charge. Dans ce sens, le plan de soins n'est guère utilisé comme moyen de transmission d'information lors des changements d'équipes, n'aide pas véritablement l'infirmière dans l'organisation et la planification de son travail en début de période et ne constitue nullement "l'outil de travail" qu'il est censé être:

"Je ne me souviens pas d'avoir eu l'occasion de lire un plan de soins lors d'un changement d'équipe alors que c'est censé être un outil qui devrait nous aider lorsqu'on arrive dans une nouvelle équipe".

"Autrefois, on lisait les plans de soins lorsqu'on prenait une nouvelle équipe en charge. Là, on n'a plus du tout le temps de le faire".

Dans la réalité de tous les jours, les infirmières prennent la nouvelle équipe en charge, dans les pires conditions, sans connaissance suffisante des patients tandis que dans les meilleures conditions, elles s'échangent entre elles, la veille du changement d'équipe, les données les plus pertinentes en ce qui concerne les bénéficiaires:

"N'ayant pas le temps de consulter les dossiers en début de changement d'équipe, on y va souvent au pif ou on essaie, la veille, de s'informer auprès de la collègue qui quitte cette équipe".

Il apparaît que les plans de soins sont, dans le meilleur des cas "lus" ou "regardés" au cours de la troisième semaine qui suit le changement d'équipe et ce en vue de leur révision. Cette révision est essentiellement effectuée vu l'obligation de laisser un plan de soins à jour au moment où elles quittent l'équipe:

"On les lit généralement, lorsqu'on les révise avant de quitter l'équipe, c'est-à-dire au cours de la troisième semaine après notre arrivée dans l'équipe, à condition bien-sûr qu'on en ait le temps".

"Avant de quitter une équipe la procédure prévoit qu'on évalue les plans de soins. C'est une chose qu'on néglige de plus en plus souvent parce qu'on n'a pas le temps".

Les infirmières expriment également que l'arrivée de nouveaux outils ou l'augmentation de leurs tâches cléricales contribuent à déshumaniser le soin dans le sens où, *in fine*, elles disposent de moins de temps pour la relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires et les familles. Or, il se fait qu'elles situent précisément cette relation au coeur de leur pratique professionnelle dans la mesure où elle leur procure un sentiment de satisfaction, d'utilité et de valorisation:

"Toutes ces paperasses nous enlèvent autant de temps auprès du patient. C'est vraiment stressant"!

"Au lieu d'être au chevet du patient, lieu où l'on devrait se trouver, on se retrouve à se creuser la cervelle pour essayer de remplir tous ces soi-disant outils de travail, qui n'en finissent plus".

Il semble aussi vraisemblable que le fait de ne pas être associées ni au processus décisionnel entourant l'élaboration des outils, ni à leur conceptualisation proprement dite, elles se sentent d'une certaine façon peu concernées par ceux-ci. De plus, il transparaît des propos des infirmières qu'elles attribuent l'augmentation du nombre d'outils de travail et des tâches cléricales, au processus ayant mené au récent changement de statut de l'institution. Elles ont ainsi le sentiment que la grande majorité des outils (et autres tâches administratives) servent essentiellement la cause de l'établissement et sont en grande partie là pour paraître. Aussi, elles se sentent quelque peu utilisées à des fins stratégiques poursuivies par l'institution:

"On dirait qu'on nous demande de compléter ces grilles, juste pour la forme".

"Les outils et les grilles de toutes sortes servent la cause de la direction. Ils font bien paraître l'institution".

Dans le même ordre de pensée, les infirmières réfèrent également à l'implantation récente du concept de "milieu de vie". Cette implantation répond aussi, selon elles, à la volonté de l'institution de bien paraître aux yeux du public et du monde tant scientifique que politique:

"Le concept de milieu de vie paraît bien de l'extérieur. Voilà encore une initiative de la part de la direction pour que l'établissement soit considéré et reconnu à l'extérieur. L'institution est très soucieuse de l'image qu'elle projette".

Les infirmières soulignent que, contrairement à l'idée généralement véhiculée, ce qui les porte à l'épuisement professionnel ce n'est ni la relation d'aide, ni l'attachement qu'elles ont pour les bénéficiaires, ni la peine ou la perte éprouvées lors du décès de ceux-ci mais bien la manière dont le travail est structuré et organisé:

"Ce qui nous rend malade, ce ne sont ni les patients, ni l'attachement que nous avons pour eux mais tout le reste! Ce sont les problèmes organisationnels qui nous font suer le plus! Ce qui est véritablement une source de burn-out pour nous est la manière dont le travail est organisé".

L'organisation du travail ressort, sans équivoque, comme une source majeure de souffrance.

Manque de reconnaissance s'exprimant par l'absence de transparence, de véritable consultation et de réelle participation à divers niveaux

Les infirmières considèrent que le manque de reconnaissance s'exprime également dans l'absence de transparence de la part de la direction en termes de visées organisationnelles. Elles perçoivent une certaine manipulation dans les agissements de l'équipe de direction, lorsque celle-ci présente de nouvelles mesures, soi-disant temporaires, sous forme de "projet pilote". Les infirmières pensent que la direction sait très bien que ces mesures ou ses projets pilotes n'ont rien de provisoire, qu'ils sont déjà en quelque sorte entérinés et qu'ils se généraliseront dans un avenir plus ou moins rapproché à l'ensemble de l'institution. Elles considèrent qu'il s'agit là d'une stratégie de gestion. L'absence d'authentique consultation en regard d'aspects ou de questions en lien avec leur pratique professionnelle est ressentie par les infirmières comme un manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie, tant à leur égard qu'en regard de leur expertise professionnelle:

"Ils nous disent que nous sommes extraordinaires mais ils ne nous consultent pas".

A l'instar de ce qui fut dit ci-avant, les infirmières indiquent que si l'organisation du travail fait quelquefois l'objet d'une apparente consultation, leur point de vue est en réalité soit rarement entendu, soit collecté après que la hiérarchie ait déjà pris sa décision. Celles-ci parlent dès lors de "*consultation-bidon*" ou de consultation d'apparence:

"Je dirais que nous sommes consultées dans le sens où lors des réunions, nous pouvons nous exprimer et donner notre avis sur diverses questions mais nous sommes rarement véritablement écoutées ou entendues".

"Lorsqu'il y a une décision importante à prendre en nursing, on l'apprend ou on nous consulte lorsque celle-ci est déjà prise".

Elles donnent pour exemple de non-consultation, l'instauration récente, par la hiérarchie, du concept de "milieu de vie", lequel n'est pas sans effet sur l'organisation du travail des infirmières:

"Ils ne nous ont pas consultées lors de l'introduction du concept de milieu de vie. Ils sont simplement venus nous dire: "Les bénéficiaires ont le droit d'avoir des visiteurs 24 heures sur 24" ".

Les infirmières de l'étude déplorent beaucoup l'absence de consultation au niveau du projet de réorganisation du travail qui est en cours. Elles comprennent difficilement que la direction ne s'appuie pas sur leur expérience et leur expertise pour réorganiser le travail.

L'aspect blessant de la non-consultation réside dans le fait qu'elles perçoivent celle-ci comme l'expression d'un manque de confiance et de considération de la part de la hiérarchie en regard de leur jugement, de leur expertise, de leur savoir expérientiel et de leur culture de métier:

"Ce que nous trouvons frustrant, est le fait que ce sont des gens qui ne travaillent pas sur le plancher qui vont décider pour des gens qui travaillent sur le plancher et ce sans consulter ces derniers".

"Il me semble qu'on est les mieux placées pour organiser notre travail au cours de l'été, non?"

"Dans ce processus, ils ne reconnaissent pas notre expertise d'infirmières".

D'autres ne voient pas dans l'attitude de la direction un manque de confiance en regard de leur expertise mais considèrent que celle-ci ne les consulte pas afin de ne pas avoir à prendre leur point de vue en considération:

"Au départ, ils ont déjà une perspective en vue qu'ils veulent réaliser. Cette perspective est motivée par des raisons financières. Le fait de consulter les soignants risquerait de compromettre leur projet".

D'autres encore, croient que la hiérarchie va les consulter en regard du projet de réorganisation du travail mais perçoivent dans cette démarche, non seulement le désir de bien paraître mais également l'existence d'un piège dans la mesure où la direction pourra, au besoin, leur attribuer la responsabilité de la situation créée:

"Au niveau de la réorganisation du travail, ils vont nous demander de choisir entre divers scénarios parce que cela paraît bien de nous laisser le choix. En nous ayant demandé de choisir, ils pourront nous dire ultérieurement de ne pas nous plaindre de la situation qui prévaut puisqu'elle résulte des conséquences inhérentes au scénario choisi. Nous sentons qu'il y a là un piège. Cela nous fait peur".

Les infirmières déplorent également le manque de consultation ou la "consultation-bidon" en regard du choix de tout nouvel équipement ou de tout nouveau matériel de soin dont elles seront pourtant, *in fine*, les principales utilisatrices. Elles voient dans semblable attitude de la part de la hiérarchie, une forme de non-reconnaissance de leur expertise, jugement professionnel et droit de participation aux décisions qui influent sur leur pratique et par le fait même de leur importance au sein de l'institution:

"Trop souvent ils achètent du matériel et viennent ensuite nous consulter pour connaître notre opinion à propos du matériel acheté".

"Il y a eu l'affaire des fichues toiles de leviers qui se sont avérées inappropriées à bien des égards. Dans ce cas précis il y a consultation-bidon dans le sens où elle a lieu après qu'ils aient fait leur choix et acquis le matériel".

"Nous aimerions être reconnues dans notre expertise pour décider nous-mêmes de l'équipement avec lequel nous allons travailler".

Le manque de consultation est également dénoncé par les I et AIC de soir:

"Lorsqu'il y a consultation au sein de l'institution, nous, les infirmières et assistantes de soir, ne sommes presque jamais consultées. C'est toujours le staff de jour qui est consulté. Celui-ci va exprimer son point de vue, sa préférence et sa décision fera loi. Nous sommes pourtant des professionnelles au même titre que le staff de jour".

Ainsi il peut être dit que la manière d'organiser ou de réorganiser le travail se fait, aux dires des infirmières, de haut en bas, c'est-à-dire, en absence de consultation véritable. Cette façon de faire leur semble contraire à l'image qu'elles ont d'un fonctionnement démocratique et génère le sentiment désagréable d'avoir juste à exécuter des décisions prises en amont, ce qui induit un sentiment de manque de reconnaissance et de manque de pouvoir, voire même d'impuissance.

Les infirmières regrettent également que l'évaluation de la charge de travail prévalant au sein de l'unité soit réalisée par une personne extérieure à l'institution et qu'elles soient si peu associées à cette démarche. Outre la participation insuffisante au processus d'évaluation de la charge de travail, les infirmières considèrent que l'instrument retenu par la hiérarchie - en absence de consultation - pour évaluer la charge de travail, prend insuffisamment en compte la réalité prévalante dans les unités de SLD et les caractéristiques propres à sa clientèle:

"Ils vont, par exemple, considérer que cela prend cinq minutes pour faire un prélèvement sanguin chez un bénéficiaire mais ne tiennent pas compte qu'en soins de longue durée, cela peut nous prendre jusqu'à quinze à vingt minutes de discussion et de négociation avec les patients pour leur faire admettre l'idée de la prise de sang. Tout ce temps devrait être pris en compte!"

Elles ont le sentiment que l'instrument comptabilise presque exclusivement la charge objective, visible et concrète de leur travail, c'est-à-dire, les soins de base et perçoivent douloureusement le fait que le temps et la charge psychique inhérente à la relation d'aide avec les bénéficiaires et les familles ainsi que la rédaction des notes au dossier, l'évaluation

des plans de soins, l'étude des dossiers des patients, ... - dimensions plus spécifiques de leur profession - soient insuffisamment pris en compte par l'instrument. Les infirmières considèrent qu'il y a deux poids et deux mesures dans le discours tenu par la hiérarchie:

"Lorsqu'il est question de nos tâches et responsabilités, on nous dit qu'on doit, outre les soins de base, faire des notes aux dossiers, de la relation d'aide sauf que lorsqu'ils calculent les heures-soins, ils ne comptabilisent pas, à leur juste titre, le temps consacré à celles-ci".

Le manque de consultation est quelquefois, selon les infirmières, le fait des cliniciennes ou des infirmières-chefs. En ce qui concerne les cliniciennes, les infirmières déplorent d'une part, le manque de consultation au stade de questionnement de la pertinence de l'élaboration ou non d'un nouvel instrument et d'autre part, le manque de participation à la conceptualisation de celui-ci. Elles disent se voir consultées lorsque l'outil est élaboré et qu'il convient de le valider:

"Nous ne sommes jamais consultées au stade de questionnement de la pertinence d'élaborer tel ou tel outil. Nous sommes consultées lorsque celui-ci est élaboré"

Elles ont le sentiment que les infirmières cliniciennes ne reconnaissent pas ou ne valorisent pas suffisamment la science pratique qu'elles détiennent par leur expérience:

"La science pratique acquise et développée au fil des jours de travail, qu'en font-elles? On est sur le plancher, on travaille tous les jours auprès des patients mais de là à nous consulter!"

En ce qui concerne les infirmières-chefs, les infirmières déplorent d'une part, leur manque de transparence en regard des visées organisationnelles de la hiérarchie ainsi que l'acceptation au nom de l'unité et en absence de consultation préalable, d'un quelconque projet-pilote. En outre, elles expriment une importante source de frustration, voire de colère, dans le fait de ne pas être conviées à participer aux rencontres avec les médecins et les familles:

"Ce qui me met hors de moi, c'est lorsqu'il y a une rencontre de famille pour tel ou tel bénéficiaire et que je ne suis pas invitée! L'infirmière-chef me répond: "Je le connais moi, le patient", voulant dire par là qu'elle peut très bien me représenter alors que je connais beaucoup mieux le patient qu'elle par le fait même que cela fait des années que je prends soin de lui".

Les infirmières se sentent à la fois "*mises de côté*" par l'attitude de l'infirmière-chef et privées d'une dimension importante de leur pratique. Elles perçoivent ce fait comme un manque de considération tant en regard de la spécificité de leur rôle d'infirmière qu'en regard de l'expertise professionnelle:

"Nous sommes plus proches de certaines familles que le médecin ou l'infirmière-chef et on pourrait faciliter le cheminement de celles-ci par rapport à l'instauration, par exemple, des soins de confort. Très souvent, les familles ont déjà fait, avec nous, un petit bout de chemin par rapport au fait de passer aux soins de confort".
"En étant présentes, nous pourrions également partager le point de vue que le bénéficiaire a quant aux soins de confort et que, parfois, personne ne connaît".

Manque de reconnaissance en regard de leurs conditions de travail et de leurs besoins

Les infirmières réfèrent à un ensemble d'éléments exprimant à leurs yeux un manque de reconnaissance ou de considération de la part de la hiérarchie en regard d'une part, de leurs conditions quotidiennes de travail et d'autre part, des besoins spécifiques qu'elles éprouvent dans le cadre de leur pratique. Ainsi, elles mentionnent:

- 1.- l'absence de "pleine structure", surtout lors des fins de semaine.
- 2.- le fait de connaître, comme c'est le cas pour le quart de soir, un roulement de personnel élevé. Les I et AIC de soir nomment la hiérarchie responsable de venir leur prendre, surtout à l'approche de l'été, leurs PAB réguliers de soir à demi-temps - parfois aussi leurs infirmières - afin de combler des besoins au niveau du personnel de jour. Elles perçoivent ce fait comme un manque de reconnaissance de l'importance des soins et services dispensés de soir. Cela leur donne l'impression que le travail fait de soir est jugé moins important que le travail fait de jour, générant ainsi le sentiment d'être le "*parent pauvre*" de l'institution.
- 3.- la réticence marquée à payer du temps supplémentaire leur donne le sentiment que la réalité de leur charge de travail n'est pas reconnue. Les infirmières considèrent d'une part, que le temps bénévolement offert fait bien l'affaire de l'institution dans le sens où il ne lui en coûte rien financièrement et perçoivent d'autre part, dans l'absence d'interventions visant à remédier au problème, l'existence ou l'expression d'une forme d'exploitation:

"Comme c'est du temps que nous donnons et que nous ne déclarons pas en temps supplémentaire, cela ne dérange, ne questionne ou n'interpelle personne qu'on arrive en avance".
"C'est malhonnête de leur part parce que, dans le fond, ils savent bien qu'on ne quittera pas l'unité sans avoir rédigé nos notes et

qu'on fera tout pour arriver à bout du travail. Ils se disent: "Elles vont s'arranger". Ils savent que nous sommes des infirmières responsables et que nous avons une éthique professionnelle qui nous porte. Ils jouent sur notre code professionnel, sur notre sens des responsabilités et exploitent cela!"

Les infirmières indiquent également qu'en évoquant un problème d'organisation personnelle lorsqu'elles lui font part du fait qu'elles n'arrivent pas à accomplir l'ensemble des tâches dans le temps imparti, la direction se soustrait au fait de questionner ou de (re)considérer l'organisation du travail en vigueur en vue de remédier aux facteurs qui amènent les infirmières à agir de la sorte.

4.- les reproches formulés en regard des erreurs de médicaments alors qu'aucune mesure n'est instaurée pour assurer que la préparation et la distribution de ceux-ci se fassent dans de meilleures conditions. Les infirmières réfèrent au caractère exigü et peu fonctionnel de la pharmacie, au fait qu'elles sont sans cesse interrompues lors de la préparation et de la distribution et qu'elles ne disposent pas d'assez de chariots permettant de placer le plateau des médicaments à côté du dossier regroupant les profils thérapeutiques des patients:

"Ce qui est une vraie souffrance est le fait qu'on nous demande d'être des super professionnelles alors que nous sommes mal équipées et qu'on travaille dans des conditions difficiles".

5.- le manque de considération et de soutien de la part de la direction et de l'infirmière-chef en regard de leur expérience douloureuse des décès des bénéficiaires. Les infirmières trouvent, en effet, qu'à l'approche du décès d'un bénéficiaire, tout le monde s'occupe beaucoup du patient et de sa famille mais peu de ce qu'elles vivent et ressentent:

"Personne ne s'occupe de nous. Qui nous ramasse après? Personne".

"Nous organisons nous-mêmes des réunions lorsque nous avons besoin de ventiler par rapport au décès d'un bénéficiaire. Il me semble que l'infirmière-chef aurait dû se rendre compte que nous vivions semblable douleur et prendre l'initiative d'organiser une rencontre".

"C'est tellement le fun quand on peut s'appuyer sur quelqu'un. Chez nous, cela fait un peu défaut".

"Les familles passent bien avant nous. Ce que nous vivons, passe après. J'ai l'impression que nous passons en dernier. Cela ne semble pas la priorité de l'infirmière-chef".

Les infirmières perçoivent aussi une non-reconnaissance de la charge de travail psychique qu'implique la succession rapprochée des décès et des nouvelles admissions. Elles indiquent

la difficulté de tourner rapidement la page lors du décès d'un bénéficiaire auquel elles étaient attachées et soulignent l'absence de temps pour vivre le deuil:

"A peine le patient décédé qu'ils parlent déjà d'une nouvelle admission. Ils veulent un taux d'occupation maximal. Aussi nous sommes obligées de tourner rapidement la page sur le patient décédé, ce qui n'est pas toujours facile".

"On ne nous donne pas le temps de faire le deuil des patients auxquels nous étions attachées".

L'inexistence, sur une base régulière, d'espaces de parole, illustre aux dires des infirmières, le fait que la hiérarchie ne considère pas suffisamment le besoin qu'elles éprouvent d'échanger entre elles. Si l'inexistence d'espaces de parole est ressentie par les infirmières à divers niveaux de leur pratique, elle l'est, en effet, tout particulièrement en regard de l'accumulation des deuils vécus au long de l'année. Elles perçoivent l'inexistence d'espaces de parole comme la manifestation d'un manque de considération de la part de la hiérarchie, de leurs besoins de ventiler à propos de cette expérience particulièrement éprouvante:

"Ils ne se rendent pas compte du nombre de deuils et de pertes que nous vivons par an".

"On aimerait pouvoir verbaliser un peu par rapport à ceux-ci, ce qu'on n'a presque jamais l'occasion de faire".

Les infirmières ajoutent qu'étant donné l'état de plus en plus hypothéqué dans lequel les nouveaux bénéficiaires sont admis à l'institution depuis l'instauration de la politique du virage ambulatoire, le décès de ceux-ci survient beaucoup plus rapidement qu'autrefois. Ainsi, les infirmières entrevoient qu'elles seront amenées, au cours des mois et années à venir, à vivre une intensification considérable de la fréquence des décès et qu'il faudra composer avec ce fait. Une infirmière mentionne avoir connu au cours d'un seul été, sept décès consécutifs. Cela dit, les infirmières indiquent que dans le cas d'une institutionnalisation plus tardive et d'un décès plus rapide, l'attachement est également moindre et l'expérience de deuil dès lors moins souffrante:

"Comme on les soigne moins longtemps, l'attachement est également moindre et leur décès quelque peu moins difficile pour nous".

"Comme on a moins le temps et moins l'occasion de connaître les nouveaux patients, on est quelque part, émotivement, moins attachées à eux ce qui rend les décès moins souffrants".

"Le contexte fait qu'on vit moins de relations sympathiques".

6.- l'absence d'interventions visant à régler les difficultés créées par des membres de familles violents. Ce fait est perçu comme un manque de considération et de compréhension des situations anxiogènes qu'elles vivent.

7.- le manque de leadership et de soutien de leur infirmière-chef au niveau des changements qu'elles aimeraient apporter ou voir apporter à l'organisation du travail:

"Si nous étions appuyées, nous pourrions changer des choses".

"Cela nous prendrait le soutien de notre infirmière-chef, ce que nous n'avons pas pour l'instant".

Les infirmières dénoncent surtout le manque de leadership de l'infirmière-chef face aux PAB. Elles considèrent que celle-ci ne s'affirme et ne s'impose pas assez auprès de ceux-ci, laissant ainsi libre cours à leurs comportements inopportuns. Lorsqu'elles interpellent leur infirmière-chef afin qu'elle *"remette les préposés à leur place"*, celle-ci répond trop souvent:

"C'est à vous à commencer à les mettre à leur place".

"C'est à vous à avoir du leadership pour maîtriser et encadrer le comportement de vos préposés"!

"Nous considérons que ce n'est pas notre rôle, nous sommes infirmières et non policiers".

"La qualité première d'une gestionnaire est de remarquer qu'un maillon de la chaîne pose problème et d'intervenir".

Les I et AIC de soir souhaiteraient aussi avoir plus de soutien de la part de l'infirmière-chef dans les situations tendues entre le quart de jour et de soir:

"On a souvent l'impression d'être au service du staff de jour et l'attitude de l'infirmière-chef vient renforcer ce sentiment. Elle ne nous soutient pas vis-à-vis du staff de jour".

8.- le manque d'interventions effectives de la part de la hiérarchie (infirmière-chef, cliniciennes, direction infirmière) pour régler les problèmes posés par des collègues infirmières manquant de professionnalisme ou de compétence:

"Elles laissent mijoter les problèmes"!

"Elles ne prennent pas les problèmes à bras le corps".

A l'instar de ce qui a été dit par rapport aux PAB, elles précisent qu'il y a des infirmières-chefs qui leur demandent d'aborder elles-mêmes, lors des réunions d'équipe, la question de manque de compétence de certaines collègues ou à monter un dossier contre celles-ci. Ce genre de réponse donne l'impression aux infirmières que l'infirmière-chef se décharge sur

elles de ses responsabilités. Les infirmières ne comprennent pas l'absence d'intervention de la part de la hiérarchie et perçoivent ce comportement comme un manque de sensibilité en regard de leurs conditions de travail:

"L'infirmière-chef souhaiterait que nous abordions le problème en réunion d'équipe. Je lui ai dit: "Ne t'attends pas à ce que nous amenions cette question en réunion d'équipe. Je pense que ce serait à toi de rencontrer cette infirmière". Ce n'est pas notre job de faire ça"!

"Ce n'est pas mon travail de monter un dossier contre une consoeur. C'est le travail de l'infirmière-chef et des infirmières cliniciennes".

"Il faut que l'administration monte un dossier et prenne les mesures qui s'imposent".

9.- la suggestion de rédiger des "notes tardives". Les infirmières précisent qu'afin d'éviter d'avoir à payer du temps supplémentaire, la hiérarchie leur propose en absence de temps pour rédiger leurs notes, de rédiger celles-ci au cours des jours qui suivent, sous forme de "notes tardives". Elles indiquent qu'en leur suggérant de rédiger des notes tardives, la hiérarchie ne reconnaît pas l'importance que revêt subjectivement pour elles le fait de quitter l'unité en ayant l'assurance et la tranquillité d'esprit d'avoir consigné leurs notes au dossier; cette situation est vécue plus difficilement encore par les infirmières à temps partiel:

"Ils s'en fichent! Le plus important pour eux est qu'ils n'aient pas à nous payer une cent noire de plus! S'il arrive quelque chose dans les 12 heures qui me suivent, c'est moi qui vais passer pour une incompétente".

10.- le manque de considération de la part de l'infirmière chargée de la prévention des infections, de leur besoin profond d'être rassurées face à des risques (ex: risque d'être contaminées par un bénéficiaire infecté) est ressenti comme une forme de mépris à leur égard:

"Cela ne fait rien si une infirmière est contaminée, elle n'est qu'une employée. Moi je vois dans pareille attitude, beaucoup de mépris à notre égard. C'est choquant. Ils se soucient beaucoup des bénéficiaires mais pas de nous".

- Avec les préposés aux bénéficiaires

L'ambiguïté de rôles et le manque de considération en regard de la spécificité de rôle de chaque catégorie de personnel de soins, se répercutent sur les rapports infirmières/PAB.

Ceux-ci constituent une source considérable de souffrance et s'avèrent être, dans l'ensemble, peu heureux et très "énergivores" au point d'excéder la charge psychique inhérente aux relations avec les bénéficiaires:

"La relation avec les préposés est quelque chose qui nous vide beaucoup".

"Le travail auprès des bénéficiaires est parfois moins lourd que les relations avec les préposés".

Les paragraphes ci-après présentent les principales formes d'expressions du manque de considération et de reconnaissance que les infirmières perçoivent et relèvent chez les PAB, pour ensuite préciser la façon dont elles comprennent et expliquent la situation qui prévaut. Aux dires des infirmières, divers PAB ont tendance à jouer au boss, cherchent quelquefois à inverser les rôles entre eux et les infirmières, essayent d'imposer leur point de vue, tentent de "mener la danse" et ont tendance à discuter, questionner, voire même modifier les décisions prises par celles-ci. Cette situation contraint les infirmières à investir beaucoup d'énergie pour s'imposer à eux, leur rappeler que l'organisation du travail leur revient en propre, les mettre et garder à distance de sorte qu'elles puissent prendre leur place ainsi que faire valoir leur point de vue. Elles doivent souvent argumenter et justifier ce point de vue afin de le faire accepter. Les infirmières déplorent que la désinvolture, l'arrogance et l'insolence marquent l'attitude de plusieurs PAB. Elles se disent, par exemple, irritées par les PAB qui comptabilisent trop souvent les gestes posés:

"Ils nous disent: "Moi j'ai levé quatre têtes de lit, à toi de lever les suivants" ou "J'ai fait manger deux bénéficiaires, tu vas en faire manger deux" ".

Tout en précisant que parmi les PAB, il y a "de vrais trésors", les infirmières indiquent que la collaboration et l'entraide ne sont pas monnaie courante et qu'il y a, de leur part, une méconnaissance et une déconsidération en regard des tâches cléricales ou spécifiquement infirmières qu'elles ont à accomplir. Malgré ces rapports trop souvent conflictuels ou tendus, les infirmières se disent cependant bien conscientes du fait que les PAB ne sont pas, en eux mêmes, à l'origine de leurs souffrances. Elles indiquent que la source de leurs souffrances se situe bien plus en amont, notamment au niveau de la direction qui ne remédie pas à l'ambiguïté des rôles et des tâches entre infirmières et PAB:

"Nous savons bien que ce n'est pas la faute des préposés si les tâches de chacun ne sont pas clairement définies et si nous ne sommes pas soutenues dans notre rôle spécifique. Nous savons que les problèmes partent de bien plus haut, que l'origine de nos

*souffrances se situe au niveau de l'administration et de la direction.
Les PAB ne font que récupérer la situation et en tirer profit".*

Il semble que l'absence de définition explicite des rôles et des tâches de chacun au sein du système des soins intégraux n'aide pas ou ne contraint pas les PAB à comprendre et à accepter la spécificité du travail d'infirmières. Rien au niveau de l'organisation formelle du travail n'autorise les infirmières ou ne leur donne véritablement le pouvoir d'interpeller les PAB afin qu'ils répondent aux cloches ou effectuent la tournée de l'après-midi, quitte à se regrouper entre eux. C'est ce qui leur fait dire que l'organisation du travail actuellement en vigueur ne les soutient pas dans leur spécificité de rôle d'infirmière et que la hiérarchie ne fait rien pour régler le problème bien connu de "sous-utilisation" des PAB. Elles expliquent en partie la non-intervention de la direction par le fait que celle-ci appréhende les conflits avec les PAB. Les infirmières se sentent, par conséquent, comme sacrifiées et éprouvent un sentiment intense d'absence de soutien hiérarchique:

"La révision de notre rôle d'infirmière se fait attendre. La direction ne bouge pas".

"C'est tranquille d'acheter la paix même s'il y a une catégorie de professionnels qui est très mal à l'aise là-dedans".

5.1.1.2.2. Dans les rapports horizontaux (jugement de beauté)

Les rapports horizontaux réfèrent aux relations que les infirmières entretiennent d'une part, entre elles et d'autre part, avec les autres professionnels de la santé. L'importante question des collectifs de travail sera traitée au point 5.2.

- Entre infirmières de même quart de travail, entre infirmières détentrices d'un poste et infirmières volantes, entre infirmières de quarts différents

La plupart des infirmières conviennent qu'elles n'expriment pas beaucoup de jugements de beauté sur le travail réalisé par leurs collègues:

"Cela arrive mais de là à dire que les fleurs volent ... Les éloges ne courent pas comme ça".

Certains éléments peuvent, selon elles, expliquer cette situation. Elles évoquent les tensions entre bachelières et cégépiennes générées par l'ambiguïté de rôles:

*"Il y a toujours des infirmières qui parlent contre les bachelières:
"les bachelières c'est ci, les bachelières c'est ça, elles n'ont pas leur*

place ici, elles sont payées bien plus cher pour faire la même job que nous". C'est pénible d'entendre ces propos".

Les infirmières de l'équipe volante réfèrent également au sentiment de moindre confiance de la part des collègues:

"Elles font la police derrière-nous. C'est agressant. C'est moins valorisant d'être infirmière volante qu'infirmière régulière sur une unité".

Il est également fait mention des tensions entre le quart de jour et de soir. Les infirmières de chaque quart blâment ou méconnaissent le travail des infirmières de l'autre quart. Les I et AIC de soir se perçoivent comme les "servantes" du quart de jour:

"Pour les infirmières de jour, on n'a rien à faire de soir".

"Ils ne connaissent pas la réalité de soir".

"Je commence à être tannée d'être la servante ou la bonne du personnel de jour. Tout est décidé par le personnel de jour, tout est organisé en fonction du lui et le personnel de soir hérite de l'ensemble".

Les propos suivants sont éloquents en regard de la méconnaissance qui prévaut entre quarts:

"La perception que j'avais lorsque j'étais de jour était, en effet, qu'elles n'avaient rien à faire de soir. J'avais l'impression que nous faisons tout et que le staff de soir n'avait vraiment plus rien à faire parce que les bénéficiaires étaient couchés de très bonne heure".

"Nous avons tendance à croire que les autres quarts de travail sont plus légers".

"Sur tous les quarts de travail, on travaille fort"!

A cette méconnaissance et déconsidération mutuelles s'ajoutent les problèmes de communication inter-quarts de travail. Cela dit, l'ensemble des infirmières déplore la situation:

"Pourquoi les infirmières d'un quart de travail chialent toujours après celles d'un autre"?

Les I et AIC de soir mentionnent qu'une compréhension, voire même une complicité est possible avec les infirmières de jour qui, autrefois, ont travaillé de soir et connaissent par conséquent leur réalité de travail. Elles observent que les infirmières ayant connu la réalité d'autres quarts de travail sont moins portées à croire que ceux-ci sont plus légers.

- Avec les autres professionnels

En ce qui concerne les rapports avec les médecins, un très grand nombre d'infirmières relèvent diverses sources de souffrance. Ainsi, il y a l'insatisfaction en lien avec ceux qui ne travaillent pas en partenariat avec elles et dont elles interprètent le comportement comme un manque de confiance et de reconnaissance en regard de leur expertise professionnelle.

"On ne nous écoute pas, on ne prend pas nos observations en note".

"Cela nous donne le sentiment de ne pas avoir de la valeur".

"Nous ne sommes pas reconnues, par certains médecins, au niveau de notre observation et perception du patient".

Les infirmières réfèrent également au fait que pour être entendues par les médecins, elles ont à entrer dans leur mode spécifique de penser. On perçoit là, l'expression d'une confrontation entre des approches différentes: l'approche plus largement expérientielle et subjective des infirmières - "intuitive" diront certains - et l'approche plus cérébrale, intellectuelle, rationnelle et objective des médecins:

"Pour être entendue par elle, il faut que j'entre dans son mode de penser, que j'adopte sa façon de voir les choses et que j'arrive par conséquent avec des faits objectifs et des données explicites sans quoi mon avis ne sera pas entendu".

Une autre source de souffrance mentionnée par les infirmières est le fait, qu'en réunion multidisciplinaire, les médecins ont tendance à prêter une oreille plus attentive aux dires des autres professionnels de la santé qu'aux leurs. Il s'ensuit évidemment une blessure narcissique ou professionnelle et un sentiment de dévalorisation:

"Les médecins sont portés à écouter davantage les autres professionnels de la santé que nous".

En ce qui concerne les rapports avec les ergothérapeutes, physiothérapeutes, diététiciennes, etc. les infirmières mentionnent que certains d'entre eux se montrent quelquefois méfiants par rapport aux observations qu'elles leur communiquent comme s'ils doutaient de leur jugement clinique. Cela les frustre, les dévalorise et génère des rapports très conflictuels:

"Il y a toujours un peu de méfiance de la part des autres professionnels à notre égard".

"De prime abord, la physio, l'ergo ou la diéto ne nous croient pas beaucoup, nous les gens du nursing. Quand on les appelle parce qu'on a observé telle ou telle chose et qu'eux ne l'observent pas dans les premières minutes de leur visite, ils ont tendance à ne pas

nous croire et à nous dire: "tu es certaine d'avoir observé cela? On va attendre, on va la surveiller".

Les réunions multidisciplinaires constituent, aux dires des infirmières, le lieu d'expression par excellence du manque de reconnaissance des autres professionnels de la santé en regard de l'expertise infirmière. En effet, les infirmières sont unanimes sur le peu de place qu'elles occupent réellement au sein de l'équipe multidisciplinaire, sur le peu d'attention et d'écoute véritables qu'elles y reçoivent, sur la non-prise en compte de leur point de vue et sur la préséance qu'ont les vues des autres professionnels de la santé sur les leurs. Elles y voient un manque de reconnaissance, de confiance et de respect en regard de leur rôle et de leur expertise:

"Une frustration majeure est le fait que nous n'avons pas, en tant qu'infirmières, une place importante au sein de l'équipe multidisciplinaire".

"Le médecin va parler ainsi que les autres professionnels, tout le monde va les écouter avec intérêt et échanger à partir de ces propos. Lorsque nous intervenons pour dire que tel ou tel objectif de soins n'a pas d'allure et qu'il faut respecter le stade de la maladie atteint par le bénéficiaire, ils ne nous écoutent pas et maintiennent leur objectif irréaliste et insensé. Les objectifs des autres professionnels ont très souvent préséance sur les nôtres qui expriment généralement le souhait du bénéficiaire. C'est là une énorme frustration".

"Tout ce qu'on a à faire, c'est d'exécuter ce que les autres nous disent".

"On aimerait avoir un niveau d'échange où chacun donne son avis pour ensuite en arriver à un compromis entre les divers points de vue".

5.1.1.2.3. Dans les rapports avec les familles

Il ressort assez clairement des propos tenus par les infirmières, qu'en SLD, le travail infirmier auprès des bénéficiaires a pour incontournable corollaire, surtout dans un système de soins intégraux, l'accompagnement des familles tant au niveau des sentiments qu'elles éprouvent en regard de l'institutionnalisation de leur proche, qu'en regard de sa maladie, de son évolution et éventuellement de sa fin de vie. Dans ce contexte, les infirmières de jour et de soir expriment très clairement la frustration qu'elles éprouvent lorsque la surcharge de travail et les contraintes temporelles les empêchent d'offrir à celles-ci l'attention qu'ils requièrent en termes d'information, d'éducation et de relation d'aide. Cet état de fait génère un sentiment profond de manque d'accomplissement professionnel, et par conséquent

d'insatisfaction. Les infirmières ajoutent qu'en absence de temps pour accompagner adéquatement les familles, les rapports avec celles-ci peuvent s'avérer difficiles dans la mesure où, ne comprenant pas toujours l'approche préconisée par les infirmières, elles se montrent quelquefois réticentes à collaborer. Ceci revient à dire que si le temps n'est pas donné aux infirmières pour encadrer les familles dans ce qu'elles vivent et ressentent, ces dernières risquent d'être davantage perçues, par les infirmières, comme une entrave aux soins et un fardeau de tâche que comme une source de plaisir et de satisfaction au travail. Les infirmières interpellent par conséquent la direction infirmière en regard du fait que si elle considère l'accompagnement des familles comme un axe important de leur mandat elle est invitée à réorganiser le travail de sorte qu'elles puissent réellement - et dans des conditions favorables - accomplir le travail professionnel de relation d'aide auprès des familles.

5.1.2. Les sources de souffrance reliées à l'autonomie et au pouvoir

Etant étroitement liés entre eux et découlant tous les deux du manque de reconnaissance - problématique développée dans la section précédente - la présente section traite conjointement des manques d'autonomie et de pouvoir en regard des actes infirmiers. Nous aborderons dans un premier temps la question du manque d'autonomie et de pouvoir sur l'acte ainsi que le sentiment d'abus d'autonomie. Dans un deuxième temps, il sera fait état des importantes responsabilités que les infirmières se voient confier en absence, cependant, de véritable pouvoir.

Comme évoqué ci-avant, les infirmières dénoncent l'absence d'expression de la reconnaissance dans la réalité quotidienne du travail, par l'intermédiaire de l'octroi d'une autonomie et d'un pouvoir dans l'exercice de leur profession. Ceci est vrai tant pour les infirmières de jour que de soir:

"La reconnaissance n'existe pas dans les faits, je parle de nous reconnaître du pouvoir au sein de nos départements".

"Il y a toujours un double discours: d'une part, ils nous expriment que nous sommes utiles et qu'ils ont besoin de nous mais d'autre part, ils ne nous reconnaissent pas de pouvoir".

"Le rôle de l'assistante infirmière-chef n'est pas reconnu à sa juste valeur. L'employeur n'accorde pas d'importance particulière à ce statut: on n'a pas plus de poids parce qu'on est assistante, on n'a pas de pouvoir".

5.1.2.1. Manque ou abus d'autonomie et manque de pouvoir sur l'acte

Les principales attitudes que les infirmières disent déplorer chez certaines infirmières-chefs sont le maternage, le contrôle abusif et l'ingérence qui d'une façon ou d'une autre signent, à leurs yeux, le peu d'autonomie et de pouvoir qu'elles détiennent sur l'acte de nursing. Certains collectifs d'enquête indiquent, en effet, qu'ils ne font rien - surtout pas appeler le médecin - sans avoir préalablement consulté leur infirmière-chef. Les infirmières se disent insatisfaites d'avoir à soumettre leurs actions ou leurs décisions à l'approbation de l'infirmière-chef et trouvent cette façon de faire dévalorisante dans la mesure où elles se sentent dépossédées de l'autonomie à laquelle leur expertise professionnelle leur donne droit. Certaines admettent toutefois s'être accommodées de la situation trouvant confortable d'être épargnées des sentiments d'insécurité pouvant être associés à la prise de décisions:

"Quelque part, il faut croire que son attitude fait notre affaire et qu'on s'en accommode très bien".

On perçoit l'ambivalence des infirmières entre le désir d'autonomie et son prix à payer en termes d'insécurité ou la sécurité que procure l'absence de prises de décisions. Cette dernière présente néanmoins un coût en termes de perte d'autonomie. On observe au travers de cette ambivalence toute la question d'autonomie ou de responsabilisation sans pouvoir réel. Semblable situation ne peut que générer de l'anxiété de sorte que certaines infirmières préfèrent s'abstenir de toute prise de décisions. Les I et AIC de soir décrivent une situation similaire à laquelle vient cependant s'ajouter le sentiment de n'avoir, contrairement aux infirmières de jour, aucun pouvoir sur l'organisation du travail en général. Elles cherchent d'ailleurs à établir des alliances entre I et AIC de soir d'unités différentes et avec les infirmières de nuit, afin d'essayer de faire contrepoids au pouvoir du personnel de jour:

"Si nous voulons avoir un poids face au staff de jour, nous devons nous unir avec le staff de nuit. Même à ça, on n'est pas certain d'être écouté".

Si le manque d'autonomie pose problème dans la plupart des unités, une unité dit vivre un abus d'autonomie dans la mesure où celle-ci est dépourvue de tout soutien. En effet, une vaste autonomie sans soutien et sans reconnaissance perd son caractère agréable au point d'être associée à une impression de lourdeur et d'être perçue comme un abandon ou un abus:

*"Chez nous, il y a de l'abus en termes d'autonomie".
"On est capable de fonctionner sans notre infirmière-chef. Nous sommes autonomes mais on a la langue à terre".*

"Je trouve que nous sommes beaucoup laissées à nous-mêmes. Nous avons à régler toutes nos affaires par nous-mêmes".
"Comme elle n'est pas là pour nous soutenir, la situation en arrive à devenir pesante".

5.1.2.2. Importantes responsabilités en absence de véritable pouvoir

- Dans les relations avec les PAB

Certaines infirmières disent percevoir l'existence d'un piège déguisé sous l'appellation de "*chef d'équipe*" dans la mesure où elles considèrent assumer toutes les responsabilités et contraintes inhérentes au titre sans pour autant se voir offrir les moyens concrets de l'exercer véritablement vis-à-vis des personnels de soins dont le contrôle leur incombe. Cette situation a pour effet que les dites responsabilités sont ressenties comme un fardeau et une source de souffrance:

"Te sens-tu chef de ton préposé? Il se fout de nous comme de l'an 40. Il n'y a personne qui dit aux PAB: "Ecoutez votre infirmière, c'est la chef d'équipe" ".
"Nous ne sommes pas "chef d'équipe", nous en sommes seulement responsables".

Elles indiquent, en effet, que l'organisation du travail telle qu'établie présentement, ne leur confère pas de véritable pouvoir permettant d'interpeller les PAB. Dans semblable situation, les responsabilités qui leur sont confiées perdent tout potentiel valorisant pour ne conserver que leur côté anxiogène. Autrement dit, comme la dimension valorisante des responsabilités, c'est-à-dire, le pouvoir réel, le pouvoir décisionnel, n'est pas offert aux infirmières, elles n'expérimentent que la dimension anxiogène des responsabilités - c'est-à-dire: l'imputabilité - de sorte qu'elles perçoivent ces dernières comme étant piégées:

"Ils nous ont donné toute la job mais pas le pouvoir que celle-ci implique ou requiert".
"On n'a aucun pouvoir à l'égard des préposés pour leur demander en après-midi, de faire les installations ou de répondre aux cloches qui sonnent".

Il importe de comprendre que ce qui vient moduler la perception de la charge psychique associée aux responsabilités - et par conséquent de la souffrance - est la reconnaissance ou non de la hiérarchie. Ainsi, le fait de se voir confier d'importantes responsabilités dans un contexte de reconnaissance hiérarchique - reconnaissance s'exprimant par l'octroi du pouvoir normalement assorti aux responsabilités confiées - générerait très vraisemblablement, chez les infirmières, un sentiment de valorisation et constituerait une

source de satisfaction. Par contre, d'importantes responsabilités en absence de pouvoir induisent un sentiment de piège et l'impression de pesanteur susceptible d'évoluer en souffrance. L'imputabilité entière qui est faite aux infirmières contraint celles-ci à "faire la police" auprès des PAB afin de s'assurer qu'ils ont fait le travail qu'ils sont sensés faire et de la manière qu'ils sont supposés le faire. Cette responsabilité contrarie considérablement les infirmières qui perçoivent cette tâche d'une part, comme une surcharge et d'autre part, comme une responsabilité bien peu valorisante car ne s'accompagnant pas d'un véritable pouvoir vis-à-vis des PAB:

"Ils nous attribuent la tâche de superviser le travail des préposés, comme si on travaillait avec des enfants dans une garderie. Voilà le genre de responsabilités et de fardeau de tâche qu'on gobe".

Le manque de soutien de la part de la hiérarchie vis-à-vis des PAB, renforce chez les infirmières, l'absence de pouvoir:

"J'aurais un sentiment de pouvoir accru par rapport aux préposés, si je savais que mon infirmière-chef m'appuyait. Le fait qu'elle ne nous appuie ou ne nous soutient pas réduit notre pouvoir".

L'imputabilité globale attribuée aux infirmières dans le cadre du système des soins intégraux, déresponsabilise, selon elles, les PAB et génère un laisser-aller au niveau de leur travail. Cette situation induit chez elles un sentiment de méfiance quant à la qualité du travail accompli par ceux-ci:

"L'institution déresponsabilise totalement les PAB. Ceux-ci se disent à quoi bon se fatiguer puisque c'est l'infirmière qui portera la responsabilité de ce qui aura été fait ou pas fait".

Aussi, en absence de pouvoir leur permettant d'interpeller les PAB, les infirmières développent des stratagèmes qui contraignent ceux-ci à bien faire leur travail. Certaines changent, par exemple, chaque jour de bénéficiaire tandis que d'autres vont en après-midi, assister au lever et changement de culotte d'incontinence des patients dont le PAB s'est occupé le matin:

"Les préposés font plus attention lorsqu'ils savent que le lendemain c'est peut-être moi qui vais faire les soins d'hygiène au bénéficiaire dont ils s'occupent aujourd'hui".

L'absence de formation spécifique, substantielle et rigoureuse des PAB est questionnée par les infirmières qui attribuent à cet état de faits l'impossibilité de leur assigner des responsabilités. Cette situation implique par conséquent, une supervision et un encadrement

étroits de leurs faits et gestes. Aussi, une clarification des responsabilités des PAB s'impose, d'après les infirmières, si l'institution est soucieuse de garantir une qualité de soins et d'assurer de meilleurs rapports entre infirmières et PAB.

- Dans les relations avec les familles

Les infirmières se sentent responsabilisées par la hiérarchie, en regard de la relation d'aide et d'accompagnement des familles mais se voient retirer des moyens précieux pour accomplir cette mission. En effet, d'une part l'infirmière-chef leur soustrait la gestion des problèmes rencontrés avec celles-ci aussitôt qu'elles en révèlent l'existence et d'autre part, elles ne sont pas conviées à participer aux rencontres réunissant les familles, le médecin et l'infirmière-chef, se voyant par conséquent privées d'informations qui leur seraient utiles dans le cadre de la relation d'aide avec celles-ci. Les infirmières considèrent que l'infirmière-chef se réserve les aspects les plus gratifiants et les plus valorisants de la relation avec les familles, venant par le fait même gruger leur rôle et leur pouvoir auprès de ces dernières et par conséquent, leur plaisir.

Les infirmières de certaines unités disent également déplorer que l'infirmière-chef présente une forte tendance à donner préséance aux demandes des familles - demandes parfois non-fondées - et ce au détriment de leur jugement professionnel. Semblable attitude vient réduire, selon elles, le pouvoir qu'elles ont vis-à-vis des familles et d'autre part, court-circuiter quelquefois le processus de relation d'aide entrepris avec celles-ci. A propos du pouvoir des familles, les infirmières estiment d'ailleurs que l'implantation récente, par la hiérarchie, du concept de "milieu de vie" a ouvert tellement grand la porte aux familles que celles-ci se perçoivent en droit de leur donner des directives, de s'ingérer dans le processus des soins et d'avoir d'importantes exigences. Les infirmières précisent que si les familles en arrivent à réglementer leur travail, elles ne se situent plus dans une relation de collaboration avec celles-ci mais dans une relation de subordination laquelle est peu propice à la relation d'aide et d'accompagnement souhaitée par l'institution:

"C'est comme si on avait, en quelque sorte, les familles pour boss. J'ai l'impression de devoir faire ce que les familles veulent, comme elles le veulent et quand elles le veulent. Ce que moi je considère comme infirmière ou les contraintes que moi j'ai en termes d'organisation, n'ont aucune importance".

"Le concept de milieu de vie a ouvert trop grande la porte aux familles".

Ainsi, il apparaît au travers des dires des infirmières, que le concept de "milieu de vie" vient gruger encore davantage, le peu de pouvoir qu'elles détiennent sur leur pratique et contribue ainsi à renforcer leurs frustrations, insatisfactions et donc leur souffrance:

"On n'a aucun pouvoir, ce sont les familles qui ont le pouvoir. C'est frustrant".

Aussi certaines infirmières préfèrent que l'unité continue d'être présentée aux familles comme un milieu de soins et non de vie:

"Ils ont beau vouloir dire que c'est un milieu de vie, ce n'en est pas un, les patients ne sont pas à la maison, ils sont dans une institution et il y a des règles à suivre".

- Dans les traitements (traitement anti-douleur)

La manière dont la majeure¹⁹ partie des prescriptions est rédigée par les médecins, n'offre aux infirmières aucune autonomie, aucune marge de manoeuvre et aucun pouvoir en cas de non-soulagement du bénéficiaire par le traitement prescrit. Cette situation les contraint à appeler le médecin pour lui signaler que le patient n'est pas soulagé et à attendre l'autorisation formelle pour augmenter la dose d'anti-douleur. Il importe de comprendre que cette situation empêche les infirmières de réaliser, de manière autonome, le principal objectif de soins qu'elles poursuivent en SLD, à savoir: assurer le confort et le bien-être:

"Notre rôle prioritaire est d'assurer le plus grand confort et bien-être possible aux bénéficiaires arrivés en fin de vie. On ne peut leur assurer autre chose".

Les sentiments de manque de reconnaissance, de pouvoir et d'autonomie dans le travail ne créent pas un sentiment d'appartenance très fort en regard de l'institution. La grande majorité se sentent essentiellement "appartenir" à l'unité et aux bénéficiaires:

"Je me sens davantage appartenir à mon unité et à mes patients qu'à l'institution".

"Le sentiment d'appartenance à l'institution est très relatif".

Elles expriment que si elles jouissaient d'une réelle reconnaissance de la part de la hiérarchie s'exprimant dans les faits, par la création de meilleures conditions de travail et de l'octroi d'une réelle autonomie et d'un véritable pouvoir, leur expérience de travail serait bien

¹⁹ Nous verrons dans les sources de plaisir que certains médecins rédigent leurs prescriptions de manière à laisser aux infirmières une certaine latitude en regard du soulagement de la douleur.

différente: d'une part, elles n'auraient pas "*la langue à terre*" et d'autre part, la charge de travail serait portée par les ailes de la reconnaissance.

5.1.3. Autres sources de souffrance ou d'anxiété

Nous avons vu ci-avant les sources de souffrance reliées au contenu significatif du travail (reconnaissance, autonomie et pouvoir). Outre ces sources de souffrance, il y a également des sources importantes d'anxiété ou d'inconfort reliées aux risques d'ordre physique, organisationnel et psychologique.

5.1.3.1. Les sources d'anxiété reliées aux risques d'ordre physique

Malgré le fait que les infirmières disent comprendre que les bénéficiaires, dans leur maladie, ressentent certains soins comme une agression et réagissent par conséquent vivement à ceux-ci, elles indiquent néanmoins d'une part, vivre difficilement les épisodes réguliers de violence physique effective (coups de poings et de genoux, se faire mordre, cracher dessus, griffer, prendre par les cheveux, ...) auxquelles elles sont confrontées et d'autre part, trouver psychiquement éprouvant d'avoir à être continuellement vigilantes en regard des risques potentiels et imprévisibles de violence. Ces risques sont majorés pour le personnel occasionnel ayant une connaissance restreinte des bénéficiaires:

"Le risque de violence plane toujours. Nous devons sans cesse être sur nos gardes et composer avec cette réalité".

"Les patients agressifs nous prennent 50% de nos énergies de la journée".

Les infirmières expriment également l'important désagrément d'être régulièrement confrontées à la violence verbale de certains bénéficiaires ainsi qu'à la charge psychique associée aux cris et aux lamentations répétitives. Cette charge peut, selon le degré de fatigue et l'état psychique, être perçue comme excédant la charge physique du travail:

"Selon les jours, c'est la charge psychologique qui est la plus lourde, celle en lien avec les cris".

Les infirmières mentionnent en outre, avoir à composer occasionnellement avec des accès d'agressivité ou de violence émanant de membres de familles:

"Une infirmière a reçu un coup de poing d'un parent. Elle a été absente pendant un certain temps".

En dehors de tout contexte de violence, elles craignent de se blesser - principalement au dos - lors de la dispensation de soins aux patients de corpulence forte ou présentant d'intenses

contractures les amenant à devoir "*forcer*". Finalement, il y a la peur, exprimée par un très grand nombre d'infirmières, de contracter le SARM²⁰ en étant exposées à des bénéficiaires infectés ou colonisés, et de contaminer par conséquent leur famille.

5.1.3.2. Les sources d'inconfort reliées aux contraintes environnementales

Les infirmières évoquent les contraintes suivantes: 1.- la chaleur tant en été qu'en hiver, sur les unités, qui rend le travail plus difficile; 2.- la manipulation des lits mécaniques; 3.- le caractère exigü de la pharmacie, son manque d'organisation structurelle et fonctionnelle ainsi que la chaleur qu'il y fait; 4.- le système d'interphone qui ne fonctionne pas dans les anciens départements et exige des infirmières qu'elles courent dans l'unité pour trouver la personne demandée; 5.- le fait de ne pas disposer d'un local à part permettant d'y installer temporairement la dépouille du défunt le temps que le médecin vienne constater le décès; 6.- le fait de travailler une fin de semaine sur deux (contrainte davantage exprimée par les infirmières travaillant à temps partiel ou ayant une jeune famille); 7.- la forme en "L" de certaines unités empêchant le contact visuel entre infirmières (contrainte relevée par les infirmières de soir ayant plus souvent besoin d'interagir entre elles).

5.1.3.3. Les sources d'anxiété reliées aux risques d'ordre psychologique

- Les risques d'ordre psychologique en lien avec le contexte et la clientèle en SLD

La première source d'inconfort mise en lumière par les infirmières est la confrontation continuelle à la maladie, la souffrance et la mort. Celles-ci soulignent que la mort est l'unique issue possible de l'évolution des bénéficiaires et ce, quelle que soit la qualité des soins et des services qu'elles leur dispensent:

"Les soins qu'on donne aux bénéficiaires ne leur permettent pas d'aller mieux. Cela est difficile à accepter".

"Tu arrives à te demander ce que tu fais-là si ce que tu fais n'a aucun résultat en termes d'évolution positive ou de guérison. Tu soignes pour mourir. Cela est dur à prendre".

"Je dispense des soins, applique des traitements ... pour quel résultat? Le patient décédera quand même".

Ce fait est associé à une réelle charge ou une "*pression*" psychique:

"Dans notre travail, il y a toujours la pression plus ou moins forte de la maladie et de la mort. On ressent cette pression".

²⁰ SARM: staphylocoque doré résistant à la méthicilline

*"Les personnes qui arrivent chez nous, on ne parviendra jamais à les remettre sur pied!"
 "On ne dispose d'aucune marge d'espoir en termes de guérison et d'un éventuel retour à domicile".*

Une dimension apparaissant déterminante dans l'expérience subjective de leur travail est le fait de travailler par choix en SLD:

"C'est un fait qu'on a choisi de travailler dans un milieu de soins où en termes d'évolution, il y en a juste une: la mort".

Le contexte particulier des SLD contraint les infirmières à une recherche de sens très spécifique, démarche qu'illustrent les propos ci-après:

*"Nous soignons pour mourir; cela m'amène à me questionner sur le sens de mon travail"?!
 "Il nous faut trouver le sens de notre travail dans ce contexte particulier". "Je m'interroge sur le sens de tout ce qu'on fait pour les personnes âgées".
 "Il faut que je trouve un sens à ce que je fais dans le cadre de mon travail".*

Si certaines infirmières réfèrent à un processus d'appropriation qui s'opère au fil du temps en regard de l'exposition régulière à la mort des bénéficiaires, d'autres disent ne jamais s'y habituer:

*"Cela fait 27 ans que je travaille ici et je ne me suis jamais habituée".
 "Moi je ne m'habitue pas. La mort me fait peur".
 "Ce n'est pas facile de voir des patients qui vont mourir".*

Elles indiquent toutes que la maladie, la souffrance et la mort des bénéficiaires les interpellent en regard de leur propre vulnérabilité et mortalité ainsi que de celles de leurs proches. Ces propos mettent en évidence que la situation vécue par les patients rebondit inéluctablement sur les infirmières et fait profondément écho en elles:

*"Etre confrontées à la mort des patients nous rappelle que nous ne sommes pas immortelles".
 "Je ne veux pas vivre malade. Je ne veux pas perdre la tête".
 "La personne âgée me ramène à mes parents".*

Il ressort clairement des dires des infirmières, que la maladie et la mort de bénéficiaires plus jeunes - c'est-à-dire plus proches de leur propre âge - sont particulièrement inconfortables à

vivre pour les infirmières par le fait même que la possibilité d'identification est plus grande et que l'effet de miroir est plus intense:

"Ce qui est difficile ou souffrant à vivre, est d'être confrontée à la mort d'une patiente qui a notre âge et d'imaginer que nous pourrions être à la place de celle-ci. C'est notre propre mortalité qui nous frappe en pleine face".

"En présence d'une personne jeune, le miroir est plus près de nous et on éprouve plus de difficultés à distinguer ce qui est moi et ce qui est l'autre".

Deux autres facteurs modulent la perception qu'elles ont des situations de fin de vie: premièrement, le degré de conscience des bénéficiaires en regard de leur cheminement vers la mort - l'anxiété des patients lucides venant potentialiser la leur - et deuxièmement, le degré de fatigue et l'état psychique dans lequel elles se trouvent au moment de ces expériences et qui influenceront le fait de demeurer dans l'empathie ou le glissement vers la sympathie.

Le caractère rapproché des décès ressort également comme étant particulièrement difficile à vivre surtout en l'absence d'espaces de paroles, de soutien et d'encadrement organisés par l'institution sur une base régulière et systématique:

"Lorsque les décès ont lieu coup sur coup, c'est affectant".

"Il n'y a rien de prévu dans l'organisation du travail pour qu'on puisse ensemble ventiler nos émotions lors des décès".

Outre le décès en soi, les infirmières expriment l'anxiété en lien avec les soins mortuaires et la descente de la dépouille à la morgue. Ces soins sont perçus par la grande majorité des infirmières comme étant difficiles et associés à un réel inconfort. Il apparaît que les infirmières mobilisent leurs énergies pour surmonter l'appréhension et les divers sentiments qu'elles éprouvent de sorte d'être en mesure d'accomplir le travail qui leur incombe. Cet effort n'est pas sans effet en termes psychiques:

"Les soins mortuaires sont un aspect difficile de notre travail".

"Je n'ai jamais été capable de descendre un patient à la morgue. Le rentrer dans un réfrigérateur m'est impossible".

"Je ne suis pas capable de mettre la personne dans le linceul et de lui attacher les mains ainsi que les pieds. On me dit de ne pas avoir peur et de serrer fort! Cela me brasse tellement intérieurement. Je me dis que c'est ce qui nous attend tous".

Outre l'anxiété ou l'inconfort associé à la mort et aux divers soins à prodiguer à la dépouille, les infirmières soulignent la souffrance associée au sentiment de perte inhérent au décès des

bénéficiaires. L'intensité de cette expérience varie en fonction de l'attachement et du rapport de proximité entretenu avec ceux-ci:

"Il y a des décès et des deuils plus difficiles à prendre que d'autres. C'est le cas lorsqu'il s'agit de patients auxquels on était attaché et avec lesquels on entretenait un lien affectif étroit. Dans ce cas, on vit le décès et le deuil, comme s'il s'agissait presque d'un membre de notre famille. La souffrance est grande".

"Tout dépend de la façon dont on s'investit et on s'attache".

Dans un tout autre ordre de pensée, les infirmières laissent entrevoir diverses autres sources d'inconfort en lien avec des risques d'ordre psychologique. Elles réfèrent premièrement à l'appréhension d'en arriver un jour malencontreusement et non-délibérément, à réagir à la violence subie par la violence rendue. Si elles mentionnent n'avoir jamais franchi ce pas, on perçoit que la peur d'un éventuel passage à l'acte habite les esprits:

"Je me souviens d'un préposé très doux, entre-temps devenu infirmier, qui, les larmes aux yeux me confie: "Elle m'a frappé dans les parties génitales. J'ai passé tellement proche de la frapper, je voulais l'étrangler, la frapper mais je suis parvenu à me retenir". C'est la peur de ce qu'il aurait pu faire à la patiente qui le mettait dans tous ses états. Il en tremblait".

Deuxièmement, le fait d'être sans relâche confrontées à des personnes psychiquement très hypothéquées et à l'apparence physique souvent peu engageante apparaît aussi une source d'inconfort:

"Nous sommes confrontées quotidiennement à une déchéance humaine".

Troisièmement, plusieurs infirmières soulignent le désagrément associé à l'attitude méprisante ou méfiante de certains bénéficiaires ou membres de familles. Cette expérience est davantage vécue par les infirmières d'origine ethnique autre que québécoise:

"Quand ce patient me parle, c'est comme s'il parlait à sa servante: premièrement parce que je suis femme et deuxièmement parce que je suis noire".

"Ma couleur joue dans l'établissement de la relation de confiance avec la famille. Celle-ci fait plus rapidement confiance à une infirmière de race blanche qu'à une infirmière de race noire. Je le vis et le sens. Cela me demande un peu plus d'énergie et un peu plus de mécanismes de défense".

- Les risques d'ordre psychologique en lien avec l'organisation du travail

Les infirmières mentionnent l'inconfort en lien avec le caractère routinier et monotone que revêt leur travail, même si tout ce qui a trait aux bénéficiaires ne l'est jamais:

"Le travail est généralement routinier et monotone".

"On fait toujours les mêmes affaires: préparer les pilules, installer sur la toilette, installer pour le petit déjeuner, laver, lever, C'est monotone".

Il y a aussi l'anxiété en lien avec une réorganisation du travail qui s'accompagnerait d'une suppression de postes d'infirmières. La réorganisation du travail en vue inquiète tant les infirmières bachelières que les infirmières cégepiennes. Elles appréhendent toutes les conditions de travail qui seraient les leurs:

"Mon inquiétude, en tant que bachelière, est de me retrouver avec un paquet de préposés qui vont donner les bains, faire toutes les observations et vis-à-vis desquels nous devons faire la police".

"Tout cela me crée des peurs dans le sens où je me demande ce qu'ils vont faire de moi qui n'ai pas de bacc? Je ne veux pas devenir un préposé de luxe"!

Cette anxiété génère, chez certaines infirmières, une ambivalence par rapport à la situation qu'elles vivent présentement et des changements qu'elles désirent: d'une part, elles souhaitent une réorganisation du travail respectant davantage leur spécificité professionnelle mais d'autre part, elles appréhendent que cette réorganisation n'ait pour corollaire la suppression de divers postes d'infirmières:

"J'aimerais voir changer l'organisation du travail: les levers, couchers, changements de culottes, ... pourraient être effectués par d'autres intervenants sauf que je suis consciente que cela pourrait avoir pour effet de couper des postes d'infirmières et de créer plus de postes de préposés. Je me dis qu'on se tire finalement dans le pied".

Cette appréhension amène certaines infirmières à faire le choix de supporter l'actuelle situation pourtant perçue difficile mais leur semblant moins menaçante que la perspective de coupures de postes infirmiers. Elles craignent également qu'une réorganisation du travail associée à une augmentation du nombre de PAB, n'affecte la qualité et la sécurité des soins.

Il y a, en outre, l'inconfort et l'anxiété vécus par les infirmières qui connaissent des conditions précaires d'emploi, ex.: infirmières sur appel, travaillant sur l'équipe volante ou ayant un poste à 2 jours/semaine. Ces conditions de travail n'offrent pas de véritable qualité

de vie et génèrent une part considérable de stress due au fait que l'organisation du travail est rendue plus difficile par le fait qu'elles ne connaissent pas bien ni les patients, ni les infirmières, ni les PAB. Elles disent arriver en avance sur l'unité afin de vérifier les karex et de préparer les médicaments de sorte d'avoir plus de temps pour gérer le travail de la matinée.

De plus, il y a l'appréhension en regard du fait de perdre le "feu sacré" ou de connaître, un jour, l'épuisement professionnel. L'amertume et la désillusion renvoyées par certaines collègues détenant une longue ancienneté interpelle les infirmières par rapport à leur propre avenir. Une jeune infirmière, travaillant à temps plein exprime son anxiété:

"Elle, ça fait 23 ans qu'elle travaille, qu'elle s'investit. Je la sens tellement frustrée. Je me dis: Mon Dieu, est-ce vers ça que je m'en vais? Vais-je, moi aussi, avoir un jour une écoeurite aiguë?"

Parmi les autres sources d'anxiété ou d'inconfort en lien avec l'organisation du travail, les infirmières réfèrent à la peur de voir surgir des imprévus dans le travail les empêchant de terminer l'ensemble des tâches en temps voulu. Elles disent également vivre avec la crainte de faire des erreurs ou de commettre des oublis graves qui généreraient des poursuites de la part de familles, de blâmes de la part de l'institution et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Certaines se disent très inconfortables de recourir à la proposition de la direction de rédiger des "notes tardives" craignant qu'il arrive quelque chose en leur absence et en absence de notes aux dossiers. Les I et AIC de soir expriment l'angoisse que le personnel non-régulier fasse des erreurs de médicaments ou commette des oublis significatifs.

- Les sources de souffrance d'ordre éthique (conflits éthiques)

Dans les relations avec les autres professionnels de la santé

Une dimension modulant intensément la relation infirmière-médecin est l'attitude de ce dernier par rapport au soulagement de la douleur. En effet, étant donné le caractère central que revêtent, aux yeux des infirmières, le confort et le soulagement effectif de la douleur des bénéficiaires, celles-ci vivent très difficilement le fait d'avoir à se battre avec les médecins pour obtenir une révision à la hausse d'un traitement anti-douleur qui ne soulage pas le bénéficiaire:

"Le plus important pour nous, c'est le confort et la non-souffrance du bénéficiaire. Or, il faut parfois se battre avec le médecin pour qu'il augmente les doses des anti-douleurs".

Les infirmières se disent aussi irritées par le fait que certains médecins ont peu d'égards pour l'agonie des bénéficiaires, s'intéressent peu à cette étape et ne s'investissent pas beaucoup pour rendre celle-ci la plus confortable possible:

"On dirait que la souffrance de celui qui trépassé est facilement acceptée. C'est comme si, pour le corps médical, la période avant le décès était plus intéressante que la période d'agonie et le moment du décès. Avant le décès, il y a en effet, les recherches et le côté scientifique. Ils mettent beaucoup d'énergie sur la vie mais pas beaucoup sur la mort. L'humain, n'a pas l'air très important, intéressant pour eux".

Elles expriment également l'inconfort qu'elles éprouvent lorsque le niveau d'intervention déployé par les médecins leur semble incohérent avec le stade de la maladie atteint par les bénéficiaires et avec la philosophie inhérente aux SLD. Cette situation est dès lors perçue par elles comme relevant de l'acharnement thérapeutique:

"On fait comme si on était aux soins intensifs alors qu'on est en soins de longue durée".

"Une patiente est en fin de vie et on nous demande de placer une perfusion intraveineuse, de faire des hémocultures, C'est une véritable torture pour nous".

Si elles reconnaissent que le niveau déraisonnable d'intervention est parfois le fait de la famille, les infirmières déplorent que les médecins accèdent aux demandes de celles-ci:

"Il m'arrive d'interpeller le médecin pour savoir s'il cherche à soulager la famille ou le patient"?

Elles réfèrent, en outre, à la diététiste qui insiste outrageusement pour que les bénéficiaires absorbent l'ensemble de leur ration alimentaire afin qu'ils maintiennent ou regagnent leur poids-santé ("*A force de contraindre certains bénéficiaires à manger, on a l'impression de les gaver*") ou aux physiothérapeutes qui veulent à tous prix faire marcher les patients - au point quelquefois de les porter plus que de les faire marcher - de sorte que ceux-ci ne fassent pas de fonte musculaire et maintiennent leur capacité fonctionnelle. Il s'agit là d'autant d'attitudes professionnelles dépourvues de sens aux yeux des infirmières et par conséquent génératrices d'inconfort et de souffrance. Il apparaît au travers des dires des infirmières, que celles-ci ressentent que médecins et autres professionnels de la santé s'inspirent, pour la plupart, du modèle biomédical et travaillent, par conséquent, davantage

selon une logique instrumentale alors que la relation quotidienne avec les bénéficiaires âgés induit un rapport infirmière/bénéficiaire très particulier reposant davantage sur une logique sociale et subjective (soins de confort, relation d'aide, accompagnement). Ainsi, il y a souffrance pour les infirmières, lorsque leur logique sociale et subjective et leur approche humaniste des soins entrent en confrontation avec la logique instrumentale ou l'approche biomédicale et curative sous-jacente à l'approche des autres professionnels de la santé. Les infirmières expriment le désir que l'être humain, dans sa globalité, devienne ou redevienne la dimension la plus importante des soins: *"Il ne s'agit pas juste de traiter le corps"*.

Dans les relations avec les préposés aux bénéficiaires

Les infirmières se disent irritées par le fait que certains PAB ont tendance à organiser le travail plutôt selon leur propre commodité que sur base du bien-être et des souhaits des bénéficiaires:

"Ce qui est dérangeant, est le fait que leurs décisions sont toujours motivées par ce qui est plus commode et plus facile pour eux et non ce qui est mieux pour le bénéficiaire. Nous, on partira de ce qui est mieux pour celui-ci. Les approches et les attitudes sont vraiment différentes".

Dans les relations avec les collègues infirmières

Les infirmières réfèrent à des collègues qui présentent des comportements dépourvus à leurs yeux d'éthique ou de conscience professionnelle, certaines parleront même d'incompétence. Les infirmières déplorent surtout le fait que les bénéficiaires font les frais de la situation parce qu'ils ressentent la nervosité ou la mauvaise humeur dégagée par ces collègues, deviennent par conséquent plus agités et auront tendance à crier pendant le restant de la matinée. Ce qui est perçu par les infirmières comme des manques d'éthique et de conscience professionnelle de la part de leurs collègues est source de souffrance dans la mesure où ceux-ci ternissent l'image de la profession, font redouter le pire pour la sécurité des patients et constituent un risque pour les jeunes infirmières ou le personnel occasionnel qui réfèrent à elles.

Dans les relations avec les familles

Comme déjà évoqué, les attitudes, désirs ou demandes de certaines familles peuvent d'une part, entrer en conflit avec l'éthique professionnelle des infirmières ou la philosophie prévalante en SLD car allant à l'encontre de la vision qu'elles ont de leur rôle auprès des

bénéficiaires et d'autre part, heurter leur convictions profondes. Ainsi, elles réfèrent premièrement, à la non-collaboration de certaines familles aux approches de soins préconisées laquelle peut aller à l'encontre du bien-être de leur proche. Deuxièmement, elles mentionnent l'inconfort qu'elles éprouvent en regard des familles qui, pour des raisons religieuses ou culturelles, ne sont pas en faveur du soulagement de la douleur en fin de vie de leur proche. Troisièmement, elles font allusion aux demandes d'interventions jugées excessives et peu cohérentes avec la philosophie propre aux SLD ainsi que bien souvent génératrices d'inconfort chez les bénéficiaires. Finalement, elles réfèrent aux familles qui, par leur attitude n'aident pas leur proche à apprivoiser la mort qui est là, incontournable. Aux yeux des infirmières, ces familles ne jouent pas le rôle qu'elles devraient jouer par rapport à leur parent. Ces diverses situations éveillent chez les infirmières un sentiment d'acharnement, de manque de sens et donc de souffrance. Elles considèrent que leur rôle d'infirmière en SLD est de prendre soin du patient, de lui assurer tous les soins de confort possible et non de s'acharner pour qu'il vive, coûte que coûte, quelques jours de plus. Ce contexte de conflit d'éthique suscite chez les infirmières le rôle d'avocate des droits et libertés des bénéficiaires.

- La souffrance et l'appréhension en regard de l'avenir de la profession

L'ensemble des infirmières exprime appréhension, inquiétude et tristesse en regard de l'avenir de la profession d'infirmière: *"D'après moi, la profession d'infirmière est finie"*. Celui-ci leur semble empreint de conditions d'emplois précaires; de perte de qualité au niveau des soins et des services dispensés (dont les patients feront malheureusement les frais); de moindres formation, qualification ou motivation des infirmières, en lien avec des exigences d'admission diminuées cherchant à attirer les candidates et finalement de perte de valeurs autrefois inhérentes à la profession telle que la compassion. Cette perte de valeurs est en lien, d'après les infirmières, avec le manque de reconnaissance témoigné en regard de la profession.

5.1.4. Synthèse des principales sources de souffrance

L'analyse compréhensive de la parole collective des infirmières révèle que les infirmières perçoivent, de la part de la hiérarchie, un manque de reconnaissance (jugement d'utilité) tant en regard de leur contribution significative à la réputation de l'institution, qu'en regard de leurs expertise et spécificité professionnelles propres. Elles déplorent aussi

le peu de soutien de la hiérarchie dans leur quête identitaire, le manque de considération en regard de leurs besoins et désirs propres, l'absence de démarches effectives pour créer des conditions de travail plus satisfaisantes, le manque de transparence en regard des projets de réorganisation du travail, l'absence d'une véritable consultation et d'une réelle participation aux prises de décisions en lien avec leur pratique. La reconnaissance entre pairs (jugement de beauté) n'est pas beaucoup plus forte, principalement entre infirmières de quarts de travail différents. Aussi les infirmières ne bénéficient guère des précieux appuis que sont les jugements d'utilité et de beauté. Il peut être dit que la quête de reconnaissance qui anime les infirmières et traverse leur expérience de travail, se solde par une importante insatisfaction. Il ressort, en outre, de la parole collective que les infirmières se perçoivent plus responsables que reconnues, plus responsables que détenant du pouvoir et plus responsables que véritablement autonomes. L'autonomie et le pouvoir sur les actes infirmiers vont, à leur sens, nécessairement de pair et doivent accompagner les responsabilités. En absence de reconnaissance, de pouvoir et d'autonomie, les infirmières perçoivent les importantes responsabilités qui leur sont attribuées dans le contexte du système des soins intégraux, non comme des sources de valorisation professionnelle mais plutôt comme des fardeaux générant anxiété et souffrance. L'analyse révèle également que sans définition explicite des rôles, des tâches et des responsabilités des divers personnels de soins, la modalité des soins intégraux qui prévaut sur le terrain induit chez les infirmières un sentiment blessant de polyvalence et d'interchangeabilité avec les personnels de soins moins qualifiés, lequel vient heurter leur identité professionnelle.

Par ailleurs, il apparaît que ce qui peut porter les infirmières à l'épuisement professionnel, ce n'est ni la relation d'aide, ni l'attachement qu'elles ont pour les bénéficiaires, ni même la peine ou la perte éprouvée lors du décès de ceux-ci mais principalement la manière dont le travail est structuré et organisé. Cela dit, les infirmières expriment leur désir d'être accompagnées et soutenues dans les fréquentes expériences de deuils qu'elles confrontent. Dans cet esprit, elles souhaitent que l'infirmière-chef soit d'abord et avant tout un véritable soutien pour l'ensemble de son personnel plutôt que de privilégier la gestion administrative et financière de l'unité et l'attention accordée aux familles. Il n'y a pas de doute que les contraintes environnementales dont il a été fait mention jouent moins lourdement sur l'équilibre psychologique et le plaisir au travail que ne le font les contraintes organisationnelles, lesquelles ont pour particularité d'affecter considérablement le contenu significatif de la tâche et d'influer sur le registre symbolique.

Finalement, il transparaît de l'expérience collective de travail des infirmières, que celles-ci ont de par leur contexte spécifique de travail, une recherche de sens très particulière à faire et certes différente des infirmières exerçant dans le secteur des soins aigus: trouver un sens aux soins dispensés jour après jour, pendant des mois, parfois des années, à une clientèle marchant irréversiblement vers la mort, est le lot commun des infirmières travaillant en soins de longue durée.

5.2. Les collectifs de travail

Les paragraphes ci-après analyseront les signes, les causes et les conséquences de la relative absence de véritables collectifs de travail.

5.2.1. Les signes d'absence de collectifs de travail

- L'absence de règles collectives de métier en regard des soins

Un premier signe d'absence relative de collectifs de travail dans la majorité des unités de SLD, est l'inexistence de règles communes en regard des soins. Un exemple est l'absence d'attitude commune en regard de l'administration, en fin de vie, des entre-doses de morphine prescrites au besoin. Cet exemple illustre bien les effets anxiogènes de l'absence de collectifs:

"Il y a beaucoup d'infirmières qui sont inconfortables avec le fait de donner les entre-doses. Elles ne veulent pas être celle qui a administré la dernière dose, celle qui a entraîné la mort".

Les infirmières qui administrent les entre-doses se disent interpellées dans leur démarche par le comportement de leurs collègues qui choisissent de ne pas les administrer. Une attitude collective faciliterait l'accomplissement de cet acte, épargnant à chacune de décider individuellement si elle donne ou non l'entre-dose:

"Le fait qu'il y ait des infirmières qui préfèrent ne pas donner les entre-doses prévues rend l'administration de celles-ci moins facile aux autres".

Les I et AIC de soir indiquent avoir une attitude plus uniforme vis-à-vis de l'administration des entre-doses de morphine mais disent subir les conséquences de la non-administration de celles-ci de jour:

"On se bat avec le personnel de jour qui ne donne jamais les entre-doses. Si les patients n'ont pas reçu leurs entre-doses de jour, nous nous retrouvons avec des patients plus souffrants en soirée".

Un autre exemple de l'absence de règles collectives de métier en regard des soins est le manque de continuité de soins relevé par divers collectifs d'enquête. En effet, si la caractéristique inhérente aux collectifs de travail la plus souvent entendue est sans conteste le souhait de collaborer à un objectif commun qui dans le cas présent consiste à assurer au bénéficiaire (et à sa famille) les meilleurs soins et services possibles, on observe que diverses unités sont confrontées à un problème de manque de continuité des soins. En absence de véritable collectif de travail, les infirmières font, en effet, l'expérience qu'elles n'ont guère de contrôle sur les soins dispensés par les collègues qui les remplacent au sein de leur propre quart. Ces dernières peuvent très bien décider d'oeuvrer différemment à l'intérieur des limites des protocoles de soins:

"Il se peut très bien que la collègue qui te suit en soirée ou qui te remplace le lendemain, voit les choses différemment et organise par conséquent les soins d'une autre façon".

Il ressort assez clairement des entrevues que c'est dans les unités où les ébauches de collectifs de travail sont les plus prononcées que la continuité des soins est la plus réelle.

- L'absence de confiance et de solidarité

Un deuxième signe de l'inexistence relative de collectifs de travail est l'absence de confiance et de solidarité entre les infirmières. Nous avons perçu dans divers collectifs d'enquête rencontrés, une réticence, voire même une anxiété de la part des infirmières, à échanger à propos de la véritable nature des rapports qu'elles entretiennent entre elles. Il est apparu assez manifeste qu'un manque de confiance marquait les relations entre certaines infirmières, ayant pour effet de garder la parole authentique quelque peu muselée et prisonnière. Si ce fait a été regretté dans la mesure où il entravait une analyse en profondeur des rapports entre infirmières, il révélait cependant, en soi, un trait important des dits rapports, à savoir, l'existence d'une relative méfiance. Les infirmières se sont dites ambivalentes en regard de la franchise qu'il convient d'avoir entre elles:

"Nous devrions peut-être être plus franches entre nous et dire ce qui nous dérange. On ne le dit pas. C'est peut-être mieux comme ça. Je ne sais pas. Peut-être que ce n'est pas bon de dire tout ce qu'on pense. Il faut toujours une certaine réserve. Il n'y a rien de pire que de dire tout ce qu'on pense".

Certaines infirmières ont exprimé l'inconfort qu'elles ressentaient à échanger collectivement à propos du "manque d'harmonie" qui marque leurs rapports et ont mentionné qu'il leur

serait plus facile de le faire dans le cadre d'entrevues individuelles. Cette modalité est cependant contraire à l'esprit de la PDT:

"Cela ne concerne pas nécessairement les personnes qui sont ici mais comme on est ensemble, il y a des affaires qu'il ne faut pas dire".

"Cela ne veut pas dire qu'on ment mais on peut avoir des réticences à dire certaines choses".

"En entrevue individuelle, il serait plus facile de parler du manque d'harmonie entre nous. Beaucoup de choses pourraient sortir".

Au fil des entrevues, des manques de cohésion et de solidarité font également surface.

"Lorsqu'une infirmière fait une erreur ou commet un oubli, cela ne prend pas de temps pour que des collègues le lui fassent remarquer et en fassent tout un plat".

"Si une infirmière se retrouve confrontée à un important problème, les collègues autour d'elles vont se sauver de sorte que l'infirmière se retrouve seule, sans appui".

"Si on est honnête, on devrait dire qu'on se tolère, qu'on s'accommode ou encore qu'on ne se parle plus".

"On ne fait plus de party de Noël depuis trois ou quatre ans".

Un exemple de manque de solidarité, mentionné par les infirmières, est le refus de certaines d'entre elles, à assumer, une double charge d'équipe lorsque la nécessité se présente:

"Lors des fins de semaine, quand il faut se jumeler, il y a des infirmières qui refusent de prendre deux équipes en charge et ce sont donc toujours les mêmes infirmières qui sont "pognées" à le faire".

"Je ne dirais pas que la solidarité entre nous est très forte".

Plusieurs infirmières expriment que les manques de solidarité et de cohésion entre elles ainsi que l'attitude déloyale de certaines entravent les démarches communes par rapport à l'infirmière-chef:

"S'il devait se présenter une situation qui nécessiterait que les infirmières se regroupent et se serrent les coudes, il y en a qui vont se dérober".

Faute de confiance, de solidarité et de cohésion, les langues se taisent, des infirmières se dérobent et les projets de démarches collectives avortent. Il s'agit là d'une réalité qu'elles déplorent elles-mêmes car elle réduit le pouvoir de leurs requêtes:

"En tant que groupe on aurait le pouvoir de demander à l'infirmière-chef que la situation change".

L'état des rapports qui prévaut entre infirmières illustre la relative absence de véritables collectifs de travail dans les unités participant à l'étude. En effet, seulement une unité présente une réalité différente.

- La parole de chacune n'a pas un poids égal et l'expression n'est pas libre

Diverses infirmières relèvent d'une part, que lors des réunions, la parole de certains membres de l'équipe est plus entendue que celle d'autres - fait générant frustration ainsi que mise en retrait - et que d'autre part, il y a des infirmières qui ne parlent pas lors des rencontres mais parlent en dehors des réunions.

- Le manque d'intégration du nouveau personnel ou du personnel occasionnel

L'intégration des infirmières temporaires ou des nouvelles infirmières est également une attitude exprimant l'existence d'un collectif de travail au sein de l'unité. Plusieurs infirmières détenant une expérience sur l'équipe volante ou ayant vécu récemment l'arrivée dans une nouvelle unité, disent déplorer l'attitude des infirmières régulières. Cette attitude est marquée par une absence d'accueil et d'information en regard des soins et par un manque de confiance.

Si cette absence de collectifs est déplorée par toutes, une tentative fut faite pour comprendre les causes et les conséquences de cette situation.

5.2.2. Les causes organisationnelles de la relative absence de collectifs de travail

- La surcharge de travail et l'inexistence d'espaces de parole réduisant l'opportunité d'échanges entre infirmières

Parmi les principaux facteurs défavorables au développement des collectifs de travail il y a, aux dires des infirmières, la surcharge de travail et l'inexistence d'espaces de parole entre elles. Ce dernier point est intensément déploré car elles ne peuvent échanger à propos de leur pratique, questionner l'actuelle organisation du travail et réfléchir aux éventuels changements organisationnels qu'elles souhaiteraient. Il y a consensus, entre elles, sur le fait que la surcharge de travail et l'inexistence d'espaces de discussion gardent les insatisfactions prisonnières, contribuent à l'isolement et à l'individualisme, exacerbent la souffrance, entravent la cohésion ainsi que la solidarité et rendent très problématique, voire impossible, la création de collectifs de travail:

"Au travail, on est comme des queues de veaux! Le temps manque pour échanger".

"On n'a pas de temps et de lieu pour parler entre infirmières".

"Pour pouvoir réfléchir sur les situations que nous vivons, il faudrait qu'on ait le droit de se rencontrer entre infirmières".

"Lorsqu'on se retrouve on sent qu'il y aurait une possibilité de solidarité entre nous sauf qu'on n'a pas souvent la possibilité de se rencontrer et d'échanger. Par conséquent, il nous est difficile de nous mobiliser collectivement par rapport à une cause".

Certaines infirmières relient l'inexistence d'espaces de parole à l'absence de pouvoir assorti, par la hiérarchie, à leur fonction:

"Puisque les infirmières n'ont pas de pouvoir décisionnel, pourquoi dès lors se rencontreraient-elles? Elles ont juste à obéir".

- L'instabilité des équipes des soins

Les infirmières réfèrent d'une part, au nombre considérable de postes à temps partiel - fait n'étant pas de nature, selon celles-ci, à favoriser la cohésion du groupe - et d'autre part, à la contrainte d'avoir souvent à travailler avec du personnel temporaire. Quant aux I et AIC de soir, elles disent vivre spécifiquement des conditions de travail peu favorables à la formation de collectifs de travail dans la mesure où, connaissant un roulement de personnel particulièrement élevé en lien avec le caractère peu attrayant des postes de PAB à temps partiel²¹, elles sont confrontées à une importante instabilité au niveau de l'équipe et investissent beaucoup d'énergie à recréer continuellement un semblant d'esprit d'équipe.

- Les pratiques managériales de certaines infirmières-chefs

Les infirmières mentionnent certaines attitudes de l'infirmière-chef fragilisant les ébauches de collectifs de travail tel que le peu d'habileté à gérer adéquatement les conflits entre membres du personnel ainsi que le contrôle plus marqué du travail de certaines infirmières, ce qui a pour effet de créer des tensions entre elles et de les diviser davantage qu'à les réunir:

"Elle vérifie le travail de certaines infirmières mais pas d'autres. On dirait qu'elle fait confiance à certaines mais pas à d'autres".

²¹ Aux dires des infirmières, ce roulement est lié d'une part au poste de PAB de soir, à demi-temps, qui n'est pas bien payé et qui est souvent occupé par un étudiant. Aussitôt que celui-ci se voit offrir, ne fut-ce qu'un poste de deux jours/semaine de jour, il laisse définitivement le poste de soir. D'autre part, il y a le cas des PAB ou parfois des infirmières de soir à demi-temps qui ont l'ancienneté requise pour obtenir des mandats temporaires, à temps complet, de jour ou de nuit, beaucoup plus payants. Par conséquent, ils quittent le personnel de soir, le temps du mandat contraignant l'équipe de soir à recourir à du personnel provenant de l'équipe volante.

"Sa façon de gérer est de diviser les troupes sachant qu'elles seront ainsi plus faibles. C'est sa façon de procéder".

Elles indiquent également que certaines infirmières-chefs disent ne pas apprécier les démarches collectives:

"Les demandes collectives ne passent pas avec notre infirmière-chef. Tout ce qui est collectif ne passe pas. Lorsqu'il m'est arrivé de faire une demande au nom et en présence de mes collègues, elle m'a déjà appelée dans son bureau pour me dire: "J'apprécierais que tu m'adresses les requêtes seule. Des démarches en groupe, je n'en veux pas".

5.2.3. Les conséquences de la relative absence de collectifs de travail

- Le déploiement de comportements individuels à défaut d'être collectifs

En lien avec l'inexistence de collectifs de travail, on observe que les infirmières se défendent et se protègent individuellement en regard de la souffrance et des difficultés vécues au travail. Evidemment, en l'absence de collectifs de travail, c'est le règne de l'individualisme et de ses effets pervers pour la santé des infirmières. Les difficultés et les sources d'anxiété inhérentes au travail ou en lien avec son organisation sont dès lors vécues individuellement, dans l'isolement.

- Des conflits demeurant latents

L'absence de véritable collectif de travail peut également contribuer à expliquer que dans certaines unités, les infirmières semblent préférer que les conflits qui existent entre elles restent latents au lieu de faire l'objet d'une discussion franche qui permettrait éventuellement leur résolution:

"Il y a, entre infirmières, des conflits latents qu'on n'aborde pas, qu'on ne cherche pas à régler".

"Ce n'est pas forcément confortable comme situation mais cela en reste-là!"

- Une information qui circule mal et le manque de communication

Un grand nombre d'infirmières mentionnent que l'information circule mal au sein de l'unité et qu'il y a un manque de communication entre l'ensemble des soignants:

"Il y a des données importantes qui ne circulent pas. Nous avons proposé qu'en début de journée, il y ait un court moment consacré à l'annonce des nouvelles concernant l'unité mais cela ne se fait pas".

- Des rapports infirmières/préposés aux bénéficiaires difficiles

Le manque de cohésion et l'absence d'approche commune s'expriment également au niveau des rapports que les infirmières entretiennent avec les PAB. Celles-ci indiquent contribuer, d'une certaine façon, à l'établissement et à l'entretien de rapports complexes, voire conflictuels avec ceux-ci dans la mesure où elles n'adoptent pas une attitude collective et homogène à leur égard:

"On se détruit entre nous dans le sens où certaines infirmières vont faire des choses avec les préposés que d'autres infirmières ne feront pas".

"En agissant de la sorte, on se tire des coups fusils dans les pieds et on est partie constituante du problème".

5.2.4. Le cas particulier d'une unité avec collectif de travail

Une unité présente de nombreux traits d'un collectif de travail. A titre d'illustration, ceux-ci sont: le fait de partager un objectif commun et d'orienter tous les efforts en vue de son atteinte; le soutien, la communication, l'entraide, l'échange d'observations, d'impressions et d'expériences ou de *"petits trucs"* (savoir-faire) sont réels; le fait d'organiser elles-mêmes des rencontres entre infirmières lorsqu'elles en éprouvent le besoin; le fait d'intégrer les nouvelles infirmières qui arrivent à l'unité; le fait de témoigner du respect les unes envers les autres et de se remercier pour un coup de main reçu d'une collègue; et le fait de porter des jugements de beauté sur le travail accompli par une collègue, le fait d'être sérieuses et professionnelles lorsque la situation l'exige tout en sachant se détendre, plaisanter et rire lorsque la situation le permet. Un trait essentiel, caractérisant un véritable collectif de travail, est absent, à savoir: la réalisation de démarches collectives à l'égard de leur infirmière-chef. Ce n'est cependant pas par faiblesse de liens collectifs mais suite à la demande explicite de l'infirmière-chef de ne pas recourir aux démarches collectives (voir plus haut). Cette attitude managériale empêche l'épanouissement du collectif de travail et sa reconnaissance comme tel.

A l'existence de cette considérable ébauche de collectif de travail, les infirmières fournissent des éléments d'explication d'ordre personnel et réfèrent au fait que le peu de présence effective (élément d'ordre contextuel ou organisationnel) de leur infirmière-chef au sein de l'unité et au coeur de leur pratique les porte ou les contraint à être solidaires, à s'entraider et à se serrer les coudes sans quoi, leur réalité de vie au travail, serait encore plus difficile qu'elle ne l'est. Il faut comprendre ici que le fait d'être considérablement laissées à

elles-mêmes a pour corollaire, le développement de rapports collectifs plus forts que dans les unités où l'infirmière-chef est très présente, veille à beaucoup de choses, prive les infirmières d'une pratique autonome, En d'autres termes, la nécessité d'être solidaires, de s'entraider et de se serrer les coudes a fait éclore, dans cette unité, des germes quelque peu plus solides de collectif de travail, lequel pourrait être qualifié de collectif de "survie". Rappelons que les collectifs de travail se créent le plus souvent par nécessité afin de faire face, collectivement, à une situation difficile. L'homogénéité des valeurs, des perspectives et des approches professionnelles prépare une terre accueillante et favorable au développement des germes d'un collectif de travail.

Abstraction faite de cette unité, les autres unités présentent des bourgeons de collectifs de travail. Ces bourgeons sont cependant fragilisés ou privés de conditions favorables de croissance et d'éclosion.

Quant aux liens que les I et AIC de soir entretiennent entre elles, il peut être dit que ceux-ci apparaissent très forts. Appartenant à des unités de soins différentes et soumises à des organisations du travail dissemblables à certains égards, on ne peut dire qu'elles constituent entre elles un collectif de travail. Ce qui peut être dit, est qu'elles font partie de la même communauté d'appartenance des infirmières travaillant de soir.

5.3. Les stratégies défensives

En vue de faire face à la réalité contraignante et génératrice de souffrance du travail, les infirmières élaborent des stratégies défensives lesquelles, en présence d'un véritable collectif de travail (réalité non-observée dans le cadre de l'étude), peuvent présenter la particularité d'être collectives. Les stratégies défensives les plus communément développées par les infirmières - et présentées ci-après - sont toutes d'ordre individuel et ce même dans l'unité où l'on observe l'existence d'un collectif de travail plus élaboré que dans les autres unités mais néanmoins fragilisé par certaines pratiques managériales de l'infirmière-chef, lesquelles empêchent ou entravent précisément l'élaboration de stratégies collectives de défense. Aussi l'ensemble des stratégies défensives identifiées sont individuelles mais partagées, c'est-à-dire présentées par un très grand nombre d'infirmières.

- La rationalisation au niveau des situations difficiles

Une stratégie défensive considérablement déployée par les infirmières est la rationalisation des sources de souffrance. La rationalisation s'observe, par exemple, au niveau de la fin de vie des bénéficiaires ("*Si je me dis que ce sont des personnes âgées, qui ont bien vécu, il est plus facile d'accepter leur mort*"), du caractère routinier et monotone du travail ("*C'est vrai, c'est routinier et monotone ce qu'on fait mais on est en soins de longue durée. On ne peut pas faire autrement*") et des comportements agressifs des bénéficiaires pour parvenir à les accepter plus facilement ("*Lorsqu'il m'arrive de manger une claque en pleine face, je me dis qu'ils sont malades et qu'ils n'ont pas connaissance de ce qu'ils font*").

- La banalisation de la souffrance vécue

Une stratégie voisine de la rationalisation est la banalisation des souffrances vécues dans le cadre du travail. Cette stratégie a pour objectif inconscient de minimiser celles-ci afin qu'elles les atteignent moins et qu'elles puissent continuer, sans trop souffrir, à accomplir leurs tâches:

"Confrontée à un patient agressif, il m'est arrivée de sortir de la chambre, de m'appuyer contre le mur dans le couloir, de prendre quelques respirations profondes et de me parler: "Calme-toi. Il t'a pris le bras, ce n'est pas grave!"

"Nous faisons beaucoup de choses que nous ne serions pas censées faire mais c'est correct, cela ne me dérange pas".

Certains de ces propos ont également des accents de rationalisation et de déni illustrant le fait que les stratégies déployées ne sont pas forcément pures. Cette remarque vaut également pour les exemples ci-dessous.

- Le déni en regard des situations sources de souffrance

Le déni au regard des manques de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir

Dans la quasi-totalité des collectifs d'enquête rencontrés, les questions de la reconnaissance, de l'autonomie et du pouvoir apparaissent comme un lieu de paradoxe dans le sens où il y a oscillation entre d'une part, l'affirmation d'une reconnaissance, d'une autonomie ou d'un pouvoir, exprimée généralement en premier lieu, et d'autre part, la dénonciation d'un manque de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir, verbalisée généralement dans un second temps, lorsque les défenses érigées s'amenuisent et laissent

surgir une parole plus authentique. Notre analyse, éclairée par la PDT, indique qu'il y a dans ce phénomène d'oscillation l'expression d'une position psychique appelée "déli" de perception. Le déni de perception repose sur la coexistence de deux positions de la vie psychique: l'une fondée sur le désir (ici, le désir de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir) et l'autre exprimant la réalité souffrante vécue (manque cruel de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir). La souffrance, dans le cas présent, est l'offense faite, par la hiérarchie, à l'image et à l'idéal professionnel et surtout à l'identité des infirmières en les privant de la reconnaissance, de l'autonomie et du pouvoir normalement associés à l'exercice d'une pratique professionnelle. Ainsi, si dans un premier temps, l'expression du désir de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir l'emporte sur la réalité vécue, on observe qu'au fil du discours, la stratégie défensive du déni s'estompe laissant progressivement émerger les frustrations ressenties en regard des manques de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir vécus.

Le déni au regard de la véritable nature des rapports entre infirmières

A l'instar du processus décrit ci-dessus, un grand nombre de collectifs d'enquête ont présenté, dans un premier temps, les rapports qu'elles entretiennent entre elles sous un jour plus favorable qu'elles ne le laissent petit à petit entrevoir au fil des entrevues. Ici aussi, nous observons l'existence de l'oscillation entre le désir qu'ont les infirmières que leurs rapports soient tels qu'elles les décrivent pour ensuite dévoiler progressivement la réalité de leurs rapports, marquée par un manque d'harmonie, de confiance, de solidarité et de cohésion. Les infirmières indiquent que la réflexion qu'elles sont amenées à faire dans le cadre de la recherche, les porte à poser un autre regard sur les rapports qu'elles entretiennent entre elles et vient éclairer différemment certains aspects de ceux-ci qu'elles préféreraient peut-être ignorer:

"Plus on décortique les choses, plus on prend conscience de la véritable dynamique qu'il y a entre nous et qu'on ne voulait peut-être pas trop voir".

Le déni au regard de l'anxiété reliée à la confrontation quotidienne avec la mort

Comme l'illustrent les propos ci-dessous, un très grand nombre de collectifs d'enquête ont, dans un premier temps, exprimé une absence d'anxiété en regard de la mort ou de l'accompagnement de la fin de vie des bénéficiaires:

*"Je n'ai pas d'anxiété face à la mort".
"Je suis très à l'aise avec ça".*

"Cela ne m'a jamais dérangé".

"Le fait d'accompagner les bénéficiaires vers la mort n'est pas une source d'anxiété en soi".

Certaines infirmières réfèrent au processus d'apprivoisement qui s'opère au fil du temps en regard de l'accompagnement des patients mourants et de la mort. Ce processus atténue, aux dires de celles-ci, l'anxiété inhérente à ces expériences:

"A force d'accompagner des patients mourants, cela devient de moins en moins anxiogène. C'est comme si on apprivoisait ce cheminement".

En disant que l'accompagnement des patients mourants devient au fil de l'expérience de moins en moins anxiogène, on comprend qu'il l'est certes en début de carrière en SLD. Semblable propos laissant entrevoir l'existence d'une source d'anxiété inconsciemment niée. Le caractère paradoxal de certains propos nous a également interpellées. Ainsi, tout en niant le caractère anxiogène de la confrontation régulière à la mort, les infirmières énoncent qu'elles seraient parfois tentées de *"hâter le départ"* de certains bénéficiaires par le fait même qu'être témoin d'une agonie qui s'étire sur plusieurs semaines est inconfortable à vivre. La manière dont elles disent *"hâter"* le départ revient surtout à placer ces bénéficiaires dans les meilleures conditions psychologiques possibles pour que ceux-ci soient plus sereins devant la mort imminente. Autrement dit, si elles observent que le bénéficiaire s'accroche de toutes ses forces à la vie soit parce qu'il appréhende la mort, soit parce que des membres de sa famille lui ont demandé de *"tenir bon et de s'accrocher"* ou ne lui ont pas exprimé qu'il *"pouvait partir"*, elles tentent dans le premier cas d'apaiser l'anxiété que le bénéficiaire éprouve en regard de la mort et lui expriment, dans le deuxième cas, qu'il *"peut se laisser aller"* et qu'il *"peut s'en aller"* si tel est son souhait. Elles veillent également à échanger avec les proches afin de les aider à cheminer dans ce qu'ils vivent en regard de la fin imminente de leur parent de sorte qu'ils relâchent peut-être quelque peu la pression qu'ils exercent sur lui. L'intention des infirmières est de lever les éventuels obstacles susceptibles d'empêcher le bénéficiaire qui souhaiterait mourir, de mourir sereinement. Il ressort également de certains propos que la mobilisation d'un patient mourant n'apparaît pas une démarche facile pour plusieurs infirmières. Ce fait laisse sous-entendre l'existence d'une anxiété associée à celle-ci:

"Il faut parfois toucher le patient pour se rendre compte qu'il n'est pas confortable. Toutes les infirmières ne sont cependant pas capables de toucher un patient mourant".

Au fil des entrevues, les propos tenus en regard de la mort et de son caractère anxiogène évoluent:

"J'ai beau dire que je n'ai pas de difficulté à vivre le décès des bénéficiaires, c'est néanmoins stressant. Toute l'atmosphère de l'unité s'en ressent".

"Il est vrai que je ne dois donc pas être tellement à l'aise avec la mort sinon je prendrais les choses plus sereinement".

La démarche intersubjective réalisée avec les collectifs d'enquête nous a permis de comprendre que si l'anxiété reliée à la confrontation fréquente avec la mort avait tellement de mal à advenir à la conscience des infirmières, c'était vraisemblablement sous l'effet de la puissante stratégie défensive du déni, inconsciemment déployée afin, précisément, de ne pas percevoir cette anxiété et d'être capables de fonctionner dans un environnement aussi particulier que celui des SLD qui implique une confrontation régulière à la mort.

En étant à ce point soutenue par un très grand nombre d'infirmières, l'affirmation d'une absence d'anxiété en regard de la mort nous semble glisser vers ce que nous appelons en PDT, une idéologie défensive, c'est-à-dire une stratégie défensive qui se radicalise au point de devenir graduellement une valeur partagée ou un comportement valorisé par une majorité d'infirmières, revêtant ainsi progressivement l'apparence d'une norme collective. L'adoption, l'adhésion ou la soumission à semblable valeur ou comportement majoritairement valorisé (idéologie) offre un réconfort (identitaire) et ouvre ainsi, d'une certaine façon, sur un sentiment de plaisir. Si l'idéologie défensive présuppose généralement l'existence d'un collectif de travail, des enquêtes en PDT ont montré - à l'instar de cette étude - qu'il est possible de rencontrer des idéologies défensives même en absence de véritables collectifs de travail, pourvu qu'existe le relais d'une communauté d'appartenance (Vézina & Carpentier-Roy, 2000): "L'idéologie prend alors la forme de l'argumentation et du raisonnement qui permet de se protéger contre une situation inconfortable, menaçante ou difficile à vivre" (p. 150-151). Dans l'esprit des infirmières, l'image même d'une infirmière "professionnelle" en soins de longue durée, implique d'être capable de vivre sans anxiété la mort des bénéficiaires. Autrement dit, l'image de l'infirmière "professionnelle" leur semble peu compatible avec le fait d'éprouver une appréhension en regard de la mort alors que la mort est anxiogène en soi et qu'aucun professionnalisme, aussi grand soit-il, ne viendra jamais à bout de celle-ci. En ce sens, le fait de ne pas éprouver d'anxiété devant la mort est devenu un comportement associé à un modèle idéal d'infirmière et est, par conséquent,

valorisé par les infirmières. Aussi, il peut être dit que la stratégie défensive individuelle mais partagée de déni de l'anxiété reliée à la confrontation quotidienne à la mort - l'absence de collectif de travail fait en sorte qu'on ne peut parler de stratégie collective - semble glisser vers l'idéologie défensive. Ce qu'il importe de comprendre, c'est qu'arrivées au stade de développement d'idéologies défensives, les infirmières perdent les véritables sources d'anxiété ou de souffrance de vue. Cette situation s'accompagnera, à plus ou moins moyen terme, d'effets néfastes en termes de santé psychique. Le risque de certaines stratégies défensives et de surcroît des idéologies défensives est, en effet, qu'elles opèrent tellement efficacement qu'elles engendrent, chez les infirmières, une cécité en regard de la source d'anxiété qu'est l'exposition fréquente à la mort, au point qu'elles ne voient plus qu'elles vivent cette anxiété et se défendent en regard de celle-ci. Il s'agit là d'une source d'anxiété dont il importe qu'elles prennent conscience afin qu'elles ne la déplacent pas sur d'autres objets. Ignorer l'anxiété en regard de la mort ne peut qu'avoir des effets pervers dans le sens où celle-ci - même niée - opérera néanmoins insidieusement au sein de chaque infirmière, grugeant petit à petit ses énergies au risque de la mener pas à pas à un état de fatigue et d'épuisement. En outre, l'aveuglement résultant de l'idéologie défensive entrouvre la porte à une possible exploitation de la souffrance par la hiérarchie dans le sens où générant une distorsion de la réalité vécue, l'idéologie défensive ne contraint pas les dirigeants à modifier les conditions de travail sources d'anxiété et de souffrance. En d'autres termes, les idéologies défensives ont pour effet dommageable de figer une organisation inadéquate de travail - ayant précisément provoqué le déploiement de la stratégie défensive - et à exempter la hiérarchie de la nécessité de réviser l'organisation déficiente en vue de la transformer. Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, cette banalisation ou ce déni des émois que cause la mort des bénéficiaires est dans un premier temps utile dans la mesure où sans celle-ci et en l'absence d'espaces de parole permettant de ventiler les sentiments accumulés, les infirmières ne résisteraient pas longtemps au caractère éprouvant et agressant de leur travail. En d'autres termes, étant donné le contexte organisationnel prévalant pour l'instant à l'institution, il est préférable que les infirmières conservent les stratégies déployées au niveau de l'accompagnement de la fin de vie des bénéficiaires.

- L'engagement plus modéré, le retrait, le désinvestissement, le refus de zèle et l'individualisme

Des infirmières laissent entrevoir qu'elles se protègent de la souffrance associée au décès ou à la perte de bénéficiaires décédés auxquels elles étaient très attachées, voire trop attachées, en veillant à s'impliquer avec plus de modération et à demeurer dans l'empathie:

"J'ai vécu ce deuil-là très profondément. Ensuite, il n'y en a plus eu d'autres car j'ai décidé que je n'embarquerais plus dans une telle expérience. Tu te gruges dans de semblables expériences".

"Tu aimes toujours tes patients mais tu t'engages moins, tu te mets des limites".

"Au fil des années on apprend que si on ne se met pas de limites, cela peut aller trop loin".

En réalité, c'est davantage en regard des risques de surimplication émotionnelle - ou de la sympathie - que les infirmières se protègent qu'en regard de l'implication comme telle car, comme nous le verrons, l'engagement empathique dans la relation d'aide avec les patients (et des familles) constitue le noyau de leur satisfaction au travail.

En réaction aux déceptions, frustrations et souffrances vécues en lien avec l'organisation du travail ou la hiérarchie, certaines infirmières expriment avoir tendance à se mettre en retrait, à se concentrer sur leurs tâches et à trouver dans l'individualisme, une façon de vivre au travail:

"Je me dis, ben qu'ils s'arrangent, moi je fais ma petite affaire, je m'occupe de mes patients! Je viens que je raisonne ainsi! Je me retire".

"J'ai décidé de faire mes choses à moi et de ne plus investir d'énergie à tenter de changer les choses. C'est triste mais c'est comme ça".

La déception de s'être vue retirer des projets spécifiquement en lien avec leurs compétences propres, porte aussi certaines bachelières à se désinvestir de leur travail afin de se protéger de toute nouvelle désillusion:

"Là, il ne faut plus rien me demander, cela ne m'intéresse plus".

Blessées et déçues de n'être pas conviées à assister à la rencontre multidisciplinaire portant sur la mise en application de la politique sur les contentions, les infirmières expriment également un désinvestissement et un retrait visant à les protéger de toute nouvelle souffrance de ce type:

"Après la rencontre, l'infirmière-chef est venue nous informer qu'à partir de septembre, il y aurait des rencontres auxquelles nous allions pouvoir participer mais là, ça ne tentait plus personne d'embarquer dans le projet".

"On décroche".

"On se protège".

La principale stratégie défensive développée par les infirmières en regard de la violence physique ou de l'agression constituée par les cris apparaît être également le retrait:

"Lorsqu'un patient te tape, cela te vide. Pour me protéger, je recours souvent au retrait".

"Je prends un peu de recul. Je me retire et me protège".

Le retrait, l'individualisme et le désinvestissement s'observent également en regard des membres de l'équipe jugés peu professionnels et à l'égard desquels aucune intervention effective n'a lieu. Ces mécanismes sont développés en vue de contrer la frustration qu'elles éprouvent et d'éviter que la situation ne finisse par affecter leur santé:

"A un moment donné, cette question a vraiment ruiné ma santé et mon moral. Réalisant cela, j'ai décidé que les problèmes avec ce membre du personnel ne viendraient plus gruger mes énergies et, comme les autres, j'ai cessé de m'occuper des problèmes causés par cette personne. J'ai abandonné".

Un refus d' "excès de zèle" et un désinvestissement surgissent en réaction d'une part, à la déception inhérente aux conséquences du débrayage illégal de l'été 1999:

"La tournure des événements lors de la grève m'a tellement déçue. J'ai décidé de ne plus arriver en avance au travail et de garder ce temps pour moi".

"Je me regardais faire et me disais que cela n'avait pas de sens de donner tant de mon temps. J'ai pris la décision de m'en tenir au temps payé",

et d'autre part, à la perception d'une forme d'exploitation par l'institution, s'exprimant entre autres par une réticence à payer du temps supplémentaire aux infirmières préceptrices qui restent parfois après 16 heures pour finaliser leurs tâches d'infirmières :

"Après une dizaine d'années, j'ai donné ma démission en tant que préceptrice. Si en fin de journée, je n'étais pas parvenue à terminer mes tâches d'infirmière parce que cela m'avait pris beaucoup de temps pour expliquer mille et une choses à la nouvelle infirmière, je restais après 16 heures sans pour autant avoir le droit de déclarer ce temps en temps supplémentaire".

- La négation en regard du fait de savoir si elles sont contaminées ou non par le SARM

Dans le processus de négation, le mouvement d'oscillation entre le désir et la réalité est absent. Ainsi, certaines infirmières disent préférer ne pas savoir si elles ont contracté le SARM ou non:

"Moi j'aime autant qu'ils ne testent pas le personnel. Je préfère ne pas savoir si j'ai été contaminée".

- L'investissement hors travail

Un très grand nombre d'infirmières indiquent qu'elles cherchent, hors travail, les moyens nécessaires pour restaurer leurs énergies de sorte d'être capables de fonctionner au travail:

"Cela prend une vie bien pleine à l'extérieur pour être capable de vivre le contexte propre aux soins de longue durée".

"Celles qui travaillent à temps complet et demeurent en santé sont des infirmières qui parviennent à se ressourcer hors du travail".

"En ayant une vie extérieure remplie, je me sens bien intérieurement et les dimensions moins agréables du travail m'atteignent moins".

Il importe cependant de mentionner qu'en se ressourçant à l'extérieur du travail, les infirmières ne contraignent pas l'institution à réviser l'organisation du travail de sorte que celle-ci soit moins génératrice de souffrance et les soutienne davantage au niveau des sources de souffrance inhérentes au contexte des SLD.

- Le fait de travailler à temps partiel

Il nous est également apparu que le fait de travailler à temps partiel constituait pour un certain nombre d'infirmières qui pouvaient se le permettre sur le plan financier, une forme de stratégie défensive. Celles-ci disent, en effet, travailler à temps partiel parce qu'elles ne seraient pas capables de travailler à temps complet, soit parce que l'énergie physique et mentale leur manquerait pour faire face au caractère exigeant du travail en SLD, soit parce qu'elles accumuleraient trop de frustrations en lien avec l'absence de pouvoir et de reconnaissance, risquant ainsi de tomber en burn-out:

"Cela aide de travailler à temps partiel. Cela aide pour ne pas tomber en burn-out".

"Je n'aurais pas l'énergie physique, mentale et morale pour travailler cinq jours semaine dans un milieu comme celui-ci. Peut-être que je ferais un burn-out, parce qu'on donne beaucoup".

"Si j'avais travaillé à temps plein, j'aurais certainement été plus frustrée parce que moi ça me frustre bien gros de ne pas avoir le pouvoir et la reconnaissance professionnelle à travers les tâches que j'accomplis".

"Je n'aurais pas l'intérêt suffisant pour travailler à temps plein dans le présent contexte. J'ai besoin d'aller chercher ailleurs ce qu'ils ne me permettent pas de développer ici comme le vrai leadership et la créativité".

D'après les infirmières à temps partiel, trois options se présentent à celles travaillant à temps complet:

"Il y a trois possibilités pour celles qui travaillent à temps complet: soit elles décrochent et bâclent leur travail, soit elles tombent en burn-out, soit elles parviennent à se ressourcer hors travail. On en a vu du monde complètement brûlé. Il y a régulièrement des filles travaillant à temps complet qui sont en maladie. Celles qui ne sont pas en maladie sont parfois carrément désespérées".

- Le phénomène du temps personnel offert

Le contexte de travail, caractérisé par une perte considérable de sens dans le travail et par l'obtention difficile de temps supplémentaire payé, porte un grand nombre d'infirmières à offrir du temps personnel, c'est-à-dire non-rémunéré, prenant la forme tantôt d'arrivée en avance le matin afin de préparer les médicaments, faire l'un ou l'autre prélèvement sanguin, tantôt de pauses écourtées ou non-prises pour passer quelques instants avec un bénéficiaire ou une famille ou encore d'heure de table consacrée à la préparation d'une réunion multidisciplinaire, un sandwich à la main ou finalement de départ retardé au terme de la journée, en vue de terminer la rédaction des notes aux dossiers. Le dilemme de prendre ou de ne pas prendre leur pause du matin est souvent grand. En ne prenant pas leur pause, elles savent qu'elles disposeront de plus de temps pour accomplir les tâches qui leur incombent et se sentiront dès lors moins pressées. Par contre, elles ressentiront l'inconfort de n'avoir pu se reposer, se désaltérer ou simplement aller aux toilettes. Il apparaît cependant, que la satisfaction résultant du fait de n'avoir pas pris sa pause pour partager, par exemple, un moment avec un bénéficiaire ou une famille, compense pour la fatigue associée à cette démarche:

"Je voulais être au chevet de la patiente mourante. J'ai pris mon temps de repos pour être à ses côtés. J'ai fait ce choix là. J'ai été gagnante sur un point car j'ai été satisfaite de le faire. Cependant, côté fatigue, ce fut difficile car comme je l'ai fait plusieurs jours de suite, la fatigue s'est accumulée ...".

Il ne fait pas de doute que semblable phénomène de temps personnel offert, s'accompagnera tôt au tard d'un coût humain tant pour l'infirmière que pour l'institution.

La PDT nous invite à voir dans le phénomène d'offre de temps personnel, l'expression d'une stratégie défensive témoignant d'une très grande quête de sens au travail. Autrement dit, étant donné que le travail, tel que présentement organisé dans l'institution, ne permet pas aux infirmières de trouver un sens à leur travail ou d'accéder au sens de celui-ci, elles offrent de leur temps personnel afin de se créer des conditions de travail moins éprouvantes, plus satisfaisantes et préserver ainsi leur santé tant physique que psychique. Ladite approche théorique nous aide à comprendre que l'arrivée en avance au travail, le départ en retard ainsi que les pauses offertes sont autant d'actions déployées par les infirmières pour tenter de réinjecter un peu de sens et donc un peu de plaisir dans une pratique qui s'en voit de plus en plus dénuée. Ce qui compte pour elles, c'est d'être bien au travail et de ne pas se sentir coincées par le temps:

"Mon corps me dit que je suis stressée. Par conséquent, j'essaie de relaxer en me donnant les moyens de mieux vivre mon travail. Aussi, je préfère arriver en avance au travail".

"Si on commence à 7H45 on n'arrive pas dans les temps".

"Si on n'arrive pas en avance, il faut patiner vite pour arriver à faire dans les temps tout ce qu'on doit faire".

"On est plusieurs à arriver à 07H, 07H10 le matin pour préparer nos médicaments parce qu'une fois que le rapport est fini, la course commence. Le fait d'arriver en avance au travail m'évite de courir jusqu'au lunch. Je me sens plus à l'aise ainsi".

Le fait d'arriver en avance au travail, de raccourcir ou de supprimer ses pauses, de rester après le temps officiel de travail, en un mot, d'offrir du temps personnel ... nous semble sur le point de glisser vers l'idéologie défensive dans la mesure où ce type de comportement est, d'une certaine façon, implicitement associé à l'image d'une "bonne" infirmière, consciencieuse, professionnelle et qui ne compte pas ses heures. Aussi, ce comportement revêt un caractère valorisé; l'adopter génère un bien-être ou un bénéfice identitaire et ouvre sur le plaisir. En cela, le phénomène du temps personnel offert, lequel peut être vu comme une stratégie défensive individuelle mais partagée, semble glisser vers l'idéologie défensive. On observe que travestie en idéologie, le phénomène du temps personnel offert apparaît aux infirmières relever de leur choix personnel - sentiment généré ou renforcé par la hiérarchie qui indique qu'il s'agit là d'un comportement délibéré de leur

part - alors qu'elles semblent, en réalité, agir davantage par dépit que par véritable choix dans la mesure où elles sont coincées par une organisation du travail qui ne leur laisse guère d'alternative:

"Cela me pèse d'arriver à 7H15. Je préférerais ne pas avoir à le faire. C'est plutôt l'organisation du travail qui devrait être revue".

"Je ne devrais pas arriver en avance au travail mais je préfère agir ainsi qu'être stressée tout au long de la journée".

Elles précisent que le fait d'arriver en avance au travail se fait insidieusement, presque à leur insu:

"On arrive chaque jour un peu plus tôt et un jour on réalise qu'on est vraiment là très tôt".

Un élément, non sans importance, confirmant l'absence d'alternative, est aux dires des infirmières, l'allusion faite par la hiérarchie que l'impossibilité de terminer les tâches dans les temps serait en lien avec leur éventuelle inhabileté à organiser le travail:

"On s'est déjà fait dire que le fait de ne pas arriver à réaliser, dans les temps, l'ensemble des tâches, est en lien avec un manque ou une mauvaise organisation personnelle de notre travail et non avec une surcharge de travail".

"Si tu veux déclarer une demi-heure en temps supplémentaire, ils évoquent l'idée que tu organises mal ton travail".

Divers collectifs d'enquête évoquent également le fait que la hiérarchie leur demande d'être disponibles à 07H40 pour recevoir le rapport de l'infirmière de nuit alors que leur quart de travail commence officiellement à 07H45. Elles disent ne pas approuver que le rapport du matin se fasse, en réalité, sur du temps personnel, non-rémunéré:

"On commence cinq minutes avant l'heure afin que l'infirmière de nuit puisse partir au plus vite. Nous arrivons par conséquent vers 07H30".

"On devrait normalement terminer à quatre heures moins vingt, ce qui est cependant très rarement le cas. Ils nous volent toujours plusieurs minutes".

Il a également déjà été dit que la proposition de la hiérarchie de rédiger des notes tardives ne séduit nullement les infirmières de sorte qu'elles sont plusieurs à rester après leurs heures pour faire leurs notes au dossier. Elles expriment sans détours que si elles agissent ainsi, c'est pour leur tranquillité personnelle voulant éviter d'être blâmées advenant que quelque chose arrive à un patient dont elles n'auraient pas laissées de notes au dossier:

"Légalement, nous sommes tenues à consigner nos notes au dossier. Il est donc bien certain que je vais finir mes notes avant de quitter l'unité et ce pour ma paix personnelle. Si je n'ai rien écrit au dossier et entre temps il se passe quelque chose, c'est moi qui vais être blâmée".

Il importe cependant de mentionner que dans une unité, l'infirmière-chef a décidé, apparemment de concert avec les infirmières, de mettre un terme au fait que les infirmières arrivaient en avance au travail. Elle a réorganisé le travail des infirmières (redistribution des tâches entre infirmières et PAB) de façon à ce que celles-ci arrivent à accomplir leur travail dans le temps.

- Le choix du silence

Plutôt que de s'entendre dire d'une part, qu'elles s'organisent mal si elles ne parviennent pas à terminer leurs tâches à temps voulu, elles taisent le temps personnel offert. Le silence prend ici la forme d'une stratégie défensive pour se protéger d'une réaction de la hiérarchie qui viendrait les blesser dans leur fierté personnelle et professionnelle:

"J'aurais du mal à aller me plaindre à la directrice des soins infirmiers parce que je ne veux pas me faire dire: "Pense à réorganiser ton travail". Par conséquent, je me tais".

Craignant qu'en parlant trop négativement de la présente organisation du travail elles finissent par induire une réorganisation qui s'accompagnerait de coupures de postes parmi les infirmières, certaines choisissent également au silence:

"Je suis consciente que le fait de parler trop négativement de l'actuelle organisation du travail pourrait avoir des coupures de postes d'infirmières pour effet. Il est plus prudent de se taire".

Etant frustrées de se voir retirer la gestion des problèmes rencontrés avec les familles et afin de conserver le plaisir de les gérer, certaines infirmières choisissent délibérément de garder le silence en regard de ceux-ci:

"On est mieux de ne pas parler à l'infirmière-chef des problèmes qu'on rencontre avec les familles car on nous en retire la gestion aussi vite".

- L'adaptation (paralysante) à la situation en attente de la retraite

L'idée de l'approche de la retraite incite plusieurs infirmières à s'adapter aux situations génératrices de souffrance plutôt qu'à les confronter en vue de les transformer.

- La sublimation et la transcendance

La sublimation et la transcendance apparaissent des stratégies défensives amplement déployées par les infirmières afin de contrer la souffrance vécue dans le cadre du travail et de connaître le plaisir, contrairement aux autres stratégies défensives qui cantonnent les infirmières dans le registre de la souffrance. Ces stratégies seront présentées un peu plus loin étant donné qu'elles sont en lien avec le plaisir au travail.

- Le rire, l'humour et la plaisanterie

Comme nous le verrons ci-après, les infirmières soulignent le rôle de soupape et d'exécutoire que jouent le rire, l'humour et la plaisanterie dans leur contexte spécifique de travail. A ce titre, le rire, l'humour et la plaisanterie peuvent être associés à des stratégies de défense ou de protection au regard des situations difficiles de travail.

5.4. Les sources de plaisir au travail

Cette partie présente les sources de plaisir en lien avec les rapports verticaux et horizontaux, souligne quelques autres sources de plaisir et s'attarde finalement à l'importante stratégie de sublimation (et de transcendance) permettant à la pratique infirmière d'ouvrir davantage sur le plaisir.

5.4.1. Les sources de plaisir en lien avec les rapports verticaux

- Avec les cliniciennes

Au moment où se tenaient les dernières entrevues, la situation des bachelières avait favorablement évolué comparativement au contexte qui prévalait au moment où avaient été recueillis les propos des bachelières:

"La clinicienne est venue m'informer que les projets d'intégration des plans de soins sur l'ordinateur étaient repris. J'étais contente. L'infirmière-chef m'a également confié de petites tâches davantage en lien avec ma formation de bachelière. Cela rend mon travail plus intéressant et plus valorisant".

Il ressort clairement de ces propos qu'un travail utilisant adéquatement les compétences et les habiletés, est un travail perçu comme intéressant et valorisant.

- Avec l'infirmière-chef

Les infirmières d'une unité, soulignent le plaisir qu'elles ont éprouvé en lien avec les attitudes et comportements de l'infirmière-chef intérimaire qu'il leur a été offert de côtoyer pendant un certain temps. Nous les citons pour illustrer les attitudes et comportements managériaux qui contribuent au plaisir des infirmières: la promptitude à régler les problèmes; l'habileté à gérer adéquatement et efficacement le personnel (principalement les PAB); un leadership marqué en regard des familles et des divers personnels de soins (surtout au niveau des PAB); l'habileté à rassembler le personnel plutôt qu'à le diviser; le caractère franc et respectueux des rapports; un mode de communication continu, direct, ferme et accompagné de résultats; le fait de faire confiance et de valoriser le personnel et finalement, le soutien offert. La disponibilité, l'accessibilité, les rapports d'égal à égal, la défense de leurs intérêts dans certains dossiers, l'organisation physique de l'unité et la gestion optimale des divers stocks sont les principales sources de plaisir évoquées par les infirmières d'une autre unité en regard de l'attitude de leur infirmière-chef. Les propos tenus par les I et AIC de soir mettent en évidence que les infirmières-chefs perçues comme étant les plus "supportantes" sont celles dont le temps de présence sur l'unité chevauche le quart de soir. Ce fait est très apprécié par ces premières car permettant aux infirmières-chefs de mieux connaître la réalité vécue par le personnel de soir et d'avoir par conséquent, davantage son soutien au niveau de leurs requêtes concernant l'organisation du travail du quart de jour:

"Elle reste souvent, le soir, après son travail, pour voir ce qui se passe. Cela nous permet de lui exprimer nos insatisfactions ou nos désirs d'amélioration. On a généralement son appui".

- Avec les PAB

De tous les collectifs d'enquête rencontrés est ressorti que l'entraide et la collaboration entre infirmières et PAB ont pour effet - lorsqu'elles sont présentes - d'alléger la perception de la charge de travail et d'agrémenter le travail. Les infirmières réfèrent à quelques rares exemples de collaboration heureuse avec les PAB. Ces exemples demeurent malheureusement beaucoup trop rares à leur goût. Ainsi, dans une unité, une PAB suggéra

que les soins d'hygiène des bénéficiaires très lourds soient faits à deux personnes (infirmière et PAB). Cette proposition fut acceptée par l'infirmière:

"Cela m'a fait réaliser que travailler à deux, dans un même esprit commun, aide beaucoup et allège la charge de travail".

5.4.2. Les sources de plaisir en lien avec les rapports horizontaux

- Entre collègues infirmières

Si l'absence de collectifs prive les infirmières du soutien des collègues, il ressort que, même rares, les relations de soutien entre pairs demeurent une source de plaisir. En effet, les bonnes relations avec les autres membres de l'équipe ainsi que l'atmosphère agréable de travail sont mentionnées par l'ensemble des collectifs d'enquête comme des facteurs qui rendent l'expérience de travail plus plaisante. Elles soulignent le rôle de soupape et d'exutoire que jouent le rire et la plaisanterie dans le contexte spécifique de travail qu'est le leur. Ce fait indique le caractère exigeant de leur pratique:

"On rit beaucoup! Cela nous fait du bien, cela nous libère. Etant donné la nature de notre travail, il est important d'avoir des moments où on peut rire, ... ça permet de diminuer la pression. Sans ces moments de détente, on ne pourrait pas tenir le coup".

Elles mentionnent également que le soutien effectif entre pairs, sous forme d'écoute et d'entraide, aplanit les difficultés rencontrées dans le cadre du travail.

Il ressort aussi, aux dires des infirmières, que le travail en fin de semaine génère plus de plaisir que le travail en semaine et ce parce qu'il y a moins de stress, pas de rendez-vous, pas de visites de médecins et qu'elles ont dès lors plus le temps d'échanger et de plaisanter entre elles. Semblable fait souligne l'importance de disposer de l'opportunité d'échanger avec les collègues dans la perception du plaisir au travail.

Les I et AIC de soir expriment que le fait de travailler en équipe constitue un plaisir significatif:

"L'un des plaisirs le soir est de travailler en équipe. C'est une chose qui se fait moins de jour. De jour, ils sont comme dans leur "bulle"²² tandis que nous, nous n'avons pas le choix que d'avoir une vision globale de l'unité. Aussi, il y a beaucoup d'entraide et un excellent travail d'équipe".

²² bulle = équipe de huit patients + infirmière + préposé

- Avec les autres professionnels

Les infirmières soulignent le plaisir que leur offrent les médecins qui viennent à leur rescousse en exprimant à l'infirmière-chef, qu'ils souhaitent qu'elles assistent aux rencontres avec les familles. Ce fait leur donne le sentiment qu'au moins certains médecins reconnaissent la contribution significative qu'elles apportent à celles-ci. Elles se disent également très heureuses des rapports harmonieux qu'elles entretiennent avec quelques médecins, cependant trop peu nombreux, qu'elles appellent "*la crème des crèmes*" parce qu'ils se montrent à l'écoute de ce qu'elles perçoivent et observent chez les patients, partagent la même perspective en regard des SLD, sont véritablement ouverts aux soins de confort et permettent un véritable travail en partenariat dans un contexte de rapports égalitaire. En un mot, parce qu'ils reconnaissent d'une part, l'expertise professionnelle qu'elles détiennent et collaborent d'autre part, véritablement avec elles afin d'assurer le plus grand bien-être possible aux bénéficiaires:

"Elle nous dit: "Viens t'asseoir à côté de moi. Raconte-moi ça". Tu te sens écoutée. Elle associe tes recommandations à son point de vue et rédige une prescription qui est comme un jumelage des deux points de vue. En bout de ligne, c'est le patient qui sort gagnant de cette collaboration".

Les infirmières disent apprécier considérablement que ces médecins anticipent le fait que la couverture d'anti-douleurs prévue puisse ne pas suffire pour soulager véritablement le bénéficiaire et rédigent leurs prescriptions en conséquence:

"Il précise dans sa prescription: "si patient non soulagé, administrez..." "

Cette attitude est source de satisfaction dans la mesure où d'une part, elle offre une marge de manoeuvre et donc d'autonomie aux infirmières en termes de soulagement de la douleur des patients. D'autre part, elle exprime indirectement l'expertise et le jugement cliniques que ces médecins reconnaissent aux infirmières pour apprécier le non-soulagement de la douleur avec la prescription initiale et juger de la pertinence de l'administration d'une dose accrue d'anti-douleurs. Il ressort sans équivoque, que l'attitude de ces trop rares "*médecins-crèmes des crèmes*" facilite considérablement le travail des infirmières, allège la perception subjective de leur charge de travail ("*Le fait de travailler avec ce médecin a réglé énormément de problèmes dans notre unité*"), renforce leur identité professionnelle et génère satisfaction et plaisir. L'illustration d'une collaboration heureuse infirmières/médecins est l'élaboration en partenariat d'un plan de soins personnalisé visant à

encadrer le comportement d'une patiente aux tendances manipulatrices et à déterminer une approche commune en regard des situations susceptibles de se présenter. Semblable démarche a épargné aux infirmières d'avoir à déterminer individuellement et à tour de rôle, l'attitude adéquate à adopter par rapport aux tendances manipulatrices de la patiente. Ce fait est perçu comme extrêmement soulageant par les infirmières. En présence d'une attitude collectivement déterminée et adoptée, le poids de la situation et des responsabilités à assumer s'avère nettement moindre.

5.4.3. Autres sources de plaisir

L'un des grands plaisirs éprouvés par les infirmières est de travailler auprès de la clientèle de leur choix:

"Ma principale gratification est de travailler auprès de la clientèle que j'aime".

Le fait d'avoir une activité professionnelle reposant considérablement sur des dimensions humaines et relationnelles, ressort aussi explicitement comme une source de plaisir et comme une dimension-clé inhérente au choix de travailler dans le secteur des SLD:

"Si j'ai quitté le secteur des soins aigus, c'est précisément parce que le côté humain était absent. Ici le côté humain est présent, il y a de la chaleur qui se dégage".

"J'aime donner de l'amour, de l'affection et de la tendresse".

"J'ai quitté le milieu actif pour avoir l'occasion de m'arrêter auprès des patients et de leur parler".

"Offrir quelques instants à une bénéficiaire, lui prendre la main, ça c'est un plaisir".

Un grand nombre d'infirmières expriment également trouver un réel plaisir dans le volet technique de leur travail au point de souhaiter que la part occupée par celui-ci augmente:

"J'aime cependant tellement mon travail clinique: installer une perfusion, faire une prise de sang, ... tout ce que j'ai appris à l'école. J'en mangerais! J'aime ça, sans un bien-être m'envahir et me perçois professionnelle. Ces moments compensent pour la tournée des suppositoires et des fleets".

5.4.4. La sublimation et la transcendance

On perçoit dans les propos énoncés par les infirmières, le recours à une stratégie pouvant être qualifiée de défensive mais offrant la particularité d'ouvrir sur le plaisir contrairement à l'ensemble des autres stratégies défensives ayant pour principal effet d'atténuer la perception de la souffrance sans pour autant générer un sentiment de plaisir. Cette stratégie est le processus de sublimation. La sublimation constitue la stratégie défensive la plus constructive mise en place par les infirmières afin de préserver leur équilibre psychique. La psychanalyse indique, en effet, que devant les tensions vécues dans le cadre du travail, l'appareil psychique (ici: des infirmières) peut déployer deux types d'attitudes: d'une part, développer des mécanismes défensifs, comme ceux que nous avons présentés jusqu'à maintenant et d'autre part, développer une stratégie qui va orienter le désir ou la pulsion vers un nouvel objet, socialement valorisé et par conséquent, source de plaisir. Dans le cas des infirmières rencontrées, il apparaît clairement que la sublimation est au coeur de leur équilibre psychique. Elle s'observe surtout en regard de la relation d'aide, de soutien et d'accompagnement établie avec le bénéficiaire ou sa famille. La sublimation dans la relation d'aide - ou le plaisir d'aider - est étroitement associée à l'éthique professionnelle des infirmières. Autrement dit, c'est dans la relation d'aide, de soutien et d'affection avec les bénéficiaires et leurs familles que les infirmières s'investissent, s'impliquent, perçoivent leur rôle spécifique, trouvent leur valorisation professionnelle, se sentent considérées et reconnues, voient leur utilité et subliment l'ensemble des tensions, frustrations, insatisfactions et souffrances découlant de leur pratique telle que vécue dans le contexte organisationnel propre à l'institution, c'est-à-dire souffrant d'un manque de reconnaissance, de pouvoir et d'autonomie professionnelle:

"C'est la famille, plus que la hiérarchie, qui nous offre la possibilité de jouer notre véritable rôle d'infirmière [...] Dans le rapport qu'on entretient avec la famille, on joue enfin pleinement notre vrai rôle d'infirmière. La famille sollicite et interpelle l'ensemble de notre expertise. Au contact de la famille, notre rôle d'infirmière s'ouvre comme un éventail!"

Le propos ci-après, émanant du collectif de soir qui se perçoit, aux yeux de la hiérarchie, comme le parent pauvre de l'institution, exprime bien l'expérience vécue:

"C'est comme si de soir on n'existait pas".

Leur demandant comment elles font pour vivre pendant des années avec ce sentiment, elles répondent:

"On existe pour nos patients".

"Ce qui nous tient au travail, est le fait qu'on aime les patients".

Une grande part des joies éprouvées par les infirmières, tant de jour que de soir, gravitent en effet autour de la relation de soin et d'aide avec les bénéficiaires dépendants et vulnérables ainsi que leurs familles. Ces relations procurent un profond sentiment d'utilité sociale qui compense pour l'absence de jugement d'utilité de la part de la hiérarchie. Le plaisir émanant du bien-être des bénéficiaires, de la satisfaction des familles et de la réciprocité du don dans les relations vécues avec ceux-ci, est présenté par les infirmières comme de véritables bouées de sauvetage permettant de garder la tête hors de l'océan de frustrations qu'elles vivent en regard de l'organisation du travail. Elles considèrent effectivement recevoir beaucoup des bénéficiaires et de leur famille. Certaines précisent que c'est lorsqu'elles se situent au coeur de ce qui fait l'essence de leur profession, c'est-à-dire le "caring", qu'elles reçoivent le plus:

"C'est à ce moment-là qu'on reçoit!"

"Mon travail m'apporte beaucoup. Je reçois beaucoup des bénéficiaires, surtout lors des échanges affectueux".

"Dans notre travail on reçoit beaucoup".

Il apparaît au travers des propos des infirmières, que la relation de soin, d'aide et d'amour établie tant avec les bénéficiaires qu'avec les familles, offre également une opportunité de croissance et d'actualisation de soi leur permettant de cheminer sur le plan humain. Elles indiquent que même les patients déments, contribuent à les révéler à elles-mêmes:

"Le patient le plus dément de l'unité, peut te montrer ou t'apprendre, chaque jour, quelque chose de nouveau sur toi-même.

C'est ça qui m'attache à mon travail en soins de longue durée".

Elles précisent que l'accompagnement des bénéficiaires mourants offre également une opportunité de croissance personnelle tout en les confrontant cependant à elles-mêmes de sorte que plaisir et inconfort se côtoient intimement dans cette expérience (fait venant confirmer le caractère anxiogène de la confrontation à la fin de vie des bénéficiaires (voir plus haut):

"Lorsque, pendant deux semaines, tu chemines avec un patient mourant et sa famille, tu grandis là-dedans, tu apprends sur toi-même, c'est enrichissant mais cela te confronte aussi à bien des choses".

"Vivre le dernier souffle d'un patient tout en accompagnant la famille est particulier. C'est beau mais épeurant aussi".

"Je vais trouver le décès de X. très difficile. Je ne sais pas comment je vais faire. Je vais sûrement trouver la force. On va grandir dans cette expérience."

Un processus voisin de la sublimation, perçu au travers des dires des infirmières est le fait de transcender les gestes quotidiennement répétés dans le but de leur donner un sens. La transcendance est à comprendre dans le sens où l'entend Parse. Celle-ci parle de la transcendance comme d'une force dynamique de l'existence humaine à travers la création de l'inédit dans la transformation (Parse, 1985). Voyant le danger qui réside dans le fait de tomber dans la routine, certaines infirmières disent s'appliquer activement à dépasser ou à transcender le caractère routinier de leur travail en veillant, par exemple, à s'attarder aux particularités de chaque patient et de chaque famille:

"Il faut essayer de dépasser la routine qu'il y a au niveau des gestes".

"Tu peux laver un bénéficiaire sans le regarder comme tu peux le laver avec l'intention de l'examiner, d'essayer d'apporter quelque chose de nouveau".

"Ce qui rompt la routine, c'est le sens qu'on attribue aux gestes".

Le processus de transcendance opéré par les infirmières s'observe également au niveau des visages et des corps souvent décharnés des bénéficiaires. Ce processus vient modifier le regard posé sur ceux-ci. Des infirmières indiquent qu'il n'est pas rare que de jeunes infirmières se disent impressionnées, voire effrayées, par l'apparence des bénéficiaires:

"Excuse-moi de ce que je vais dire mais je me croirais dans un zoo. Il y en a qui crachent, d'autres qui ont la langue qui pend, ... je n'ai jamais vu ça".

La réaction des jeunes infirmières porte les plus anciennes à se demander pourquoi elles ne remarquent plus ces choses:

"De tels témoignages t'effraient parce qu'ils te font prendre conscience que tu ne vois plus du tout ce que les autres voient. La jeune infirmière faisait, entre autres, allusion à ma petite madame X, qui n'est certes pas belle mais je ne m'en rendais pas compte parce qu'il s'agit de ma patiente préférée. Un jour mon copain est venu me chercher sur l'unité. Après avoir un peu échangé avec madame X, il me demande le soir: "Qu'est-ce que tu lui trouves à madame X? Elle est loin d'être belle. Elle n'a pas de dents dans la bouche". Alors que moi je la trouve tellement fine!"

Celles-ci considèrent avoir "apprivoisé" l'apparence physique ainsi que le comportement quelquefois déroutant des bénéficiaires de sorte que perdant leur caractère étrange, ils en

deviennent moins hostiles, presque familiers. De plus, la relation affective et de proximité établie avec ceux-ci les amène à dépasser le niveau de l'apparence physique:

"On a apprivoisé ces attitudes pour le peu inhabituels et on ne les voit plus".

"On apprend à connaître les bénéficiaires au-delà de leur apparence physique".

5.4.4.1. Quelques spécificités de la sublimation dans la relation d'aide avec les bénéficiaires

Les infirmières réfèrent principalement à la relation de soins et d'aide en regard des bénéficiaires qui vivent douloureusement certaines pertes et certaines étapes de leur maladie ou qui appréhendent l'approche de la mort et nécessitent d'être accompagnés à ce niveau:

"Si un patient me dit qu'il ne retire plus de joie de ce qu'il vit mais qu'il a peur de mourir, je considère que mon rôle est de contribuer à apaiser sa peur afin de l'aider à partir rapidement".

La relation établie avec les bénéficiaires permet aux infirmières de se sentir utiles et importantes:

"La personne âgée est en perte d'autonomie et a besoin de nous. Je suis contente d'être là pour elle et d'essayer de lui apporter un petit quelque chose".

"Nous sentons que nous avons une importance pour eux".

"Je me sens utile et cela me donne beaucoup de valorisation".

"Le fait de se sentir utile est une source de plaisir".

L'ensemble de ces dires contraste très fort avec les propos ci-dessous exprimant les sentiments d'inutilité et de peu d'importance que leur renvoient la hiérarchie et les décideurs politiques:

"Aux yeux de la hiérarchie ou des politiciens, on se sent tellement inutiles ou pas assez importantes pour que quelqu'un nous prenne à coeur, nous écoute et veuille faire quelque chose pour nous rendre la vie un peu plus facile".

Les infirmières disent également percevoir leur utilité au niveau des bénéficiaires qui ont peu de visites et se sentent seuls. Elles tentent de compenser l'absence des familles en les entourant tout particulièrement. Finalement, les infirmières voient aussi leur rôle et leur utilité dans la défense des intérêts, droits et souhaits des bénéficiaires en regard des attentes ou visées parfois peu réalistes ou peu respectueuses, des autres professionnels de la santé, de leur propre famille et quelquefois de l'institution.

Il transparaît clairement des propos des infirmières que le processus de sublimation (et de transcendance) est amplifié lorsque la possibilité d'échange verbal avec les bénéficiaires existe. La possibilité d'échange et de relation permet, entre autres, l'individualisation des soins:

*"Cela fait une telle différence lorsque les patients parlent. Je ferai les mêmes tâches mais je ne les vivrai pas de la même façon".
"Les bénéficiaires avec lesquels il est possible de jaser un peu nous procurent beaucoup de plaisir".*

Si la possibilité d'échange apparaît comme un véritable "plus" dans la relation, il ressort cependant que l'aspect relationnel et la fonction de contact revêtent une importance plus grande que le contenu des propos échangés:

"Ce qui importe, c'est d'être en contact. Il y a une chimie, une énergie qui passe".

Les infirmières indiquent que l'absence d'échange ou de relation renforce le sentiment de "travail à la chaîne" et de monotonie par le fait même qu'elles interviennent dès lors au niveau d'un corps qui offre moins la possibilité de transcendance:

"Le fait de pouvoir échanger avec un patient rompt le sentiment de travail à la chaîne".

Avant de considérer le processus de sublimation dans la relation d'aide avec les familles, il nous semble intéressant de révéler que contrairement à ce que véhicule une certaine littérature, la relation d'aide n'apparaît pas, aux dires des infirmières rencontrées, une source de souffrance ou un facteur d'épuisement. Bien au contraire, il nous a été permis de comprendre que l'implication affective dans la relation d'aide et d'affection établie avec les bénéficiaires (et leur famille) constitue, au travers du processus de sublimation, l'un des pivots centraux de la satisfaction au travail des infirmières et représente, par conséquent, un facteur de bien-être ou de santé mentale au travail:

"Ce n'est pas l'attachement qui est une source de burn-out. Les relations que nous avons avec les patients nous motivent, nous portent. Heureusement que nous avons les patients. Si nous n'avions pas l'opportunité de nous attacher et d'aimer les patients, je ne sais pas comment nous endurerions ce que nous endurons quelquefois".

Les infirmières disent, en effet, ne pas regretter l'attachement aux patients même si celui-ci génère, lors du décès de ces derniers, une souffrance en lien avec le sentiment de perte. Il

apparaît qu'il y a, pour les infirmières, une véritable signification dans l'implication et l'attachement aux patients. Ceux-ci viennent réellement donner sens à leur travail.

5.4.4.2. Quelques spécificités de la sublimation dans la relation d'aide avec les familles

Les infirmières disent se voir gratifier, par un grand nombre de familles, d'une profonde reconnaissance pour les bons soins et services dispensés à leur proche. Elles reçoivent et perçoivent cette reconnaissance comme une source de valorisation. Les principales dimensions de la relation d'aide avec les familles, sources de sublimation, sont d'une part, l'accompagnement des familles qui éprouvent des difficultés à accepter et à confronter la maladie de leur parent ou la perspective de son décès. Les infirmières se donnent pour mission, d'accompagner celles-ci afin qu'elles arrivent progressivement à apprivoiser la réalité qui prévaut de sorte que d'une part, elles collaborent aux approches de soins préconisées et d'autre part, aident leur proche à partir si celui-ci en exprime le souhait:

"Très souvent les familles n'ont pas cette attitude d'acceptation vis-à-vis de la maladie ou de l'approche de la mort de leur parent".

"Nous sommes aussi régulièrement confrontées à des familles qui ne sont pas prêtes à laisser partir leur proche".

"Nous avons à les encadrer et à les soutenir dans cette démarche. C'est un aspect de mon travail que j'aime beaucoup".

"Nous sommes-là pour les aider à traverser cette étape de leur vie".

D'autre part, les infirmières signalent l'accompagnement des familles qui ressentent de la culpabilité vis-à-vis de l'institutionnalisation de leur proche. Cet accompagnement s'avère important à faire afin d'assurer une meilleure collaboration:

"Un grand nombre de familles ressentent de la culpabilité par rapport au fait d'avoir institutionnalisé leur parent. Nous avons à les aider à cheminer à ce niveau. Tant et aussi longtemps que les familles sont habitées par ce sentiment, la relation entre elles et nous est quelque peu difficile. Lorsqu'elles se sentent moins coupables, il devient progressivement plus facile d'interagir et de travailler avec elles".

5.4.4.3. Autres objets ou lieux de sublimation

Comme autres objets socialement valorisés et lieux de sublimation que la relation d'aide, les infirmières relèvent premièrement le fait de s'investir dans divers comités au sein de l'institution. Cette activité permet de rompre la routine et de sublimer les manques de reconnaissance et de valorisation vécus (*"A un moment donné, j'ai fait partie de bien des*

comités. *J'ai été me chercher autre chose*"). Elles mentionnent deuxièmement le fait de s'investir dans diverses formations comme la formation des bénévoles et la formation au niveau de l'accompagnement des mourants. Ces activités offrent la possibilité d'utiliser les connaissances, compétences et habiletés dont disposent les infirmières et que leur pratique ne met pas à profit:

"Moi, je vais beaucoup chercher ma satisfaction dans les autres choses que je fais dans l'institution. Cela me donne le sentiment d'avancer, de développer mes capacités. Si je n'avais pas cette possibilité, il se peut que j'aurais arrêté de travailler plus tôt car il est certain que je ne développe pas, dans mon travail tous mes talents en termes de nursing. Il y a des milliers de facettes au nursing et on nous maintient dans une seule facette. Au fond, c'est tout le côté enseignement, information, relation humaine qu'on voudrait développer mais on est facilement bloqué à ce niveau-là".

Les infirmières semblent également sublimer à travers l'excellente réputation dont jouit l'institution; celle-ci nourrit leur sentiment de fierté d'y travailler:

"On entend dire à l'extérieur, que l'institution donne de très bons soins. On ressent par conséquent une fierté de dire qu'on y travaille".

"Je suis fière de dire que je travaille dans l'institution car il a une bonne renommée dans le milieu des soins de santé".

5.5. Les pistes de solutions énoncées par les infirmières

Au terme de la clarification des sources de plaisir et de souffrance vécues, des consensus se sont établis, chez les participantes, en regard des pistes de solution qui permettraient que l'organisation du travail ouvre davantage sur le plaisir au travail. Ces pistes de solutions, identifiées par les participantes, sont présentées ci-après. Certaines sont de nature conceptuelle, d'autres sont plus concrètes et reliées au milieu d'étude. Apportant chacune à sa façon, une contribution au développement des connaissances, elles sont présentées sans discrimination.

- La création d'espaces de parole

Pour l'ensemble des collectifs d'enquête rencontrés, le début de la solution à la situation qui prévaut passe par la création d'espaces de parole permettant d'échanger à propos de leur pratique, de ventiler les sentiments en regard des décès et deuils vécus, de réunir des

conditions plus favorables à la création de collectifs de travail et de reprendre une certaine emprise sur le travail et son organisation.

- Une reconnaissance renforcée et s'exprimant dans les faits

Parmi les autres pistes de solutions énoncées par les infirmières, il y a le souhait que la hiérarchie les reconnaisse davantage pour la contribution significative qu'elles apportent à la réputation de l'institution. Cette reconnaissance, elles aimeraient la voir se concrétiser entre autres par: 1.- une organisation du travail qui d'une part, soutient explicitement leur spécificité et expertise professionnelles générant ainsi un contenu de tâches plus significatif et d'autre part, maintient leur charge de travail dans des limites permettant l'accomplissement des tâches dans des conditions satisfaisantes offrant au plaisir la chance de surgir; 2.- l'octroi d'une part d'autonomie et de pouvoir plus substantielle dans leur pratique; 3.- une réelle transparence au niveau de ses intentions organisationnelles; 4.- une véritable consultation au niveau des aspects qui touchent leur travail et une participation effective aux décisions en lien avec leur pratique et 5.- une représentation professionnelle aux manifestations organisées ou soutenues par l'institution.

- La réorganisation des soins intégraux

Par le fait même que la dispensation de soins et de services de qualité constitue un aspect central de leur plaisir au travail, les infirmières souhaitent vivement voir se maintenir les dimensions et les conditions indispensables à celle-ci. Aussi, les infirmières souhaitent que le mode de dispensation des soins intégraux soit maintenu car faisant partie intégrante, à leurs yeux, du contexte même des SLD. Le principe des soins intégraux présente, selon celles-ci, le double avantage d'être générateur d'une part, d'autonomie professionnelle en regard des PAB (l'approche globale leur offrant l'information indispensable au suivi des bénéficiaires laquelle elles devraient, dans un système d'équipe, demander aux PAB) et d'autre part, de qualité des soins pour les bénéficiaires. Cependant, si les infirmières ne remettent pas le système des soins intégraux en tant que tel en question, elles souhaitent une redéfinition des rôles, tâches et responsabilités entre les divers personnels de soin. Elles désirent d'une part, une réduction des tâches à contenu significatif faible, c'est-à-dire: des tâches sans spécificité infirmière et pouvant également être accomplies par des PAB et d'autre part, une augmentation des tâches à contenu significatif fort, c'est-à-dire: des tâches spécifiquement infirmières pour lesquelles elles sont formées et qu'elles sont seules à

pouvoir accomplir. Ne voulant pas d'une réorganisation s'accompagnant d'une coupure de postes d'infirmières et d'une embauche massive de PAB, elles proposent que la présente organisation du travail soit maintenue moyennant divers aménagements. Ainsi, elles suggèrent un regroupement inter-équipes des PAB à certains moments de la journée, exemples: le matin lors de l'installation des patients pour le petit déjeuner, pendant qu'elles préparent les médicaments où en après-midi, lors des levers des patients, pendant que les infirmières sont absorbées par la rédaction de leurs notes aux dossiers et autres tâches cléricales. Il faudrait cependant, comme évoqué plus haut, que les infirmières soient déchargées de la responsabilité inhérente aux tâches que les PAB accompliraient seuls (installations, tournées, ...) sans quoi elles se retrouveraient dans une situation piégée et très inconfortable.

En termes de conditions de travail, les infirmières perçoivent la situation qui prévaut comme une limite en deçà de laquelle il ne faudrait pas descendre au risque de ne plus être en mesure d'offrir la qualité de soins et de service souhaitée. Dans cette optique, elles considèrent d'une part, qu'il ne faudrait surtout pas que le personnel soit réduit davantage, celui-ci ayant déjà atteint un seuil critique à leurs yeux, et d'autre part, qu'il serait fort dommageable de diminuer encore plus le temps qu'elles peuvent offrir aux patients. Finalement, les I et AIC de soir estiment qu'il serait important, voire essentiel, qu'elles puissent conserver tout au long de l'année, le personnel de soins régulier permettant d'offrir la nécessaire stabilité et sécurité aux bénéficiaires. Afin de réduire le roulement de personnel, les I et AIC suggèrent que la hiérarchie crée une prime de soir afin de motiver le personnel régulier à rester de soir plutôt que d'accepter des mandats temporaires à temps complet de jour ou de nuit. Si celles-ci reconnaissent qu'il y a eu, au fil du temps, une évolution favorable en regard de la spécificité du rôle d'assistante - amélioration obtenue non sans efforts - elles considèrent que celui-ci devrait être revu. Désireuses de se consacrer à la supervision de l'ensemble de l'unité, aux tâches spécifiques d'assistante et aux situations particulières qui se présentent - allégeant ainsi le restant du personnel - les AIC apprécieraient de ne pas se voir attribuer ou assigner la responsabilité d'une équipe de patients en particulier. Elles souhaiteraient également être plus disponibles pour rencontrer les familles qui en éprouvent le besoin et considèrent qu'il serait très important d'être au moins deux infirmières, en plus de l'AIC, afin d'être en mesure de faire face, de manière sécuritaire, aux situations d'urgence qui se présentent.

Par ailleurs, les infirmières souhaiteraient que l'une d'entre elles soit désignée pour réaliser la tâche d'évaluation de la charge de travail de façon à s'assurer que l'évaluation reflète adéquatement la réalité prévalant au sein de l'unité. De plus, elles apprécieraient que l'infirmière-chef soit plus à l'écoute de leurs besoins, offre davantage de soutien, règle plus adéquatement et efficacement les problèmes et conflits qui surgissent et accroisse son leadership. Elles suggèrent aussi que des services commémoratifs aient régulièrement lieu, ce qui, d'après elles, les aiderait à vivre les deuils. Un certain nombre d'infirmières se montre également en faveur de la réinstauration d'un processus d'évaluation annuelle du personnel, lequel constituerait d'une part, un garde-fou pour les membres du personnel incompetents et d'autre part, une façon de savoir comment leur travail est perçu par l'infirmière-chef. Il peut, en effet, être dit qu'en absence d'évaluation, l'expertise ou la compétence des infirmières n'est jamais officiellement ou explicitement reconnue. Ce fait constitue, pour certaines, une frustration. Finalement, elles demandent qu'une prise en charge plus optimale de la douleur des patients ait lieu.

- Quelques pistes de solution d'ordre matériel

Parmi les changements matériels, structurels ou organisationnels suggérés à l'institution, les infirmières souhaiteraient disposer de plus de lits électriques; apprécieraient l'aide d'une réceptionniste pouvant prendre les appels téléphoniques; souhaiteraient que le système d'interphone fonctionne dans toutes les unités; apprécieraient que soit remédié au caractère exigü de la pharmacie; souhaiteraient l'installation d'un stabilisateur de la température de l'eau des douches et apprécieraient qu'il y ait une personne attitrée aux soins des défunts qui s'acquitterait des toilettes mortuaires et de la descente du corps à la morgue (celle-ci pourrait être sur appel selon les besoins).

5.6. Synthèse des principaux résultats

Il est possible de résumer les principaux résultats qui émergent de la présente investigation en disant que l'expérience subjective de travail des infirmières (participantes) oeuvrant dans le présent contexte québécois en unités de SLD, a pour principales sources de souffrance, la perception douloureuse d'un manque de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir sur les actes infirmiers. Les participantes expriment également leur désillusion en regard d'une organisation pathogène du travail qui repose sur un offensant système de soins intégraux, lequel, dans le concret du travail, ne s'accompagne pas d'une définition explicite

des rôles, des responsabilités et des tâches des divers personnels de soins. Cette situation génère sur le terrain, une ambiguïté de rôles entre les divers personnels soignants, des champs de pratique insuffisamment distincts et des rapports interprofessionnels conflictuels. Les infirmières soulignent le maigre contenu significatif de leur travail, disent ressentir une non-valorisation de la spécificité infirmière et perçoivent une sous-utilisation de l'expertise infirmière. Elles expriment un manque d'accomplissement professionnel, font l'expérience d'une humiliante polyvalence ou interchangeabilité avec les personnels de soins moins qualifiés, et dénoncent une charge de travail augmentée qui les prive du sentiment structurant qu'offre un travail bien fait. L'ensemble de ces éléments restreint considérablement le plaisir au travail, génère un manque de sens dans le travail, porte atteinte à l'identité professionnelle des infirmières et fragilise ainsi, profondément, leur santé mentale. La sublimation dans la relation d'accompagnement et d'aide avec les bénéficiaires et les familles émerge comme stratégie déployée par les infirmières pour compenser l'ensemble des frustrations, des insatisfactions et des souffrances vécues. C'est dans cette relation que les infirmières perçoivent la spécificité de leur rôle en SLD, trouvent un sens à leur travail, construisent leur nécessaire valorisation professionnelle et récoltent l'indispensable reconnaissance. La sublimation est au coeur de l'équilibre psychique des infirmières; elle ouvre sur un sens et un plaisir au travail.

Il ne sera passé inaperçu à aucun lecteur que les résultats de l'étude réfèrent très majoritairement à l'aspect souffrant de l'expérience subjective de travail; extrêmement peu de données portent sur le plaisir au travail. Divers collectifs d'enquête ont soulevé par eux-mêmes le fait que leur discours était peu réjouissant et avait une consonance plutôt déprimante. Ils ont indiqué que cette consonance était cependant l'authentique écho de leur expérience de travail. Si les infirmières soulignent les nombreuses sources "organisationnelles" de leur souffrance au travail, elles pointent également du doigt la fragilité des rapports qu'elles entretiennent entre elles comme étant d'une part, une entrave à un plaisir accru qu'elles pourraient vivre dans le travail et d'autre part, un obstacle à de possibles démarches collectives, lesquelles leur permettraient précisément d'agir sur l'organisation du travail en sorte de la rendre plus conforme à leurs désirs. En ce sens, les infirmières se savent et disent en partie responsables du manque de plaisir vécu au travail et du maintien de certaines sources de souffrance de nature organisationnelle. La responsabilité des situations de travail qu'elles rencontrent et confrontent, leur semble ainsi

partagée. Elles soulignent également que malgré les diverses sources de déplaisir et de souffrance soulevées, elles considèrent que leur sort ou leur lot au sein de l'institution est quand même assez bon et ce, comparativement aux réalités de travail qu'elles savent exister dans d'autres établissements de SLD. Aussi faut-il principalement entendre la parole collective à consonance plaintive des infirmières, comme l'expression de leur intense désir d'être plus heureuses dans l'exercice d'une profession qu'elles affectionnent et qu'elles veulent voir survivre à la crise qu'elle traverse présentement. La démarche d'intercompréhension faite avec les infirmières illustre, d'abord et avant tout, en effet, l'attachement profond que celles-ci ont pour leur pratique professionnelle en SLD. Cet attachement est porteur de qualité de soins et de créativité possible.

5.7. Conclusion

Comme déjà évoqué, le travail peut être tantôt pathogène, tantôt structurant. Le résultat n'est jamais donné d'avance; il dépend, en effet, d'une dynamique complexe que l'analyse psychodynamique des situations de travail contribue à révéler. Au terme de cette analyse il peut être dit que le travail infirmier, tel qu'organisé et structuré d'une part, et en absence de véritables collectifs de travail, d'autre part, apparaît considérablement pathogène mais heureusement compensé par le pouvoir structurant du processus de sublimation opérée par les infirmières dans la relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires et les familles.

Ces résultats portent la chercheuse à discuter, au chapitre suivant, de l'incidence identitaire du manque de reconnaissance, du manque d'autonomie et de l'actuelle logique économique et technoscientifique. La modalité des soins intégraux qui prévaut dans l'institution est également examinée comme source de blessures identitaires. Les résultats mettent en lumière, en effet, que c'est au système des soins intégraux, tel que structuré, organisé et mis en oeuvre par l'institution, que les infirmières doivent plusieurs sources de déplaisir.

CHAPITRE SIXIÈME

DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION

Ce chapitre considère, dans un premier temps, les résultats obtenus par la présente recherche, eu égard à l'état des connaissances relatives au phénomène à l'étude. Dans un deuxième temps, il discute les principales considérations philosophiques, d'intérêt disciplinaire, émanant de l'étude. Troisièmement, il souligne la contribution de l'étude à l'avancement des connaissances en sciences infirmières en précisant des avenues pour la recherche, la pratique infirmière et son organisation ainsi que la formation. Finalement, il énonce les retombées et les suites possibles de la recherche sur le terrain, considère la validité et les limites de la démarche et conclut par un mot de la fin.

6.1. La signification des résultats obtenus en regard de l'état des connaissances

6.1.1. Retour sur les écrits théoriques et les études empiriques

Si on considère la populaire conception de l'environnement psychosocial d'une organisation d'Insel et Moos (1974a) (voir 2.1.1.) et l'échelle de mesure qui lui est associée, soit la *Work Environment Scale - form R*, (*WES - form R*) utilisée par de très nombreux chercheurs en sciences infirmières pour capter et décrire les caractéristiques de l'environnement de travail en soins infirmiers, on observera que les caractéristiques de la reconnaissance et du pouvoir sur l'acte ne sont pas prises en compte par celles-ci²³. Or, à la lumière de la présente étude - et de bien d'autres études en PDT - les dites caractéristiques ressortent comme revêtant une importance considérable dans les rapports sociaux de travail. Cela dit, il importe de se rappeler que la présente recherche en PDT et la conception d'Insel et Moos ainsi que leur échelle, le *WES - form R*, ne se situent pas dans les mêmes paradigmes. Il ne faut, en effet, pas perdre de vue que l'approche de la PDT est fondamentalement subjective et ne vise en aucun cas l'obtention de données objectivables.

D'autres caractéristiques de la conception d'Insel et Moos (1974a) sont, d'une façon ou d'une autre abordées par la présente étude bien que sous un angle d'approche différent. Il s'agit premièrement, des trois caractéristiques de la dimension relationnelle: 1.-

²³ L'autonomie est considérée par la caractéristique de l'autonomie accordée, évaluant dans quelle mesure les infirmières sont encouragées à s'auto-suffire dans la planification de leurs tâches ainsi que dans la prise de décisions (dimension de croissance personnelle)

l'implication, évaluant jusqu'à quel point les infirmières se sentent concernées par leur travail et s'y impliquent, 2.- la cohésion entre les pairs, évaluant dans quelle mesure les infirmières se manifestent entre elles de l'amitié et s'offrent du soutien au travail, et 3.- le soutien des supérieurs, évaluant jusqu'à quel point ceux-ci offrent du soutien aux infirmières et les encouragent à se donner mutuellement du soutien; deuxièmement, de la caractéristique de la pression ressentie au travail, incluant la charge de travail et les contraintes de temps (dimension de la croissance personnelle) et finalement, de deux caractéristiques de la dimension de maintien et de changement des structures, soit 1.- la clarté, évaluant dans quelle mesure les travailleurs savent avec précision ce qui est attendu d'eux dans leurs activités quotidiennes et 2.- le confort physique de lieux, considérant jusqu'à quel point les lieux physiques contribuent à un milieu de travail agréable. Un commentaire pourrait cependant être fait en regard de la deuxième caractéristique, soit celle de la cohésion entre les pairs. A la lumière de la présente étude, l'amitié que les infirmières se manifestent et le soutien qu'elles s'offrent n'apparaissent pas suffisants, en l'absence d'un véritable collectif de travail, pour contrer la souffrance au travail. Autrement dit, en l'absence d'un réel collectif de travail - lequel constitue un soutien cognitif et affectif dans l'expérience difficile de travail - l'amitié manifestée et le soutien offert peuvent certes procurer quelque adoucissement aux difficultés rencontrées dans le travail mais apparaissent insuffisants pour contrer efficacement la souffrance vécue; en font foi les diverses stratégies défensives individuelles développées, tel l'individualisme ou l'adaptation paralysante mises en évidence dans la présente étude. En effet, sans l'appui d'un collectif de travail, l'individu est renvoyé à ses seules forces pour protéger sa santé et développe des mécanismes défensifs fragilisants. En outre, l'étude révèle qu'en absence de véritable collectif de travail, les infirmières se voient privées de la valorisation par les pairs, laquelle est un relais de la valorisation sociale (Carpentier-Roy, 1995a, 1995b). Le manque de reconnaissance entre pairs apparaît, à la lumière de plusieurs enquêtes en PDT réalisées au Québec et en France, une caractéristique de l'époque actuelle (Dejours, 2000). L'auteur explique, en effet, que les nouvelles formes d'organisation du travail ont considérablement aggravé la concurrence entre les travailleurs et ce, sous la pression conjuguée de la menace de la précarisation et de l'évaluation individualisée du travail. Il en résulte une mise en concurrence entre collègues pouvant aller jusqu'à des conduites déloyales qui finissent par avoir raison de la solidarité entre les personnes (Dejours, 2000). Ainsi, insatisfaites au plan de la reconnaissance faite par la hiérarchie et les pairs, les infirmières subliment dans les

rapports avec les bénéficiaires et les familles. Autrement dit, en l'absence de reconnaissance hiérarchique et d'un véritable collectif de travail, la valorisation de leur investissement passe par le regard social (familles, public, ...).

La conception de Healey (1980) de l'environnement de travail a le mérite d'inclure la reconnaissance parmi les caractéristiques considérées. La reconnaissance visée est celle de la performance: une "bonne" performance est récompensée tandis qu'une "faible" performance est critiquée. Cela dit, il importe de souligner que la reconnaissance de la performance, telle que présentée par l'auteur, se différencie énormément de la reconnaissance telle que conceptualisée en PDT. En effet, dans la conception de Healey, la reconnaissance vise le résultat tandis que dans l'approche de la PDT, la reconnaissance porte spécifiquement - et ce sous ses deux jugements d'utilité et de beauté - sur le travail réel accompli. Lorsque la PDT parle de reconnaissance, elle parle de valorisation de la culture de métier laquelle conjugue règles, valeurs et normes construites à partir de connaissances spécifiques (théoriques et empiriques) et fondées sur la vision commune qu'ont les travailleurs de leur travail. Cette approche de la reconnaissance a le mérite de présenter des avantages et bénéfices certains en termes de contribution à la quête identitaire des infirmières et par voie de conséquence, en termes de contribution à leur santé mentale en renforçant le caractère structurant du travail. Ceci est loin d'être le cas de l'approche basée sur le résultat et la performance. Il est important de voir que dans une perspective de professionnalisation et de poussée autonomiste de la pratique infirmières, l'approche de la PDT s'avère des plus intéressantes. Par ailleurs, il peut être dit que la conception de Healey (1980) ne considère cependant pas les caractéristiques du pouvoir et de l'autonomie sur l'acte, lesquelles ressortent de la présente étude comme constituant des dimensions importantes de l'environnement de travail. Finalement, trois autres caractéristiques considérées par Healey et également abordées par la présente étude - bien que sous un angle différent - sont celles de la clarté, de l'imputabilité et de la collaboration. L'étude met en évidence, en effet, combien il s'agit là de dimensions importantes à prendre en compte lorsqu'on considère un environnement de travail.

En regard du modèle de Karasek (Karasek & Theorell, 1990) dont on déplorait la définition limitée à la dimension individuelle du concept de l'autonomie décisionnelle, les résultats de l'étude révèlent l'habileté de la PDT à considérer et rendre compte de la

dimension collective de l'expérience de l'autonomie (ainsi que des autres expériences de travail). En ce qui concerne la suggestion de Karasek (1989) de promouvoir la polyvalence au travail afin d'augmenter le potentiel d'emploi des travailleurs, les résultats de la recherche éclairent la douloureuse incidence identitaire de cette pratique managériale telle que mise en place par l'institution. Finalement, les résultats de la présente étude révèlent que les participantes éprouvent une tension ou une charge psychique importante due au fait qu'elles sont confrontées à un travail psychiquement "demandant" et ce, en l'absence de pouvoir de décision. En cela, ils corroborent les dires de Karasek et Théorell (1990), lesquels indiquent qu'une forte tension au travail s'observe en présence d'un emploi alliant une demande psychologique exigeante et une faible latitude décisionnelle.

En ce qui concerne le modèle de Siegrist (Siegrist et al., 1986; Siegrist et al., 1990; Siegrist, 1996), les résultats de l'étude viennent appuyer l'hypothèse sur laquelle celui-ci repose et qui énonce qu'une situation de travail caractérisée par des efforts considérables et des faibles récompenses s'accompagne de réactions émotionnelles de colère et d'insatisfaction. Les résultats soulignent surtout l'incidence des importants efforts de source extrinsèque et révèlent que parmi ceux-ci, les efforts de nature psychique, c'est-à-dire générant une tension psychique, sont davantage source de souffrance que les efforts de nature physique. Ils confirment l'effet défavorable des contraintes de temps, des interruptions fréquentes du travail et des nombreuses responsabilités en absence de pouvoir. Ce ne sont pas tant les importantes responsabilités en soi qui génèrent l'insatisfaction que l'absence de pouvoir pour y faire face. Les faibles récompenses, dans le cadre de l'étude, sont essentiellement les manques de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir, incluant le manque de soutien, lesquels agissent principalement en affectant le contenu significatif de la tâche. Si le salaire insuffisant (en regard des importantes responsabilités), les opportunités restreintes de carrière et les conditions précaires d'emploi (travail sur appel) sont également mentionnés par les participantes, il ne figurent pas en tête de leurs plaintes. Les résultats éclairent, en effet, que les "faibles récompenses" qui génèrent le plus de souffrance sont celles qui relèvent du registre symbolique.

Les résultats de la présente étude rejoignent également le modèle proposé par Vézina et al. (1992), lequel identifiait d'une part, des facteurs de risque du milieu de travail créant une tension psychique affectant la santé mentale des individus, et d'autre part, des

facteurs de protection du milieu de travail susceptibles d'atténuer la tension psychique et d'exercer un effet bénéfique en regard de la santé mentale des travailleurs. En termes de facteurs de risque, les résultats de la présente étude appuient le caractère néfaste du travail répétitif et monotone, de l'ambiguïté de rôle et de la surcharge de travail, identifié par le modèle de Vézina et al. (1992). L'étude confirme, en effet, que ces éléments génèrent une tension psychique, laquelle participe à la fragilisation de la santé mentale des infirmières. Ce qui transparaît de la présente recherche est le fait que l'ambiguïté de rôles - laquelle relève du registre symbolique - pèse plus lourdement sur la souffrance des infirmières, heurte davantage leur identité professionnelle et fragilise plus leur équilibre psychique que le travail répétitif et la surcharge de travail. Ce résultat en regard de l'ambiguïté de rôles va aussi dans le sens des conclusions de la recherche de Margolis, Kroes & Quinn (1974), lesquelles confirment l'influence défavorable de l'ambiguïté des rôles sur la santé mentale. En outre, mettant en évidence que le manque de confiance dans les personnes avec lesquelles on travaille est lié à une ambiguïté de rôles élevée, les résultats des recherches de Kahn (1964) et de French et Kaplan (1970) portent à faire l'hypothèse que le manque de confiance entre personnels de soins, exprimé par les participantes dans le cadre de l'étude, serait en lien avec l'importante ambiguïté de rôles qui prévaut. Finalement, le résultat en regard de l'ambiguïté de rôles appuie les dires de Canouï et Mauranges (1998) référant au fait que l'ambiguïté de rôles est un facteur organisationnel qui pèse lourdement sur la perception que les infirmières ont de leur travail. La présente étude révèle, en outre, que l'ambiguïté de rôles découle principalement d'une organisation pathogène du travail infirmier reposant sur un système de soins intégraux qui, sur le terrain, ne s'accompagne pas d'une définition explicite des rôles, des responsabilités et des tâches des divers personnels de soins. L'étude ajoute à la compréhension en mettant en évidence que cette situation génère des champs de pratique ainsi que des contenus de tâches insuffisamment distincts entre infirmières, PAB et infirmières auxiliaires et induit un désagréable sentiment d'interchangeabilité ou de polyvalence, lequel entrave la quête identitaire des infirmières et court-circuite le processus de professionnalisation. Les résultats soulignent également que l'ambiguïté de rôles provoque des rapports infirmières/PAB conflictuels. En un mot, ce que montre l'étude - et que les propos de Canouï et Mauranges (1998) n'indiquent ou ne véhiculent pas - est le fait que si l'ambiguïté de rôles est à ce point douloureuse pour les infirmières, c'est parce qu'elle joue sur la question identitaire. En développant la question de l'ambiguïté de rôles, Canouï et Mauranges (1998) se demandent ce qu'il advient de la

motivation²⁴ de l'infirmière qui a choisi cette profession pour sa dimension relationnelle et qui voit cette dimension de plus en plus parasitée par des obligations parallèles? Il peut être dit, à la lumière des résultats de la présente étude, que les infirmières vivent une profonde frustration et de l'insatisfaction voyant la relation d'aide ou d'accompagnement - qu'elles identifient comme une importante source de plaisir - parasitée par un ensemble "d'obligations parallèles", comme disent les auteurs. Parmi ces obligations, les infirmières citent, entre autres, la "*paperasserie*", les tâches ménagères, le fait de répondre au téléphone, etc., lesquels court-circuitent les désirs d'accomplissement professionnel (et personnel) des infirmières.

Le modèle de Vézina et al. (1992) présente cependant le travail en relation d'aide comme un facteur de risque. Si risque il y a, celui-ci ne transparaît pas dans les résultats de la présente étude, lesquels, au contraire, éclairent l'effet structurant de ladite relation pour la santé mentale. L'étude met en évidence, en effet, que c'est précisément dans la relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires et les familles que les infirmières, premièrement, subliment leur souffrance consécutive aux manques de reconnaissance, de pouvoir et d'autonomie octroyés par la hiérarchie; deuxièmement, perçoivent la spécificité de leur rôle en SLD; troisièmement, trouvent un sens à leur travail dans le contexte spécifique des SLD; quatrièmement, construisent leur nécessaire valorisation professionnelle et finalement, récoltent l'indispensable reconnaissance. En outre, ce sont également les familles qui interpellent le plus leur expertise professionnelle ce qui revient à dire que les familles contribuent favorablement au contenu significatif de la tâche des infirmières. En un mot, la relation d'aide et d'accompagnement avec les familles et les bénéficiaires permet la sublimation, laquelle est véritablement au coeur de l'équilibre psychique des participantes. Il importe de voir que la relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires ainsi que les familles fait appel à des valeurs qui fondent d'une part, l'identité professionnelle des infirmières (Kérouac et al., 1994; Lazure, 1987) - et sont dès lors encouragées par les pairs et la communauté d'appartenance - et bénéficient, d'autre part, d'une vaste reconnaissance sociale (bénéficiaires, familles, public, société). Parmi ces

²⁴ Les concepts de motivation et de désir ne sont pas interchangeables dans la mesure où ils appartiennent à des champs théoriques différents; le premier relève de la psychologie et le second de la psychanalyse. Afin de permettre au lecteur de bien comprendre l'usage que fait la présente étude du concept de désir, précisons, comme l'indiquent Dejours et Abdoucheli (1982), que si la motivation "pose la question des mécanismes du comportement, le désir pose la question de Qui est derrière ce comportement" (p. 122). Autrement dit, alors que le concept de motivation réfère aux facteurs conscients qui portent un individu à adopter un comportement, le désir réfère aussi aux dimensions inconscientes de l'action humaine.

valeurs on trouve le *caring*, l'altruisme, l'écoute, l'empathie, la compassion, etc. Aussi, en centrant leur pratique sur la relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires et les familles, les infirmières s'assurent de la nécessaire reconnaissance dont elles se voient privées dans leurs autres rapports. En agissant de la sorte, les infirmières permettent que leur travail ouvre sur le plaisir; elles "se donnent" accès au plaisir. A maintes reprises, les infirmières énoncent leur satisfaction ou leur plaisir à accompagner, à aider, à soulager, à (ré)conforter, à apaiser, à rassurer, à soutenir, etc. On peut penser qu'il s'agit là d'un investissement narcissique qui cherche à sublimer l'impossible guérison, l'impensable retour à domicile, l'inévitable déclin et l'incontournable approche de la mort; la condition des bénéficiaires prive les infirmières de tout sublime "geste salvateur" possible (Carpentier-Roy, 1995, p. 101). Dès lors, elles subliment dans la relation d'aide et d'accompagnement, laquelle relève de la création et peut compenser pour l'absence de la satisfaction narcissique de contribuer au sauvetage d'une vie ou à la "reconstruction" d'un corps, comme c'est possible dans le secteur des soins aigus. Dans cet esprit, l'hypothèse pourrait être émise que la relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires et les familles constitue un acte sublimatoire en regard du désir inconscient des infirmières de contrer la vieillesse, la décrépitude, la déchéance et la mort. La même hypothèse pourrait être formulée, en termes positifs, en disant que la relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires et les familles constitue un acte sublimatoire exprimant le désir d'éternité ou de survie des infirmières. Dans tous les collectifs d'enquête rencontrés, l'investissement dans la relation d'aide et d'accompagnement constitue la base à partir de laquelle elles peuvent jouer la sublimation et vivre un certain plaisir au travail. En ce sens, la relation d'aide et d'accompagnement constitue un "tremplin" vers le plaisir et agit davantage comme facteur de protection au même titre que deux autres facteurs identifiés par Vézina et al. (1992) et corroborés par le corpus théorique de la PDT, à savoir, d'une part, l'autonomie et le pouvoir décisionnel sur le mode opératoire et d'autre part, le soutien social, lequel prend forme dans l'aide, la collaboration des collègues et la reconnaissance du milieu.

Dans le même ordre de pensée, les résultats de l'étude vont à l'encontre des recherches qui concluent que l'épuisement professionnel atteint spécifiquement les professionnels dont la pratique est orientée vers la relation d'aide (Edelwich & Brodsky, 1980; Freudenberger, 1980; Jones, 1982; Maslach, 1976; McConnell, 1982; Pines & Maslach, 1978). Au contraire et comme développé ci-dessus, l'étude met en évidence que la relation d'aide avec les bénéficiaires et les familles permet aux infirmières de redonner du

sens à leur travail ce qui a précisément pour effet de soutenir leur santé mentale. Les résultats de l'étude rejoignent plutôt les conclusions de Landry (1999), lesquelles indiquent qu'entre le non-attachement défensif et la dangereuse fusion, il y a une part d'attachement qui est souhaitable dans la mesure où, permettant aux soignant d'y puiser un sens à leur travail, elle les protège contre l'épuisement professionnel. Benner (1995) indique, quant à elle, que "c'est le sentiment d'avoir donné le meilleur de soi qui est le meilleur des antidotes contre la dépression, même dans les circonstances les plus tragiques" (p. 189); c'est ce que l'auteure appelle "le pouvoir de participation/affirmation des soins infirmiers" (p. 189). Si ladite intensité relationnelle infirmières/bénéficiaires est surtout source de plaisir lors du vivant du bénéficiaire, le décès de celui-ci induit des réactions de deuil fort semblables à celles présentées par la famille. Les infirmières ont un véritable travail de deuil à faire face à la perte de lien, de rôle et de tout ce que le bénéficiaire décédé représentait et signifiait pour elles. Aussi les résultats de l'étude mettent en lumière le paradoxe lié à l'investissement affectif dans la relation de soins: plus l'infirmière s'investit affectivement dans les rapports qu'elle entretient avec les patients et les familles, plus elle se donne de chances de connaître du plaisir au travail mais plus elle s'expose à la souffrance dans la mesure où ces relations interpellent sa sensibilité et la rendent vulnérable. Cadoré (2001) confirme: "[...] au-delà de la compétence professionnelle, le soin sollicite aussi l'engagement personnel des soignants au seul titre de leur humanité, avec ce que cela comporte d'écho sur leur propre mémoire de la souffrance humaine" (p. 21). Inversement, moins l'infirmière s'investit affectivement dans les rapports qu'elle entretient avec les patients et les familles, plus elle se protège du contact avec la souffrance mais plus elle se coupe également du plaisir que peut lui procurer la relation. Comme le soulignent Lambert et Blondeau (1999), avec le désengagement s'éteint également le plaisir au travail; comme elle se ferme à elle-même et se coupe "de la partie de soi qui donne un sens à son agir professionnel, le quotidien finit par se désagréger" (p. 58). Chalifour (2000) confirme cela en relevant le fait de soignants qui, à la suite d'expériences de deuils difficiles, sont portés à maintenir des rapports plus superficiels et fonctionnels avec les patients et les familles: "Conséquemment, ils s'ennuient et trouvent peu d'intérêt à leur travail" (p. 245). C'est alors que s'installent, entre autres, la dépersonnalisation du travail (Collière, 1982). Ces divers propos soulignent la difficulté à laquelle est confrontée l'infirmière, de trouver, face à la personne qui traverse une expérience de santé, la juste distance, soit celle qui favorise l'expression de la souffrance de cette dernière sans en être elle-même éprouvée (Cadoré, 2001).

Cela dit et en revenant au fait que Vézina et al. (1992) présentent le travail en relation d'aide comme un facteur de risque, les résultats de la présente étude offrent quelques éléments permettant de mieux comprendre dans quelles conditions précises de travail, la relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires et les familles peut constituer un facteur de risque. L'étude met premièrement, en lumière que si le système des soins intégraux en unité de SLD se veut véritablement intégral, il doit impérativement prendre en compte que la relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires a pour nécessaire corollaire la relation d'aide et d'accompagnement avec les familles. On observe en effet, dans l'étude, que les infirmières soulignent, à diverses reprises, des sources de désagréments dans la relation avec les familles: ces dernières leur apparaissent quelquefois peu compréhensives, peu conciliantes, peu raisonnables, peu aidantes et peu collaborantes. En réalité, ne comprenant pas nécessairement d'emblée les véritables objectifs de soins qui sous-tendent l'approche de l'infirmière vis-à-vis de leur proche, il arrive que des familles s'interposent dans la relation d'aide ou de soins infirmière/bénéficiaires. Comme cette interposition vient entraver l'atteinte des objectifs de soins poursuivis par l'infirmière, celle-ci développe des sentiments ambivalents en regard des familles. Il ressort clairement de l'étude que les familles ont, à l'instar des bénéficiaires - parfois davantage même - un réel besoin d'aide et de soutien infirmier dans le cheminement qu'elles réalisent ou qu'elles ont à réaliser par rapport, entre autres, à l'institutionnalisation, à la perte graduelle d'autonomie et à l'approche de la fin de vie de leur proche. Ce qu'il importe de comprendre est le fait que seule une véritable relation d'aide et d'accompagnement avec les familles peut permettre à la relation d'aide et d'accompagnement infirmière/bénéficiaires d'advenir déployant ainsi son potentiel structurant. Dans cet esprit il apparaît clairement que si l'institution valorise explicitement le travail d'aide et d'encadrement avec les familles, il convient que le temps nécessaire à sa réalisation soit véritablement octroyé aux infirmières sans quoi celui-ci viendra s'ajouter à l'importante charge de travail déjà existante risquant par le fait même d'être perçu, par les infirmières, davantage comme un fardeau de tâche que comme une source de plaisir et de satisfaction. En d'autres termes il peut être dit que si le travail prescrit réfère à une réelle²⁵ prise en charge infirmière des besoins d'aide et de soutien des familles, le travail réel doit, en échange, offrir sans ambiguïté, l'espace nécessaire à celle-ci sans quoi il y aurait là un véritable piège pour les infirmières dont elles ne pourraient sortir sans

²⁵ c'est-à-dire, comprenant des objectifs de soins, des interventions infirmières et une nécessaire évaluation

conséquences dommageables pour leur santé mentale. Deuxièmement, il importe de noter que ce qui dans l'expérience de la relation d'aide et d'accompagnement ressort comme étant une source de souffrance pour les infirmières est le manque de soutien de la part de la hiérarchie sous la forme d'espaces de paroles qui leur offriraient la possibilité de métaboliser les émotions vécues dans le cadre de cette dimension spécifique de leur pratique. Il apparaît au travers des résultats de l'étude que ce sont plutôt les conditions défavorables dans lesquelles s'inscrit le travail d'accompagnement et de relation d'aide qui peuvent mener les infirmières à l'épuisement que le travail lui-même.

Par ailleurs, les résultats de la présente étude viennent appuyer les dires de Canouï et Mauranges (1998) soulignant le fait que l'interruption des tâches est un facteur organisationnel qui pèse lourdement sur la perception que les infirmières ont de leur travail. Les participantes à l'étude perçoivent l'interruption des tâches tantôt comme un source de tension psychique dans le sens où elle génère un risque accru d'erreurs, tantôt comme une source d'insatisfaction dans la mesure où elle induit un sentiment de morcellement et de fragmentation des tâches. En outre elle est également ressentie, par les infirmières, comme l'expression d'une non-reconnaissance en regard des tâches accomplies par le fait même qu'une tâche qui peut être interrompue est une tâche sans grande importance.

La présente étude illustre également un postulat théorique de la PDT disant que plaisir et souffrance cohabitent dans le travail. L'expérience du plaisir au travail évite que la santé mentale des travailleurs soit continuellement interpellée. La PDT indique plus exactement que le caractère défavorable de certaines peurs ou de certaines contraintes d'activité peut être contré ou neutralisé lorsqu'il est favorablement contrebalancé par des éléments qui influent positivement sur le registre symbolique (Carpentier-Roy, 1995a). Ainsi et à titre de première illustration, les infirmières expriment que le plaisir en lien avec le volet clinique de leur travail - auquel elles associent la relation d'aide et d'accompagnement - compense pour les tâches moins plaisantes qu'elles sont contraintes d'effectuer tel le changement des culottes d'incontinence, les bains, les levers ou les couchers, "*la tournée des suppositoires et des fleets*" (verbatim), etc. Il importe, en effet, de voir que le volet clinique du travail infirmier influe favorablement sur le registre symbolique en sollicitant l'expertise professionnelle des infirmières, en mettant en lumière leur spécificité professionnelle, en contribuant à leur valorisation professionnelle, etc. En

agissant de la sorte, ledit volet nourrit la quête identitaire des infirmières et soutient leur santé mentale. Hesbeen (1997) explique le moindre plaisir éprouvé par les infirmières dans la réalisation des levers et des couchers, des changements de culottes d'incontinence, etc. par le fait que ces tâches sont désincarnées d'une véritable perspective infirmière; raison pour laquelle celles-ci induisent la routine et donc le désintérêt. En référant aux dites tâches, l'auteur précise:

"Rien de tout cela n'est anodin lorsque cela s'inscrit dans une perspective infirmière d'attention et d'aide à la personne. Tout cela est banal lorsqu'on le considère en général ou lorsqu'on ne considère que l'acte, isolé de son contexte humain, de la situation de vie dans laquelle il s'inscrit. C'est la perspective donnée à l'action qui seule justifie les compétences professionnelles et les qualifications requises. Sans perspective infirmière, il ne s'agit que de tâches qui ne relèvent dès lors pas du soin infirmier" (Hesbeen, 1997, p. 65).

L'auteur précise (1997): "Il ne s'agit pas de chercher à donner du sens à chaque acte mais bien d'inscrire l'ensemble des interventions dans une perspective qui prend du sens pour la personne (p. 95). Dans cet esprit, l'inscription des changements de culottes d'incontinence, des levers/couchers, des bains, des lavements, etc. dans une perspective infirmière d'attention et d'aide au bénéficiaire hébergée ouvrirait vraisemblablement sur plus de sens et dès lors, sur plus de plaisir au travail. Une deuxième illustration est le fait que si les infirmières indiquent d'une part, que l'accompagnement des bénéficiaires mourants est quelquefois "épeurant" (verbatim), elles soulignent, d'autre part, le cheminement intéressant que l'expérience permet et l'enrichissement qu'elles en retirent ("*c'est enrichissant*"; verbatim). On observe que dans cette expérience de travail, le caractère anxiogène de la confrontation à la fin de vie des bénéficiaires est contrebalancé par l'expérience de croissance personnelle vécue. Un commentaire collectif des infirmières qui retient notre attention est le fait que dans le présent contexte de vieillissement de la population et de virage ambulatoire (ou d'institutionnalisation plus tardive), les bénéficiaires sont en moyenne, au moment de leur admission, plus âgés que par le passé et présentent un état de santé plus hypothéqué qu'autrefois, ce qui a pour effet, aux dires des infirmières, de raccourcir considérablement leur durée d'hébergement au sein de l'institution et d'induire un roulement accru des bénéficiaires. De cette durée de séjour plus brève découle, aux dires des participantes, une relation infirmière/bénéficiaire/famille de moins longue durée, laquelle s'accompagne d'un attachement moins profond et d'une expérience de

deuil moins souffrante. Sur la base du paradoxe de l'investissement dans la relation de soins, énoncé plus haut et appuyé par Lambert et Blondeau (1999), Chalifour (2000) et Collière (1982), il y a lieu de penser que l'attachement moins profond aux bénéficiaires et aux familles est susceptible de s'accompagner, malheureusement, d'un moindre plaisir dans l'exercice de la pratique infirmière en SLD. La dénomination "soins de longue durée" devrait d'ailleurs, dans ce contexte de raccourcissement significatif de la durée de séjour des bénéficiaires, perdre un peu de sa pertinence.

Les résultats de l'étude viennent par ailleurs contredire les conclusions de Dicaire et al. (1997), lesquelles indiquent que les caractéristiques de la clientèle sont plus génératrices de stress que les caractéristiques de l'organisation du travail. Les infirmières, dans le cadre de la présente étude, disent explicitement que ce qui les "*rend malades*" (verbatim) ce ne sont pas les patients mais bien les problèmes organisationnels. Soulignons cependant que l'étude de Dicaire et al. (1997) incluait des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires ce qui peut expliquer la différence de résultats obtenus.

La présente étude met en lumière que l'augmentation de la charge de travail est dénoncée par les infirmières dans la mesure où celle-ci restreint, d'une part, le temps qu'elles désireraient réserver aux tâches à contenu significatif élevé et les prive, d'autre part, du sentiment gratifiant et structurant que génère un travail bien fait. En réalité, ce n'est pas tant la charge de travail accrue en elle-même qui est décriée par les infirmières que la manière dont celle-ci joue sur le registre symbolique: manque de temps pour la relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires et les familles, manque de temps pour les autres dimensions spécifiques de leur travail, tels les actes techniques, les tâches cliniques, etc. Les résultats de l'étude de Bourbonnais et al. (1997) vont un peu dans le même sens. Les chercheurs soulignent que sur les dix thématiques dégagées par les infirmières, celle relative à la charge physique de travail s'est classée en dernière position et n'a reçu que très peu de suggestions et de commentaires de la part des infirmières. Ils considèrent que ce fait laisse à penser que les autres thèmes d'améliorations des conditions de travail apparaissent plus urgents et cruciaux aux yeux des infirmières de l'étude. Cette donnée corrobore également les résultats de l'étude en PDT de Carpentier-Roy (1990), lesquels révélaient que la charge physique même augmentée n'apparaissait pas au premier rang des plaintes des infirmières.

Quant à la recherche de Bourbonnais et al. (2000), il est intéressant de voir que même elle avait un objet d'étude différent de la présente étude et qu'elle a été réalisée sous un autre paradigme²⁶ ainsi qu'au moyen d'approches théoriques²⁷ et méthodologiques²⁸ dissemblables, plusieurs résultats de cette première sont corroborés par les résultats de cette dernière. En effet, les deux études mettent en évidence dans l'expérience des infirmières: 1.- des réactions de méfiance, de perte de confiance et de retrait par rapport aux collègues; 2.- un sentiment de manque de reconnaissance de la part des supérieurs et de l'institution en retour des efforts fournis pour assurer un travail de qualité auprès des patients; 3.- une perception de manque de reconnaissance entre pairs; 4.- une absence de stratégies collectives et une forte prédominance de stratégies individuelles en regard des situations de travail rencontrées; 5.- une impression d'être reléguées, au sein des équipes interdisciplinaires, à un rôle d'exécutantes, surtout en regard des médecins; 6. un sentiment de perte de pouvoir et de subordination aux autres professions constitutives de l'équipe multidisciplinaire; 6.- un désir commun de voir la valeur et la spécificité de leur profession reconnues et 7. une difficulté grandissante d'avoir une approche holiste et intégrale des soins et ce suite aux compressions budgétaires sous-jacentes à la réforme. Les soins se font désormais dans la hâte et revêtent un caractère morcelé. Dans les deux études, les infirmières expriment que cette réalité de travail va à l'encontre de leurs valeurs professionnelles; elles avouent se sentir démobilisées, se disent essouffées et expriment avoir perdu le sens de leur travail. Les deux études révèlent que ces éléments, entre autres, ont mis en échec le rapport au travail et ont fragilisé l'état de bien-être des infirmières.

6.1.2. Discussion des résultats de l'étude en regard de l'approche *stress-coping*

Si on compare les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude à ceux générés par les recherches empiriques en sciences infirmières présentées au chapitre second et réalisées au moyen de l'approche *stress-coping*, force est de constater, abstraction faite des études de Bourbonnais et al. (1997, 2000), qu'ils diffèrent considérablement en termes de connaissances dégagées.

²⁶ stress versus PDT

²⁷ modèles de Karasek et Théorell (1990), Siegrist (1996) et un modèle inspiré de Jick (1985, 1987) et de Klandermans, Van Vuuren et Jacobson (1991) versus corpus théorique de la PDT

²⁸ focus group, entrevues individuelles versus méthode d'enquête propre à la PDT (entrevues collectives, technique d'interprétation, démarche de validation)

Premièrement et contrairement à l'approche théorique *stress-coping*, laquelle aborde, le plus souvent, les situations de travail sous le seul angle des problèmes confrontés, les résultats de la présente étude illustrent l'habileté de la PDT de révéler - outre les sources de souffrance - les sources de plaisir vécues par les infirmières dans le cadre de leur travail. En effet, l'approche de la PDT joint à l'investigation du versant souffrant de l'expérience de travail qui fragilise la santé mentale, l'analyse du versant plaisant du travail, lequel soutient la santé mentale. La PDT permet ainsi une compréhension plus globale de l'expérience subjective de travail vécue par les infirmières dans le cadre de leur pratique professionnelle. Il importe de souligner que la faible présence de la dimension du plaisir dans les résultats n'est d'aucune façon reliée ou attribuable à l'approche théorique ou méthodologique de la PDT mais à l'authentique dominante souffrante de l'expérience subjective de travail vécue par les infirmières. En d'autres termes, il serait inexact d'associer la présence ténue du plaisir dans les résultats, à une éventuelle ou soi-disant tendance de la PDT à aborder les situations de travail vécues, davantage sous l'angle de la souffrance que du plaisir, ce qui rapprocherait, du même fait, la présente investigation de la majorité des recherches recensées au chapitre second et auxquelles était reproché le fait d'aborder le travail sous l'angle privilégié des problèmes confrontés par les travailleurs. Les sources de plaisir révélées, même peu nombreuses, tant fut restreinte la parole des infirmières à leur égard, constituent la contribution particulière de la présente recherche en PDT au développement des connaissances en sciences infirmières. La relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires et les familles émerge de l'étude comme une source importante de plaisir et de valorisation, pourvu qu'aucune contrainte organisationnelle ou managériale ne vienne l'entraver. Semblable connaissance n'avait pas été offerte à ce jour, à la discipline infirmière par l'approche traditionnelle de *stress-coping*.

Deuxièmement, et alors que dans l'approche *stress-coping* l'accent est mis sur l'individu responsable, l'approche de la PDT, tout en ne niant pas cette responsabilité individuelle, interroge l'organisation du travail comme source de plaisir et de souffrance. La PDT croit en la part d'influence qu'ont ou que peuvent avoir les travailleurs sur l'organisation du travail et par voie de conséquence, sur leur expérience de travail. Elle cherche précisément au moyen de sa démarche spécifique, à leur faire prendre conscience du fait qu'ils ne sont pas que des "acteurs déterminés" au sein de l'organisation mais qu'ils sont également des "sujets libres", capables d'agir sur le travail et son organisation. Elle tente de leur faire comprendre que s'ils parviennent à constituer de véritables collectifs de

travail, ils réussiront à sortir de leur impuissance. Le collectif de travail ouvre, en effet, sur le développement d'outils capables d'agir sur l'organisation du travail. L'étude révèle d'ailleurs très bien que les infirmières agissent en tant que sujets libres en adaptant le travail prescrit aux exigences du réel. Ainsi, elles développent des stratagèmes opératoires pour contrebalancer les sources de souffrance. Un exemple de semblable stratagème - qui dans le cas présent s'avère également être une stratégie défensive - est l'arrivée, le matin, avant l'heure officielle de début de travail, afin de se créer des conditions de travail plus satisfaisantes, c'est-à-dire davantage en accord avec les désirs qu'elles ont en regard de leur travail. Cet exemple de stratagème exprime la liberté d'action des infirmières. En cela elles sont des sujets libres, agissant sur l'organisation du travail. Il peut être dit que les infirmières "jouent" avec l'organisation du travail en sorte de la rendre la plus conforme possible à leurs désirs.

Troisièmement, et comme il sera explicité plus loin, les résultats de cette étude, réalisée sous l'angle de l'approche de la PDT, présentent l'avantage et l'intérêt d'être "articulés" avec l'évolution actuelle de la profession infirmière. Les résultats révèlent, en effet, des sources de plaisir et de souffrance intimement liées au processus de professionnalisation poursuivi par les infirmières et à la poussée autonomiste de la profession. Cette articulation entre les dimensions subjectives et sociales de l'activité humaine de travail contribue à une compréhension plus globale des rapports complexes que les infirmières entretiennent avec leur travail. L'idéologie sous-jacente à l'approche de stress-coping a, quant à elle, encore trop souvent tendance à négliger les causalités sociales pour ne considérer que les seules responsabilités individuelles et comportementales.

Quatrièmement, les résultats de l'étude révèlent l'existence de stratégies défensives déployées par les infirmières, lesquelles sont à distinguer des stratégies d'adaptation prônées dans le cadre de l'approche de *stress-coping*. En effet, de par l'approche individualisante qui les sous-tend, les stratégies d'adaptation ne peuvent être qu'individuelles tandis que les stratégies défensives peuvent, en présence de collectifs de travail, revêtir un caractère collectif. Etant donné l'absence de véritables collectifs de travail, l'étude n'a pas révélé l'existence de stratégies défensives collectives. Ce fait joue considérablement sur l'équilibre psychique des infirmières dans la mesure où elles se trouvent contraintes à se défendre seules contre les éléments qu'elles ressentent comme des agressions à leur bien-être psychologique. Par ailleurs, il importe de voir que l'approche *stress-coping* promeut l'adaptation du travailleur en présentant cette dernière comme le moyen qui va l'aider à

mieux vivre au travail alors qu'elle permet à l'organisation surtout et avant tout, d'atteindre ses objectifs et sa finalité propre. Aussi seul l'individu est interpellé et non l'organisation du travail. La visée de la PDT est toute autre. L'approche psychodynamique ne promeut pas la stratégie défensive; elle en révèle l'existence par l'entremise de l'analyse qu'elle fait des situations de travail vécues par les travailleurs. Ce que la PDT promeut, c'est la transformation organisationnelle qui s'avère nécessaire pour que le travail, tel qu'organisé, contribue davantage aux désirs d'accomplissement et de construction identitaire des travailleurs. C'est, en effet, l'écart entre les désirs que les individus ont en regard de leur travail et la réalité du travail telle que structurée par l'organisation qui induit le déploiement de stratégies défensives. Si l'analyse psychodynamique des situations de travail révèle la présence ou l'action de stratégies défensives, elle présume l'existence, dans le travail, de sources de souffrance dans la mesure où aucun individu sain ne déploie de défenses sans raison ou pour le simple plaisir d'en déployer. L'investigation s'appliquera dès lors à analyser, avec les travailleurs, dans une relation intersubjective, l'expérience collective de travail, de sorte à comprendre les sources de souffrance. Sans cette prise de conscience des souffrances vécues, aucune transformation de l'organisation du travail ne peut être entreprise par les travailleurs, lesquels continueront, dès lors, de se défendre, de s'épuiser et de s'absenter du travail, autant de phénomènes qui, outre le fait d'avoir d'importantes conséquences sur les travailleurs et leur santé, fragilisent également le fonctionnement de l'institution et hypothèquent sa survie. Il importe donc autant pour les travailleurs que pour les administrateurs et les gestionnaires de comprendre les sources organisationnelles de la souffrance vécue dans le travail et de s'appliquer à les réduire. Cette question réfère à la difficile conciliation qu'il convient de trouver entre la personne et l'institution ou l'organisation sachant que "chacune cherche à subordonner l'autre à ses propres fins en la réduisant au statut de moyen" (Hees, 1999, p. 46). En effet, d'une part, la personne a besoin de l'organisation afin d'assurer - outre sa subsistance - l'accomplissement de ce qu'elle est et la construction de son identité sociale. D'autre part, l'organisation, malgré tous les progrès technologiques, n'existe ou ne peut fonctionner que par les personnes qui la constituent et en assurent le bon fonctionnement. Aussi le fait d'avoir à assurer la pérennité de l'institution porte les gestionnaires à considérer les personnes travaillant en son sein comme des ressources qu'ils s'efforcent de soumettre et de "sous-mettre" (Hees, 1999, p. 45) aux objectifs et impératifs organisationnels. C'est ce qu'on appelle la logique instrumentale de l'organisation. Semblable attitude de la part des gestionnaires ou des administrateurs, induit

chez les travailleurs, ici en l'occurrence, les infirmières, le sentiment de n'être, aux yeux des administrateurs et des gestionnaires, que de simples moyens qui permettent à l'institution d'accomplir sa mission propre. Les infirmières ont le sentiment que les gestionnaires ne se soucient pas véritablement de leurs désirs de réalisation, c'est-à-dire de leur logique subjective. Etant donné que pour elles, aussi, l'activité professionnelle est un moyen et non une fin en soi, elles vont ruser pour ne pas se laisser réduire au simple statut de moyen. A l'instar des gestionnaires, elles tentent de soumettre le travail et son organisation à la réalisation de leurs projets d'accomplissement ou du moins, de les moduler de sorte qu'ils leur soient favorables.

Finalement, il pourrait être relevé que l'approche de la PDT parle, comme l'a illustré l'étude, de tension (psychique) et de charge (psychique) de travail et ce, à l'instar de l'approche de *stress-coping* (voir modèles de Karasek et Théorell (1990) et de Siegrist (1996)). Si cela s'avère vrai, il importe de voir que le sens de ces concepts diffère considérablement dans chacune des approches dans la mesure où leur conceptualisation s'est opérée à la lumière de paradigmes distincts.

Comme l'illustrent les paragraphes ci-dessus, les approches de la PDT et de *stress-coping* produisent des résultats différents, lesquels présentent cependant l'intérêt ou l'avantage de se compléter: l'approche *stress-coping* nomme les éléments de stress et établit des relations entre eux tandis que l'approche de la PDT cherche à comprendre comment ces éléments agissent sur les acteurs/sujets concernés. Il pourrait être dit que l'investigation d'un même phénomène au moyen des deux approches est susceptible d'offrir des résultats qui se complètent.

Ces divers éléments permettent d'affirmer le caractère complémentaire des deux approches, lequel peut sainement contribuer au développement des connaissances en sciences infirmières. Il est d'ailleurs de plus en plus reconnu par les experts dans le champ du stress au travail que les interventions visant à réduire le stress sont moins efficaces lorsqu'elles visent seulement à modifier les capacités d'adaptation des travailleurs et travailleuses au stress sans s'attaquer aux stressseurs (Levi, 1995). En s'attaquant directement aux sources de souffrance au travail, la psychodynamique du travail rejoint cette approche et offre en ce sens, une complémentarité intéressante à l'approche théorique de *stress-coping*. Cela dit, il importe de ne jamais perdre de vue que les deux approches s'inscrivent dans des paradigmes à ce point différents que toute prétention de ressemblance et tentative

d'arrimage entre elles relèverait d'un regrettable syncrétisme épistémologique éloignant les prétendants de toute rigueur (Carpentier-Roy, 1990). Les approches de la PDT et de *stress-coping* constituent des approches complémentaires mais non-assimilables.

Pour conclure sur la comparaison entre l'approche de la PDT et l'approche *stress-coping* il peut être dit que s'il a fallu du temps pour admettre que le travail en milieu de soins puisse être pathogène, il en faudra encore beaucoup avant que cette idée soit pleinement admise. En effet, si les risques encourus physiquement sont plutôt bien reconnus, les risques encourus psychologiquement, exprimés sous formes diverses telles la souffrance psychique, la dépression et l'épuisement professionnel sont, en revanche, évoqués avec une certaine gêne quand ils ne sont pas purement et simplement tus, voire même niés (Canoui & Mauranges, 1998). Comme le soulignent ces derniers, lorsque l'évidence d'une atteinte ou d'une conséquence psychique du travail devient incontournable, des fragilités individuelles sont alors invoquées; celles-ci offrent l'avantage de moins impliquer l'institution et son mode d'organisation du travail. Leboul (1998) confirme que la question de la souffrance au travail se voit encore trop souvent restreinte aux seules dimensions de la fragilité individuelle, ce qui en délimite faussement le cadre. S'il n'est certes pas question de nier l'influence de la confrontation à la souffrance, à la maladie et à la mort d'autrui sur la charge psychique des infirmières, il serait réducteur de ne pas questionner les effets préjudiciables de certaines pratiques managériales et organisationnelles. L'analyse des facteurs sous-jacents à la souffrance des infirmières oeuvrant en SLD, renvoie, en réalité, à une double approche: individuelle et organisationnelle. Ne voir dans la souffrance des infirmières qu'un phénomène strictement individuel, revient à nier le poids de la dimension organisationnelle en tant que source de souffrance. C'est refuser de considérer qu'une organisation de travail centrée sur le rendement et la performance puisse entraver la mission de soin. D'autre part, ne voir la souffrance des infirmières que comme le résultat de facteurs extérieurs à la personne, c'est nier le poids émotionnel de la fonction soignante (Canoui & Mauranges, 1998). L'approche de la PDT ne nie pas ce poids, elle le prend en compte en montrant que le renforcement des éléments liés au registre symbolique (reconnaissance, autonomie, pouvoir) peut sinon gommer, au moins diminuer les éléments anxigènes liés à la nature du travail.

A la lumière de cette recherche - et à l'instar de Carpentier-Roy (1995a) - il peut être dit que l'étude des rapports psychiques de l'homme au travail est à ce point complexe, qu'on ne peut faire l'économie de considérer des recherches qui l'éclairent sous différents angles et de diverses façons. Les enseignements des épistémologues du multiple, tel que Serres (1980), se prêtent bien au domaine de la santé mentale au travail; l'auteur indique en effet, qu'il faut savoir "entrer dans le monde des multiplicités [...] où la raison n'est que locale et temporaire (p. 13). C'est dans cet esprit des multiplicités que s'est située la présente recherche, espérant apporter au phénomène à l'étude un éclairage nouveau qui, croisé avec d'autres - en l'occurrence celle de *stress-coping* - aura l'avantage de faire avancer la compréhension des facteurs qui influencent la santé mentale des infirmières.

6.2. Considérations philosophiques, d'intérêt disciplinaire, émanant de l'étude: les manques de reconnaissance et d'autonomie comme sources de blessures identitaires

La souffrance des infirmières en lien avec les manques de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir prend tout son sens lorsqu'on l'inscrit dans l'intense quête identitaire des infirmières, laquelle est parfaitement perceptible sous la parole collective des participantes. Les sections ci-après examineront, premièrement, l'incidence identitaire du manque de reconnaissance, deuxièmement, l'incidence identitaire du manque d'autonomie, troisièmement, la modalité des soins intégraux prévalant dans l'institution comme source de blessures identitaires et finalement l'incidence identitaire de la logique économique et technoscientifique.

6.2.1. L'incidence identitaire du manque d'autonomie professionnelle

Le sens de la souffrance des infirmières s'éclaire à la lumière de la poussée autonomiste de la profession et du vaste mouvement de professionnalisation de la pratique infirmière amorcé au Québec au début du siècle (Cohen & Bienvenue, 1994; Petit, 1989). La professionnalisation est discutée ici en tant que phénomène social selon lequel la société confère, en vertu de certains critères, un statut particulier à un métier (Kelly & Joël, 1995); la finalité de la professionnalisation est d'ailleurs la reconnaissance sociale (Birenbaum, 1987). Catalano (1999) indique que pour être considérée comme une profession, la pratique des soins infirmiers doit satisfaire à des critères quant aux connaissances requises, au degré d'autonomie et à l'imputabilité. Moloney (1986) note également que l'autonomie constitue avec l'existence d'un corpus de connaissances, les caractéristiques "tête de file" d'une

profession. La reconnaissance de l'autonomie constitue l'aboutissement normal du mouvement de professionnalisation de la pratique infirmière (Goulet, 1999). Selon les auteurs en sciences infirmières, l'autonomie professionnelle signifie le pouvoir sur la pratique et la formation (Moloney, 1992), le pouvoir sur le diagnostic et le traitement des problèmes propres à son champ de compétence (Porter, 1992), le droit ou la liberté de gouverner son activité (Newman, 1990) ainsi que le droit à l'autorégulation (Coburn, 1988; Hammond, 1990), à l'autodétermination et à l'autogestion (Kelly & Joël, 1995). L'autonomie est garante de l'influence et du pouvoir que détient une profession (Goulet & Dallaire, 1999a). Ces diverses approches de l'autonomie professionnelle rejoignent l'importance donnée par la PDT à l'autonomie et au pouvoir dans le travail. Comme déjà évoqué, la PDT fait de l'autonomie dans le travail une question centrale en affirmant que c'est dans les marges d'autonomie créatrices face aux prescriptions de travail que chacun peut mobiliser son intelligence pratique et se réaliser pleinement (Périlleux, 1998). Le pouvoir "réel" est compris dans le sens de pouvoir sur et pouvoir de l'acte, référant au concept d'Actepouvoir cher à Mendel (1985), sociopsychanalyste dont la pensée est proche, par certains aspects, de la psychodynamique du travail. Le concept d'Actepouvoir, étroitement lié à la capacité d'agir, de prendre des initiatives, d'opérer des choix, de mesurer les conséquences de ceux-ci et au besoin, de rendre compte de ses actes, réfère à la complexe problématique du pouvoir qu'a le sujet sur les actes professionnels inhérents à sa profession. Le pouvoir sur l'acte renvoie à la maîtrise du processus de l'acte tandis que le pouvoir de l'acte renvoie au pouvoir en regard des effets institutionnels et sociaux de l'acte: en détenant le pouvoir sur l'acte, le travailleur est "acteur de l'acte" tandis qu'en détenant le pouvoir de l'acte, il devient "auteur de l'acte". Le pouvoir et l'autonomie réels, expressions de la reconnaissance, constituent la rétribution autre qu'économique à laquelle aspire tout sujet au travail (Carpentier-Roy, 1995a, 1995b).

Les résultats de l'étude révèlent que l'autonomie n'est pas gagnée pour les infirmières. En effet, si Blondeau (1999) note que dans sa poussée autonomiste, la profession infirmière a relégué au passé ses rapports de subordination envers le médecin et les autres professionnels de la santé, l'expérience subjective de travail vécue par les infirmières de l'étude met en lumière que lors des rencontres interdisciplinaires, l'impression d'être reléguées au rang d'exécutantes par rapport au médecin ainsi que le sentiment de subordination aux autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire se

vivent au présent. Dans la littérature, les avis quant au degré d'autonomie dont jouit la profession infirmière sont d'ailleurs partagés (Goulet & Dallaire, 1999a). Si Blondeau (1999) indique que "la profession infirmière est passée à une pratique autonome, où les contraintes de subordination sont bannies" (p. 114), Leddy & Pepper (1989) qualifient la profession infirmière d'une profession en émergence, Coburn (1988) et Hammond (1990) la qualifient, à l'intérieur du paradigme médical, de semi-profession considérant que l'accès à l'autorégulation ne s'est traduit ni par une autonomie dans le travail, ni par le développement d'une expertise distincte fondée sur des connaissances spécifiques.

L'autonomie professionnelle est intéressante et bénéfique dans la mesure où elle permet un élargissement du champ d'activité des infirmières, favorise des modes d'organisation de la pratique infirmière plus favorables à la santé mentale et ouvre de nouvelles avenues pour contribuer davantage à l'amélioration de la santé de la population (Moloney, 1992). Aussi il importe de poursuivre le projet - ou le "combat" diraient certaines - vers une plus grande autonomie professionnelle et une reconnaissance de celle-ci. Dans cet esprit et si on considère le désir de reconnaissance de la spécificité infirmière qu'expriment les participantes à l'étude, on ne peut que frissonner à l'idée de l'impact qu'aurait sur les rapports sociaux de travail et la santé mentale des infirmières, la déprofessionnalisation (Parkin, 1995; Porter, 1992) qui semble incontournable selon l'Office des professions du Québec (1997) en raison de la nécessaire multidisciplinarité et interdisciplinarité qu'exige l'actuelle configuration du réseau de distribution des soins de santé (Goulet, 1999).

6.2.2. L'incidence identitaire du manque de reconnaissance

Les résultats de l'étude révèlent que les infirmières vivent une profonde souffrance psychique générée par l'expérience d'un manque général de reconnaissance venant tant de la hiérarchie que des autres professionnels de la santé, voire même des pairs. Nous avons vu, également, combien cette souffrance fragilise le bien-être psychique des infirmières. En cela, l'étude vient confirmer les résultats de la plupart des recherches en PDT. Le manque de reconnaissance dans le travail est, en effet, un thème récurrent dans les résultats des recherches en PDT (Dejours, 1995). La reconnaissance fait défaut dans tous les milieux de travail étudiés par la PDT. Comme l'indique Carpentier-Roy (1995b) " (...) c'est d'abord et avant tout l'absence de reconnaissance de ce qu'ils font, de ce qu'ils sont, et la dévalorisation

qu'elle engendre qui tissent la souffrance des travailleurs, minent leur équilibre psychologique et créent des situations très fragilisantes pour la santé mentale" (1995b, p. 128). Ce qu'il faut comprendre, c'est qu'en l'absence de reconnaissance, l'expérience de travail ne peut s'accompagner d'une "gratification identitaire" (Dejours, 1993, p. 227). Benner (1995) souligne l'incidence identitaire du manque de reconnaissance de la profession infirmière: "Jusqu'à ce que cette profession soit reconnue [...], les infirmières continueront à avoir des problèmes à reconnaître leur propre valeur, à affirmer leur identité et à s'impliquer totalement" (p. 176). Hees (1999) note que l'investissement du sujet dans le travail passe avant tout par une quête de sens laquelle nécessite la reconnaissance du travail accompli. Herzberg (1996) indique également que les facteurs qui engendrent une véritable satisfaction et suscitent un réel engagement dans le travail incluent - outre la nature du travail ainsi que le degré d'accomplissement et de responsabilité personnels - l'appréciation reçue par autrui pour le travail réalisé. Comme l'indique Taylor (1992): "La nouveauté, à l'époque moderne, n'est pas le besoin de reconnaissance, mais la possibilité qu'il puisse ne pas être satisfait" (p. 48).

L'étude met en évidence que la reconnaissance fait non seulement défaut au niveau du travail accompli mais également en regard du savoir expérientiel des infirmières; cette non-reconnaissance du savoir expérientiel est tantôt le fait de la hiérarchie, tantôt celui des autres professionnels de la santé. En cela, l'étude confirme les résultats d'autres recherches en PDT (Carpentier-Roy, 1995b; Dejours, 1995). Vézina (2000) indique également que dans un contexte où triomphe la technocratie et où domine la culture scientifique, la direction est souvent réticente à reconnaître la nécessité de faire appel aux connaissances pratiques des travailleurs. Il faut voir que la reconnaissance du savoir expérientiel - laquelle passe par des mécanismes réels, tel celui de la consultation - est le moteur de la construction identitaire (Carpentier-Roy, 2001). Dans ce même esprit, la non-reconnaissance du savoir expérientiel et plus exactement de l'ingéniosité et de la débrouillardise déployées par les travailleurs (infirmières) pour faire face à la réalité du terrain, prive ceux-ci d'un important bénéfice identitaire (Dejours, 1987b). Par ailleurs, reconnaître c'est aussi faire suffisamment confiance aux travailleurs (infirmières) que pour leur octroyer une autonomie et un contrôle sur les actes pour lesquels ils sont formés et en regard desquels ils sont responsables. Arpin (1992) relève également le manque de reconnaissance en regard du savoir expérientiel des infirmières. Elle mentionne, en effet,

que les infirmières détiennent des savoirs implicites - résultant de leur expérience et de leur histoire personnelle - qui ne sont pas toujours reconnus par les milieux de travail. L'auteure prône cette reconnaissance et souligne l'effet bénéfique qu'elle aurait sur la souffrance des infirmières: "[...] il faut légitimer tout ce savoir-faire, fruit de nombreuses années d'expérience. [...] Leur reconnaissance diminuerait énormément le stress et le mal-être vécus par ces soignantes de valeur" (p. 163).

La question du savoir implicite ou expérientiel des infirmières porte à référer à la typologie des principaux savoirs infirmiers, de Carper (1978), laquelle a été reprise, plus récemment, par Chinn et Kramer (1991). Les savoirs implicites résultant de l'expérience et de l'histoire personnelle des infirmières réfèrent respectivement aux savoirs esthétique et personnel distingués et définis par Carper (1978). Le savoir esthétique comprend les connaissances et les habiletés généralement acquises par l'expérience et qui donnent aux soins infirmiers un caractère d'oeuvre, un caractère d'art (Dallaire & Blondeau, 1999). Divers auteurs parlent de l'art infirmier. Les publications significatives les plus récentes sont celles de Bishop et Scudder (1997), de Chinn, Maeve et Bostick (1997) et de Johnson (1996). Le savoir personnel consiste, pour l'infirmière, "en la connaissance, la rencontre et l'actualisation d'un soi personnel, intégré et conscient. [...] Un tel savoir est au coeur d'une pratique des soins où l'infirmière est l'instrument principal, qui utilise le soi de façon thérapeutique" (Dallaire & Blondeau, 1999, p. 180). Ce savoir qui suppose l'engagement plutôt que le détachement, la participation et l'utilisation de soi dans l'acte de connaissance, est "essentiel à la compréhension de la santé et du bien-être d'une personne et au succès de plusieurs interventions infirmières" (Dallaire & Blondeau, 1999, p. 179-180).

Comme énoncé, les participantes à l'étude ressentent également un manque de reconnaissance de leur savoir expérientiel de la part des autres professionnels de la santé. Celui-ci s'exprime douloureusement dans les rapports interdisciplinaires. Lambert et Blondeau (1999) rappellent que le concept d'interdisciplinarité a émergé au cours des 40 à 50 dernières années, avec d'une part, l'explosion des savoirs dans les sciences humaines et physiques et d'autre part, le développement des technologies. Cette évolution a eu pour effet que de nouveaux cliniciens se sont joints aux infirmières. Etant donné que la présence d'autant de professionnels au chevet du patient risquait de créer un certain encombrement, la notion d'interdisciplinarité fut instaurée, fondée, comme le mentionnent les auteures, sur la capacité de chacun d'entrer dans un dialogue en vue d'agir, à l'intérieur de sa sphère de savoir et d'autonomie propre, dans le meilleur intérêt du patient. Les principes à la base de

ce dialogue sont la poursuite d'un but commun, l'acceptation du partage de la relation avec le patient, la capacité d'assumer son identité professionnelle, la connaissance de ses limites de même que la reconnaissance de la compétence de l'autre (Pronovost, 1991). Si ces principes véhiculent explicitement le message que les rapports entre les divers professionnels de la santé sont égalitaires plutôt que hiérarchisés et que chaque clinicien, indépendamment de son appartenance disciplinaire, est habilité à faire valoir la perspective particulière que lui procure le savoir de sa discipline (Lambert et Blondeau, 1999), la parole collective des infirmières exprime une toute autre expérience. Les participantes ressentent, en effet, un manque de respect de la part de l'équipe interdisciplinaire en regard d'une part, de la connaissance approfondie qu'elles ont des bénéficiaires et d'autre part, de leurs suggestions ou recommandations. N'étant pas en mesure de faire valoir leur perspective au sein des réunions interdisciplinaires, les infirmières n'ont pas le sentiment de rapports égalitaires avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Elles font l'expérience que leurs compétences ne sont pas reconnues, pas "validées" par les autres professionnels de la santé. Cette expérience de non-reconnaissance de leur expertise, par les membres de l'équipe interdisciplinaire, induit une blessure identitaire chez les infirmières. Il peut être dit, à l'instar de Lambert et Blondeau (1999), que l'expérience vécue par les infirmières est en partie liée au fait que la véritable interdisciplinarité demeure un mythe parce qu'elle se heurte encore trop souvent à la certitude de certaines professions et à la crainte d'être dominées par d'autres professions. Cela dit, l'expérience vécue par les infirmières réfère également, comme l'indiquent Dallaire et Blondeau (1999) à toute la problématique du savoir infirmier et est la résultante de l'opinion encore largement répandue, chez certains professionnels de la santé, que les soins infirmiers ne constituent ni une science, ni une discipline intellectuelle. Ces auteures soulignent: "Les progrès dans l'élaboration du savoir infirmier n'ont pas réussi à faire taire les doutes émis quant à l'existence [...] d'un tel savoir" (p. 175). Newman (1990) souligne que l'autorité d'une profession est tributaire de ses connaissances. A l'instar de la question de l'autonomie professionnelle, les avis divergent quant à l'existence ou non d'un savoir spécifiquement infirmier et quant au fait de savoir si les soins infirmiers constituent une discipline scientifique ou non. Lyon (1990) révèle qu'un certain nombre d'infirmières considèrent qu'il n'existe pas de connaissances propres aux soins infirmiers. Oermann (1991) mentionne cependant que la discipline infirmière est en voie de devenir une discipline scientifique. Il va sans dire que l'ambiguïté qui existe en regard de l'autonomie professionnelle et du savoir infirmier " [...] donne lieu à une absence

de consensus quant à l'identité professionnelle [...]" (Goulet, 1999, p. 146). L'auteure ajoute: "[...] il n'est pas rare que le champ d'expertise des infirmières soit ignoré et qu'elles soient utilisées comme substituts aux autres professionnels de la santé [...]" (p. 150). Ces propos rejoignent considérablement l'expérience vécue et relatée par les participantes de l'étude.

Les résultats de l'étude appuient l'idée que l'expérience vécue par les infirmières est en lien avec la longue histoire de la profession infirmière, laquelle nous semble traversée par trois traits caractéristiques: 1.- la pratique des soins infirmiers a toujours été investie majoritairement par des femmes; 2.- l'idée de la religieuse dévouée, effacée, soumise, obéissante, charitable, généreuse et compatissante est intimement associée à l'imagerie de la pratique des soins (Blondeau, 1999) et 3.- l'essence du soin est d'abord et avant tout de l'ordre de la relation, des sentiments, des valeurs, des émotions et donc de l'immatériel et de l'intangible. Le premier trait apparaît cependant dominant, suivi de près par le deuxième et le troisième. Féminité (maternité) et religion ont intensément imprégné l'histoire de la pratique infirmière et continuent à agir sournoisement dans l'inconscient collectif. Hagan (2001) souligne que l'image de l'infirmière demeure "liée à celle d'une figure à vocation maternante encore trop répandue" (p. 15). Il importe de préciser qu'en l'absence d'informations substantielles fournies par l'étude en regard de l'empreinte de l'imaginaire féminin dans les rapports sociaux de travail des infirmières, elle peut, tout au plus, se permettre une réflexion à propos de la question, laquelle n'a cependant pas valeur d'analyse assise sur des données empiriques. Ainsi et à partir de ce qui transparaît des entrevues, on peut avancer l'idée que la profession infirmière porte le poids de sa représentation, de son appartenance ou de son empreinte sexuelle. On peut, en effet, penser que la variable "de sexe féminin" ou le fait que les infirmières ont généralement été des femmes, a toujours agi sur le sort qui a été fait et est encore fait aux infirmières, à la profession infirmière et aux connaissances en sciences infirmières et ce, vraisemblablement en raison, entre autres, des valeurs sociales patriarcales qui opèrent encore dans le conscient et l'inconscient collectif. De plus, il ne faut pas perdre de vue que la pratique infirmière a évolué sous la protection et le prestige de la science médicale (Blondeau, 1999). En d'autres termes, la problématique du manque de reconnaissance en regard de la pratique, de la profession et des connaissances en sciences infirmières apparaît intimement associée à la "féminité" de la profession: "aptitudes au dévouement grâce à leurs capacités d'obéissance "scrupuleuse" mais aussi grâce à la "puissance de leur tendresse", telles sont les justifications qui, en France, vont

légitimer la féminisation du personnel infirmier [...] soigner est par excellence l'oeuvre d'une femme" (Le Progrès Médical, 1878, p. 388). Si au lieu d'avoir toujours été majoritairement investie par des femmes, la profession infirmière avait été représentée par des hommes, la problématique de la reconnaissance se poserait, peut-être, en des termes différents. L'hypothèse est plausible dans la mesure où les rapports sociaux de travail sont le reflet des rapports sociaux généraux qui ont cours dans une société. Vézina (2000) est d'avis qu'un des obstacles majeurs à la reconnaissance du travail est lié aux rapports sociaux de sexe. L'auteur indique que comme les critères de reconnaissance sont davantage construits en référence au modèle masculin, il est plus difficile, pour les femmes, de faire reconnaître leur contribution professionnelle. Davezies (1995) et Malenfant (1996) notent que plusieurs tâches traditionnellement confiées aux femmes sont considérées comme étant naturelles ou allant de soi et ne font dès lors pas l'objet d'une reconnaissance professionnelle particulière; ce qui est reconnu dans ce cas, ce sont bien plus les attributs du féminin maternel que les qualifications professionnelles (Carpentier-Roy, 1995b). Semblable réflexion ne doit cependant pas conduire à un sentiment d'impuissance mais plutôt rappeler aux infirmières qu'il importe qu'elles inscrivent leurs actions de transformation du travail infirmier dans la perspective plus globale des améliorations à apporter dans les rapports de sexe qui marquent notre société. En référant à Marcel Mauss (1969), Saillant (1999) parle des soins (infirmiers) comme d'un "phénomène social total" (p. 166), lequel concentre en son sein la totalité des dimensions du réel. En les considérant comme un "phénomène social total", les soins nous portent - comme le souligne l'auteure - bien au-delà de la situation individuelle infirmière-patient dans laquelle ils s'exercent; ils sont "le produit de l'histoire, de la culture, des rapports sociaux de classe et de sexe" (Saillant, 1999, p. 166). La réflexion d'Hesbeen (1997) à propos du soin infirmier est également intéressante. L'auteur note:

"Voilà donc un soin infirmier riche de son incontournable et irréductible contenu, socialement utile, mais prisonnier de la réalité de ce contenu et du contexte tant professionnel que social dans lequel il essaie de s'exprimer. Le soin infirmier souffre doublement de sa nature. D'une part, parce qu'il est « soin » et que le contexte social, autant que celui du système dit de soins, n'est pas véritablement propice à la mise en valeur de l'attention singulière portée à la personne. D'autre part, parce qu'il est « infirmier » et signe un contenu qui, malgré les tentatives pour le rendre plus ou moins scientifique et techniquement sophistiqué, ne peut masquer durablement sa composante majeure, sa réalité profonde, celles de tant de « petites choses » si grandement utiles, qui ne sont pas ou tellement peu spectaculaires, réparties sur les

vingt-quatre heures d'une journée, d'apparence si anodine et qui semblent si souvent secondaires dans l'environnement technoscientifique qui caractérise ce que l'on appelle le monde de la santé" (p. 51).

Il précise:

"C'est sans nul doute à partir de la mise en valeur de l'utilité sociale de toutes ces « petites choses » constitutives du soin infirmier et des qualités professionnelles requises pour leur donner vie et sens, que la profession infirmière pourra clarifier et asseoir son identité tout en montrant, grâce aux racines solides et nourricières que constituent ces « petites choses », sa contribution essentielle à la santé des individus" (Hesbeen, 1997, p. 45).

Brun (2001) souligne que la reconnaissance au travail n'est pas simplement un enjeu de performance organisationnelle et de santé mentale mais également un enjeu éthique et de justice sociale. L'auteur considère qu'il importe, en effet, d'aborder également la reconnaissance au travail sous l'angle de la dignité humaine. Derrière toute forme de reconnaissance "authentique" se glisse nécessairement une question de "dignité" (Marquis, 2001, p. 22-23).

6.2.3. Le système des soins intégraux tel qu'organisé, comme source de blessures identitaires

Les résultats portent à discuter la manière dont le système des soins intégraux est appliqué dans l'institution, comme source de blessures identitaires pour les infirmières. Benner (1995) indique que par l'introduction du système des soins intégraux, la profession infirmière "a cherché à diminuer la fragmentation des soins, à augmenter les responsabilités et la visibilité de l'infirmière [...]" (p. 146). En réponse à Benner (1995) et à la lumière des résultats de l'étude, il est permis d'avancer que si les participantes reconnaissent les bienfaits du système des soins intégraux en termes de qualité de soins (approche globale) pour les bénéficiaires, elles dénoncent cependant clairement l'importante imputabilité en absence du pouvoir normalement assorti aux responsabilités attribuées. Kérouac et al. (1994) confirment l'imputabilité qui est faite aux infirmières dans le cadre du système des soins intégraux: *"Les soins globaux et les soins intégraux donnent à l'infirmière l'entière responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers requis par le client"* (p. 16). Si les infirmières disent apprécier que le système des soins intégraux leur reconnaît de véritables responsabilités dans la mesure où celles-ci peuvent contribuer à leur construction

identitaire, elles font l'expérience qu'en absence du nécessaire pouvoir pour y faire face, celles-ci perdent leur caractère structurant et ouvrent sur le déplaisir; les responsabilités sans le pouvoir condamnent à l'anxiété. En effet, si la responsabilisation - laquelle est très présente aux dires des participantes - peut être structurante car source de valorisation, elle doit, pour ce faire, nécessairement s'accompagner d'une réelle autonomie et de véritables moyens pour l'assumer. En précisant qu'être imputable signifie "être pleinement conscient et responsable de ses actions", Hagan (2001, p. 14) indique que si l'imputabilité peut certes générer un certain stress et une crainte d'éventuelles poursuites juridiques, elle "procure cependant, en contrepartie, la reconnaissance d'une plus grande autonomie professionnelle" (p. 14). Par ailleurs, la mise en application du système de prestation des soins intégraux exige qu'il y ait décentralisation du pouvoir de décision en regard des soins (Hubinon, 1990); l'infirmière-chef affecte l'infirmière à un ensemble de patients et l'autorité en matière de prestation des soins infirmiers revient à cette dernière. Celle-ci "pourra prendre toute décision relative à la prise en charge de ses patients, par exemple, appeler une personne de l'équipe pluridisciplinaire, si elle le juge utile; ou, avec le médecin responsable, décider du transfert du patient et le guider vers sa nouvelle destination. [...] l'infirmière a le pouvoir de prendre toute décision, sans devoir référer préalablement, à l'infirmière-chef [...]" (Hubinon, 1990, p. 82-83). Force est de constater que ce portrait est loin d'être celui décrit par les participantes. Celles-ci décrivent, en effet, davantage, une situation où l'infirmière-chef garde le pouvoir et où les infirmières se voient privées de pouvoir.

L'expérience de la modalité de soins intégraux vécu par les infirmières de cette recherche, c'est-à-dire, sans définition explicite, sur le terrain, des rôles et tâches spécifiques des diverses catégories de personnel de soins, génère chez celles-ci un douloureux sentiment de polyvalence. Les participantes notent que leur travail leur demande d'être médecin, infirmière, pharmacienne, diététiste, ergothérapeute, inhalothérapeute, physiothérapeute, quasiment radiologiste. Elles disent, de manière imagée, avoir quinze tiroirs dans leur tête, un pour chaque rôle professionnel qu'elles ont à assumer. On aurait pu penser que l'expérience de la polyvalence serait source de plaisir pour les infirmières dans la mesure où le fait de "faire office" de médecin, de pharmacienne, de diététiste, d'ergothérapeute, d'inhalothérapeute, de physiothérapeute, ... est susceptible de présenter un caractère "flatteur", valorisant. L'expérience vécue par les infirmières est toute autre. Si on fait abstraction des rôles qui en soi présentent un potentiel nettement moins valorisant, tel

celui de ménagère, de réceptionniste ou de secrétaire, force est de constater que le fait d'assumer les rôles de médecin, de pharmacienne, etc. ne s'accompagne pas de bénéfice valorisant. En réalité, le fait de se voir chargées d'assumer une multitude de rôles leur donne le sentiment désagréable de n'avoir plus de rôle spécifique. Ce qu'il faut comprendre, est le fait que la polyvalence génère une perte d'identité professionnelle dans la mesure où, comme l'indique Carpentier-Roy (1995a) - et tel que l'ont démontré les études de cas de Bernier (1990) - la polyvalence rend la construction de l'identité professionnelle problématique. La polyvalence revêt un caractère d'autant plus blessant pour les infirmières, sur le plan narcissique, que celle-ci, dans le cadre du système des soins intégraux, les porte, de par la vaste part de soins de base qu'elles partagent avec les PAB, à se percevoir à 80% interchangeables avec ceux-ci. Seulement 20% des tâches accomplies sont perçus par les infirmières comme relevant spécifiquement de leur profession. Faire l'expérience d'un travail qu'elles perçoivent à 80% semblable à celui d'un PAB, signifie, en d'autres termes, que les PAB peuvent les remplacer pour 80% du travail qu'elles accomplissent. Semblable expérience porte douloureusement atteinte à l'identité professionnelle des infirmières, cause une réelle blessure narcissique génératrice de souffrance et fragilise, par conséquent, considérablement leur santé mentale. Cette situation de multifonctionnalité ou de polyvalence va à l'encontre de la professionnalisation des infirmières: "n'importe qui pouvant faire le travail, c'est le moi et l'autre confondus" (Carpentier-Roy, 1995a, p. 175). Outre le fait de générer, chez les infirmières, un sentiment profond de dévalorisation et de perte de spécificité professionnelle, cette situation induit des rapports conflictuels entre personnels de soins.

La vaste part de soins de base accomplis dans le cadre du système des soins intégraux, apparaît interférer négativement avec la quête de sens poursuivie par les infirmières et ressort comme une atteinte narcissique douloureuse. Tout en mentionnant qu'elles considèrent ces soins importants, elles les décrivent comme étant lourds, fatiguants, répétitifs et les assimilent à un mal nécessaire. Elles souhaitent avoir à en accomplir moins afin de regagner en disponibilité pour les soins techniques et la relation d'aide et d'accompagnement lesquels elles perçoivent comme plus valorisants et plus spécifiques de leur rôle d'infirmière. Considérant les conditions de travail actuelles des infirmières et la répartition des tâches, Hagan (2001) mentionne:

"Dans certains milieux de soins, il existe des modèles de déqualification et de "déprofessionnalisation" du travail infirmier. Les infirmières se concentrent sur les soins de base et les techniques élémentaires. La lourdeur de la tâche rend utopique la revalorisation des composantes professionnelles de notre rôle notamment [...]: surveiller l'état de la santé, éduquer et établir une relation d'aide et de confiance. Il y a perte du sentiment professionnel parce que le travail ne fait pas appel à nos savoir-faire spécifiques" (p. 19).

Cela dit, il apparaît vraisemblable que la pratique des soins intégraux ne s'accompagne pas nécessairement des mêmes effets sur le plan identitaire, dans un contexte de SLD que dans un contexte de soins aigus. Si on peut dire qu'en soins aigus, la pratique des soins intégraux est contrebalancée par l'effet valorisant de l'ensemble des dimensions techniques du travail infirmier, on ne peut pas en dire autant en SLD. En effet, les soins infirmiers techniques - jugés importants et reconnus par la population et dès lors source de qualification et de valorisation pour les infirmières (Carpentier-Roy, 1991; Perreault & Saillant, 1996) - sont nettement moins présents dans le secteur des SLD. Il s'agit là d'un fait susceptible de contribuer au caractère blessant que peut revêtir la pratique des soins intégraux en terme d'identité professionnelle dans le contexte spécifique des SLD. Hesbeen (1998) note qu'un effet insidieux de la prévalence de la médecine techno-scientifique est le fait que les professionnels qui exercent dans des secteurs moins techniques et moins spectaculaires sont parfois encore injustement dévalorisés, alors que la caractéristique fondamentale de leur métier soignant est en tout point comparable à celui de leurs collègues: prendre soin d'une personne dans la situation particulière de vie qui est la sienne. Lambert et Blondeau (1999) indiquent qu'il fait partie du non-dit que le statut de chaque infirmière, dans l'échelle sociale de l'univers des cliniciens, est fonction de la technicité de ses interventions. Sous l'influence de ce modèle, les infirmières oeuvrant en unité de SLD jouissent inévitablement d'une appréciation et d'une reconnaissance moindres qu'une infirmière travaillant en unité de soins intensifs. Il est dès lors très important que le mode d'organisation des soins contribue autant que possible à contrebalancer l'impact potentiellement dévalorisant du contexte des SLD. A cette situation vient s'ajouter le fait que le travail infirmier en SLD n'a pas pour perspective, comme en soins aigus, le recouvrement de la santé et le retour à domicile du bénéficiaire. Autrement dit, en SLD, "la satisfaction au travail ne se mesure pas à la guérison des bénéficiaires [...]" (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, 1999, p. 65). Etre infirmière, dans ce

secteur de soins, c'est soigner, soulager, rassurer, accompagner, s'impliquer auprès de personnes dont l'état de santé décline jour après jour et qui cheminent lentement mais sûrement vers la mort (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, 1999): "C'est construire et perdre sans cesse. C'est souvent ne pas avoir la justesse ou non de son action" (p. 55). L'invariable perspective des soins dispensés est la mort. Force est de constater que dans notre société, le soin s'inscrit plus logiquement dans une perspective de guérison que de mort. Or, le soin en longue durée est au mieux un soin qui soulage, qui reconforte, qui apaise mais au grand jamais, un soin qui restaure la santé et contribue au retour à domicile. Semblable expérience confronte les infirmières aux limites de leur pouvoir professionnel et les contraint à une recherche de sens très spécifique. L'étude de Carpentier-Roy (1990) met en évidence que la présence de la technique génère chez les infirmières travaillant aux soins intensifs, un sentiment de compétence et de reconnaissance: par le pouvoir et l'autonomie qu'elle dispense aux infirmières, la technique donne un sens au travail infirmier. On peut se demander s'il existe, en SLD, une dimension ou un aspect des soins susceptible de générer un sentiment similaire de compétence et de reconnaissance? A la lumière des résultats de l'étude il apparaît que l'accompagnement et la relation d'aide avec les bénéficiaires et les familles pourraient constituer cette dimension. Ils ressortent, en effet, comme la source principale de valorisation et de plaisir au travail. La relation d'aide renferme d'ailleurs, en tant qu'intervention thérapeutique, une dimension ou connotation "technique" dans le sens où elle comporte un but à atteindre au moyen d'un ensemble de techniques relationnelles. Cependant, on ne peut guère dire qu'elle fasse l'objet d'une vaste reconnaissance. Sa faible prise en compte dans le calcul de la charge de travail de l'unité reflète, aux yeux des infirmières, le peu de véritable reconnaissance dont cette relation bénéficie de la part de la hiérarchie.

En conclusion, il est possible de dire qu'en ayant pour préoccupation centrale le bien-être du patient, le système des soins intégraux apparaît, à première vue, le mode de dispensation des soins le plus adéquat pour celui-ci. Cependant, si ledit système est, comme le montre l'étude, d'une part, source de profondes blessures identitaires pour les infirmières et dès lors, source d'insatisfaction et de souffrance et d'autre part, source de rapports conflictuels entre elles et les autres personnels de soins, il y a lieu de croire que l'ensemble de ces éléments rebondissent d'une façon ou d'une autre sur les patients, réduisant ainsi considérablement l'intérêt dudit mode de prestation des soins. L'expérience relatée par les

infirmières met en évidence qu'au lieu de contribuer à une consolidation et à la valorisation de l'identité professionnelle des infirmières, le système des soins intégraux, tel qu'appliqué dans l'institution, va plutôt dans le sens d'une désintégration de l'identité professionnelle. Il peut ainsi être dit, que nonobstant l'idéal théorique avec lequel le système de dispensation des soins intégraux a pu être conçu, il ressort de l'expérience subjective des infirmières qu'en absence d'une définition distinctive explicite de leur rôle par rapport aux autres membres de l'équipe (infirmières auxiliaires et préposés), le système des soins intégraux a pour effet pervers d'agir défavorablement sur leur identité professionnelle. Autrement dit, il convient de reconnaître qu'en dépit des objectifs, si nobles soient-ils, ayant sous-tendu la conceptualisation du système des soins intégraux, l'expérience concrète et quotidienne de celui-ci, par des infirmières oeuvrant en unités de SLD, révèle qu'en absence d'une définition explicite et distinctive du rôle infirmier, le système des soins intégraux joue plutôt négativement sur la santé mentale des infirmières en fragilisant l'identité professionnelle de celles-ci.

6.2.4. L'incidence identitaire de la logique économique et technoscientifique

Les résultats de l'étude corroborent les écrits soulignant l'impact défavorable de la présente logique économique et technoscientifique sur la pratique du soin. Blondeau (1999), Goulet et Dallaire (1999) indiquent que dans son orientation contemporaine marquée d'une intense volonté autonomiste, la profession infirmière replace le patient et sa famille au centre de ses préoccupations, manifeste un nouvel intérêt pour les relations avec ceux-ci, clame la loyauté envers ces derniers et la défense de leurs intérêts. Cet important et nécessaire recentrage entre malheureusement, considérablement en contradiction avec la réalité institutionnelle; les impératifs économiques, le manque de temps, les problèmes d'organisation, ... sont autant de facteurs qui génèrent de l'insatisfaction chez les infirmières (Cadoré, 2001). Si on considère attentivement les traits marquants de l'actuelle organisation des soins infirmiers, force est de constater que ceux-ci s'inspirent largement des théories de l'administration inféodées à la logique économique qui prévaut présentement. Autrement dit, les modèles actuels de gestion des soins infirmiers sont soutenus par des critères rationnels, quantitatifs et économiques plutôt que par les valeurs subjectives, affectives, intuitives et d'éthique à la base du prendre soin (Sandhu, Duquette, Kérouac & Rouillier, 1992). La culture organisationnelle des établissements de santé n'est pas propice à la pratique des soins infirmiers (Brallier, 1991; Brown, 1991; Gardner, Kelly, Johnson,

McCloskey & Maas, 1991). Les caractéristiques de la plupart des établissements de santé, les actuelles structures d'organisation ainsi que les valeurs quantitatives axées sur la productivité apparaissent, en effet, inadéquates à la croissance et au développement des soins (Kérouac et al., 1994).

L'étude permet d'observer que le terme de "bénéficiaire" est peu adopté et ne semble pas assimilé par les infirmières. On pourrait penser que le glissement de malade, à patient, à client ou bénéficiaire contribue à une perte de repères et peut-être de sens pour les infirmières: prendre soin d'un patient ou servir un bénéficiaire n'a peut-être pas la même signification pour les infirmières; fait susceptible d'avoir des répercussions sur l'identité professionnelle des infirmières. Chanlat (1998) indique que le terme de bénéficiaire ou de client renvoie à une réalité bien précise, "celle du marché" (p. 89).

L'étude éclaire à sa façon, les effets qu'ont eu les récentes transformations du système de santé québécois sur l'expérience de soin d'infirmières oeuvrant présentement en CHSLD. Si les décideurs invoquent que les transformations apportées au système étaient nécessaires pour s'ajuster aux changements technologiques, contenir les coûts et assurer une utilisation plus optimale des ressources humaines, il peut être dit, à la suite de Bégin et al. (1999a) et à la lumière des résultats de l'étude, que leur politique gouvernementale de réduction du déficit a insuffisamment pris en compte les conséquences qu'elle allait avoir pour les professionnels de la santé, telles les infirmières qui auraient à vivre les transformations prônées. A vouloir faire aussi vite, trop vite, une réforme affectant profondément les cultures professionnelles et organisationnelles, les décideurs politiques ont, nonobstant leurs motifs, considérablement démobilisé ceux et celles, infirmières en tête, par qui le changement doit obligatoirement passer pour advenir. Cela dit, s'il apparaît assez explicite que les infirmières vivent, dans le présent contexte, une conjonction de sources de souffrance susceptibles de les mener à l'épuisement professionnel, il importe de rappeler que celles-ci ne sauraient être attribuées aux seuls changements entraînés par la réforme du système soins; celles-ci sont également à mettre en perspective avec la profonde anomie sociale que vit la société québécoise et qui influe sur les manières de faire et de penser.

6.3. La contribution de l'étude à l'avancement des connaissances en sciences infirmières

6.3.1. Avenues pour la recherche et le développement des connaissances en sciences infirmières

Partant du fait que les sciences infirmières constituent une discipline professionnelle et que la pratique infirmière est dès lors sa raison d'être et alimente son développement (Goulet & Dallaire, 1999), la chercheuse voit l'épistémologie de terrain qui sous-tend la PDT et qui prend essentiellement naissance dans l'expérience vécue du travail, comme très pertinente pour le développement du corpus de connaissances de la discipline infirmière. Il importe, en effet, que la théorisation en sciences infirmières parte de la pratique (praxis) et se nourrisse d'elle. C'est dans cette optique que la présente étude qui visait à mieux comprendre l'expérience subjective de travail vécue par les infirmières était pertinente et justifiée. C'est également en ce sens que la recherche et le développement des connaissances en sciences infirmières peuvent profiter de l'éclairage qu'offre la PDT à l'étude des phénomènes qui intéressent la discipline.

L'épistémologie du soin se trouve au carrefour de diverses épistémologies, telle l'épistémologie des sciences sociales et autres sciences humaines. Vouloir opérer une scission entre l'épistémologie du soin et l'épistémologie des sciences sociales et humaines, relève, à notre avis, du non-sens. Aussi en gardant à l'esprit les différences épistémologiques et méthodologiques, la chercheuse considère, à la suite de Fernandez-Zoïla (1999), que des articulations sont possibles et même souhaitables entre les diverses disciplines qui s'intéressent aux phénomènes humains. Ceci permet de bénéficier des connaissances que d'autres disciplines, dans leur diversité, ont déjà développées, de les faire fonctionner librement en recherchant leurs interactions éventuelles et surtout, de s'affranchir de tout dogmatisme préalable (Fernandez-Zoïla, 1999) susceptible de bloquer la pensée (Arendt, 1983). A l'instar de Fernandez-Zoïla (1999), la chercheuse est en faveur "des confrontations fécondes sans oppositions obligatoires" (p. 92) entre les diverses sources de connaissances. Le pluralisme des discours sur la connaissance est aujourd'hui admis et se substitue lentement au discours hégémonique des tenants du modèle orthodoxe de la science (Bégin, Joubert & Turgeon, 1999b). Si le monde scientifique souhaite développer une meilleure compréhension des multiples éléments à l'oeuvre dans le travail et dans la dynamique des rapports sociaux de travail, une concertation des disciplines et des

chercheurs est nécessaire afin que s'articulent de manière féconde les différentes approches existantes: la multiplication des outils théoriques est souhaitable dans le sens où leur complémentarité peut faire avancer à la fois les connaissances et la santé des individus (Carpentier-Roy, 1995c). A la suite de Saillant (1999), la chercheuse considère que la complexité des phénomènes et les exigences du développement actuel des connaissances sont à ce point intenses qu'il devient de moins en moins pertinent et recevable, de considérer un phénomène selon la perspective d'une seule discipline: "Pour diverses raisons, il apparaît que le regroupement plus ou moins important de chercheurs en équipes composées de partenaires de diverses disciplines est la voie de l'avenir" (p. 159). Comme le dit très bien Chanlat (1998):

"Nul ne peut couvrir tous les aspects de l'existence humaine en même temps. C'est pourquoi il existe des disciplines. Mais souvent, l'esprit disciplinaire occulte les autres pans de la réalité, entraînant par là même ces vices intellectuels bien connus que sont le réductionnisme et l'impérialisme qui réduisent tout effort de compréhension véritable" (Chanlat, 1998, p. 79).

L'auteur ajoute:

"[...] de nos jours, en science, nous sommes en fait plus souvent unis par l'objet qu'on étudie, la question qu'on se pose que par la discipline stricto sensu. L'ouverture des frontières et le nomadisme des concepts sont de plus en plus inscrits dans notre expérience" (p. 81).

Des écrits en sciences infirmières discutent également du choix des méthodes de recherche contribuant le plus à l'enrichissement des connaissances disciplinaires (Kérouac et al., 1994). A l'instar de ces auteurs, la chercheuse considère qu'à ce stade de son évolution, la recherche infirmière ne peut que profiter d'une diversité de choix. Comme le dit Hayne (1992), il importe de favoriser une synergie entre les différentes méthodes de recherche, de permettre une flexibilité entre celles-ci et d'apprécier la saine diversité caractérisant l'évolution des connaissances infirmières, la diversité engendrant - selon l'auteur - souvent l'excellence.

Il est permis de penser qu'il importe que les chercheurs en sciences infirmières reconnaissent les vertus heuristiques d'une approche interdisciplinaire en recherche dans la mesure où les phénomènes qui intéressent la discipline infirmière présentent le plus souvent une complexe multidimensionnalité requérant une approche ouverte et puisant à de

multiples sources de savoir à commencer, certes, par celle des infirmières elles-mêmes (Saillant, 1999). L'approche interdisciplinaire en recherche n'est pas nouvelle; elle influe déjà depuis un certain moment sur les pratiques scientifiques. Elle s'observe cependant moins en sciences infirmières et ce vraisemblablement étant donné l'immense désir qu'ont celles-ci de se définir comme étant une discipline distincte. Il apparaît cependant important que la discipline s'ouvre, au terme de cette période d'intense introspection disciplinaire, sur une pratique interdisciplinaire et "ancrée" des soins telle que conceptualisée par Saillant (1999); celle-ci ne pourra que profiter au développement du corps de connaissances en sciences infirmières. Par "ancrée" - terme emprunté à Glaser et Strauss (1967) - l'auteure réfère à une interdisciplinarité qui tient compte, dans la compréhension de l'objet, des réalités historiques, sociales, culturelles et épistémologiques qui lui sont spécifiques. L'avenir du développement des connaissances en sciences infirmières, se trouve dans une fertile et prometteuse interdisciplinarité. Il importe cependant de ne pas tomber dans le piège d'amalgamer des concepts, des théories ou des méthodes d'horizons disciplinaires différents sans s'assurer auparavant de la cohérence de leurs articulations épistémologiques, ontologiques et paradigmatiques respectives. Il convient, en effet, d'éviter tout syncrétisme scientifique (Carpentier-Roy, 1990; Saillant, 1999). Comme le souligne Saillant (1999), il faut impérativement garder en tête que toute discipline est, outre une association de concepts, "une disposition d'esprit, une structure de pensée, une vision du monde" (p. 165). L'analyse en collectif de chercheurs d'appartenance disciplinaire variée - tel que le conçoit et le fait la PDT - apparaît très pertinente pour investiguer les phénomènes et les problématiques de santé mentale vécus par les infirmières dans le cadre de leur pratique. On ne peut qu'espérer, en tant que chercheuse, que les sciences infirmières s'ouvrent à l'approche interdisciplinaire des problèmes de santé mentale au travail que propose la psychodynamique du travail. Saillant (1999) indique que chaque dimension du réel présent dans le "phénomène social total" que sont les soins (infirmiers) aux yeux de l'auteure, peut donner lieu à des travaux disciplinaires ou interdisciplinaires.

Il apparaît également que l'approche compréhensive intersubjective chercheurs/participants que propose la PDT est riche de promesses pour la recherche en sciences infirmières dans la mesure où, à partir du vécu subjectif des infirmières, elle donne accès au sens des situations de travail et ouvre sur une compréhension originale des mécanismes à l'origine des problèmes de santé mentale au travail. Par le fait même que

l'être humain en tant que sujet social et sujet singulier est complexe et imprévisible et que les phénomènes humains mettent généralement en jeu une expérience, une subjectivité, des dynamiques, des valeurs, des intentions, des désirs, des significations, ... les questions de causalité demeurent difficiles à établir en sciences humaines. Cela conduit de plus en plus de chercheurs à privilégier les approches compréhensives des phénomènes vécus par les individus (Caillé, 1993; Dejours, 1995; Dosse, 1995 et Freitag, 1996). Ducharme (2001) indique que l'adhésion d'un nombre croissant d'infirmières chercheuses au paradigme de la transformation (Kérouac et al., 1994) porte des auteurs en sciences infirmières à moderniser la vision de la connaissance empirique privilégiée jusqu'alors par la discipline afin d'y inclure la position interprétative du développement des connaissances (Phillips, 1992). Ducharme (2001) précise que des méthodes tenant davantage compte de l'interaction personne-environnement et privilégiant la compréhension des significations des expériences humaines de santé ont ainsi été proposées à la discipline infirmière. L'épistémologie herméneutique et l'approche compréhensive qui caractérisent la PDT ainsi que sa méthode d'enquête rejoignent ces considérations. L'approche de la PDT présente en outre le grand avantage de donner ou de redonner aux infirmières qui vivent le travail, la place qui leur revient, soit celle de sujets porteurs de sens. Ce principe épistémologique est opérant; il libère du sens pour les infirmières qui participent aux études en PDT et renouvelle le sens donné à la recherche dans le champ de la santé mentale des infirmières (Carpentier-Roy, 2000). La relation intersubjective collectifs d'enquête/collectif de chercheurs permet d'appréhender la complexité des expériences subjectives de travail vécues par les infirmières, de saisir le sens qu'elles revêtent aux yeux de celles-ci et ainsi de contribuer au développement des connaissances relatives à la santé mentale des infirmières. Comme l'indique Dejours (2000): "[...] les méthodes objectives d'évaluation du travail [...] sont erronées; il faut apprendre à écouter pour avoir une chance d'entendre le travail et de conjurer les malentendus" (p. 17).

S'il peut être soulevé, comme l'évoquait le chapitre premier, que la présente recherche en sciences infirmières ne s'appuie pas sur un cadre de référence propre à la discipline infirmière, il est possible d'observer une proximité de pensée entre les fondements philosophiques qui sous-tendent l'approche de la PDT et ceux qui sous-tendent le paradigme de la transformation tel que décrit par Kérouac et al. (1994). Ces auteurs indiquent premièrement, que sous l'angle du paradigme de la transformation, tout

phénomène est une unité globale en interaction réciproque et simultanée avec une autre unité globale, plus large, constituée de l'univers qui l'entoure. Dans des conditions de perpétuel changement - telles celles prévalant au cours de ces dernières années dans le secteur de la santé - l'interaction entre des phénomènes complexes est le point de départ d'une nouvelle dynamique encore plus complexe. Dans le même ordre d'idée, l'approche de la PDT invite à voir l'expérience de travail vécue par les travailleurs (ici les infirmières), comme le fait de l'interaction complexe - laquelle relève souvent de la confrontation - entre les désirs des travailleurs en tant que acteurs/sujets et un contexte socio-organisationnel généralement contraignant. Lesdits désirs et contexte étant complexes, leur interaction l'est tout autant, sinon plus. Deuxièmement, et découlant des propos ci-avant, le paradigme de la transformation considère, à l'instar de l'approche de la PDT, que la personne est indissociable de son univers et forme avec son environnement un modèle dynamique de relation mutuelle et simultanée: "la personne reconnaît qu'elle agit de concert avec l'environnement et reconnaît également l'influence de l'environnement sur elle" (Kérouac et al., 1994, p. 15). Cette vision peut être mise en parallèle avec la perspective d'Habermas (1987) - sous-jacente à la PDT - référant à la relation entre le monde objectif et subjectif. Troisièmement, le paradigme de la transformation conçoit la santé à la fois comme une valeur et une expérience englobant l'unité personne-environnement. La santé n'est ni un état stable, ni l'absence de maladie; elle fait partie de la dynamique de l'expérience humaine et réfère au bien-être ainsi qu'à la réalisation du potentiel de création de la personne (Kérouac et al., 1994). Cette conception de la santé est d'une part, proche du concept de normalité retenu par la PDT pour appréhender la santé mentale au travail et rejoint, d'autre part, l'importance centrale qu'elle accorde à l'identité en tant qu'armature de la santé mentale (Dejours, 1993, 1995b); le chapitre troisième revient sur ces notions. Finalement, Kérouac et al. (1994) précisent que la recherche infirmière, sous le paradigme de la transformation, se caractérise par la diversité des méthodes d'investigation scientifique, laquelle permet la compréhension des phénomènes complexes et globaux. Elle s'effectue, en outre, dans un système ouvert privilégiant la signification accordée par la personne aux expériences vécues. A l'instar de la recherche réalisée sous ce paradigme, les études en PDT valorisent la qualité de l'expérience humaine vécue considérant le sujet comme producteur de sens et de connaissances.

D'autre part - et comme évoqué ci-dessus - il peut également être dit que la PDT, d'inspiration phénoménologique et d'approche herméneutique, présente des analogies avec

la pensée de Parse (1981, 1992). Les postulats qui sous-tendent le modèle conceptuel de Parse émergent de la combinaison entre les postulats et les concepts du modèle de Martha Rogers (1970; 1983; 1990), d'une part et les valeurs ainsi que les principes de la pensée phénoménologique existentielle, d'autre part (Parse, 1981; 1992). Rappelons, afin d'asseoir notre propos, que les postulats qui sous-tendent le modèle conceptuel et la méthode de recherche de Parse, sont: 1.- l'Etre-en-Devenir choisit librement dans un processus intersubjectif qui le relie aux valeurs qu'il priorise, une signification personnelle aux situations qu'il vit; 2.- l'Etre-en-Devenir cocrée - ou crée en interrelation avec les individus et le monde qui l'entoure - des patterns rythmiques de relation dans un échange ouvert et mutuel avec l'environnement; et 3.- l'Etre-en-Devenir cotranscende - ou transcende en interrelation avec les individus et le monde qui l'entoure - de manière multidimensionnelle, les possibles qui se révèlent. Ainsi, l'Etre-en-Devenir, structure une signification multidimensionnelle en cocréant des patterns rythmiques de relation tout en cotranscendant les possibles (Parse, 1985). De ces postulats émergent trois thèmes, à savoir: la signification, la rythmicité et la cotranscendance, lesquels deviennent les principes du modèle de l'Etre-en-Devenir de Parse. De ces principes découlent les dimensions²⁹ et les processus³⁰ qui guident la pratique infirmière selon la conception de Parse; ils prennent appui sur une relation intersubjective impliquant une présence authentique, un accompagnement et un respect du rythme de la personne (famille, communauté) (Major, 1993). En conformité avec le paradigme de la transformation, Parse considère qu'il n'y a pas de niveau optimal de santé; la santé est vue comme un processus en mouvement et en devenir, comme une façon personnelle de vivre des expériences et comme un engagement, lesquels reflètent les priorités de valeurs de la personne (Parse, 1987). Aussi, l'Etre humain porte la responsabilité de sa façon d'être présent au monde en choisissant des valeurs qui modèlent ses attitudes et ses comportements. Les travaux de Heidegger, de Sartre et de Merleau-Ponty influencent la théoricienne dans sa vision d'un être humain non fragmenté

²⁹ Ces dimensions sont: 1.- **éclairer une signification**, c'est-à-dire, mettre en lumière, en dévoilant ce qui était, ce qui est et ce qui sera tel qu'il apparaît maintenant; 2.- **synchroniser les rythmes**, c'est-à-dire, s'imprégner des mouvements et des cadences entre les Etres humains; l'infirmière suit le rythme de la personne (famille ou communauté) et 3.- **mobiliser la transcendance**, c'est-à-dire, aller au-delà du moment significatif présent vers ce qui n'existe pas encore; autrement dit, vers une transformation (Major, 1993).

³⁰ Ces processus sont: 1.- **expliquer**, c'est-à-dire, rendre clair ou explicite la signification qui apparaît; 2.- **s'imprégner**, c'est-à-dire, se livrer au mouvement de va-et-vient du processus d'association-séparation et 3.- **aller au-delà**, autrement dit, susciter un élan vers le processus de transformation, vers un nouveau possible. La transformation est un processus continu dans l'interrelation Etre humain-environnement; elle se met en oeuvre lors de la découverte des possibles (Major, 1993).

animé d'intentions et "engagé avec le monde dans une relation dialectique lui permettant de croître et de donner une signification aux expériences qui composent le processus de devenir" (Kérouac et al., 1994, p. 40). La PDT, sous-tendue par la théorie du sujet, considère que le travailleur est - outre un acteur déterminé par l'organisation - un sujet libre, capable d'agir et agissant sur le travail ainsi que son organisation. Les approches de Parse et de la PDT reconnaissent ainsi, toutes les deux, une part de liberté et dès lors une part de responsabilité à l'individu en regard de son existence, de sa santé, de ses agissements, etc. De plus, tant Parse que la PDT soulignent la centralité de l'intersubjectivité dans les rapports qui relient l'individu aux autres, au monde qui l'entoure, à son travail, à sa santé, etc. L'intersubjectivité est pour la PDT, le fondement même de son modèle de l'homme au travail; elle soutient que "le vécu et les conduites sont fondamentalement organisés par le *sens* que les sujets assignent à leur rapport au travail" (Dejours & Abdoucheli, 1990, p. 144).

En outre, des analogies ou des points de convergence peuvent être observés entre d'une part, la méthode de recherche développée par Parse en accord avec les croyances ontologiques de son modèle de l'Être-en-Devenir et d'autre part, la méthode d'enquête propre à la PDT. A propos de sa méthode de recherche, Parse (1987) précise qu'elle est issue mais distincte de la phénoménologie et qu'elle focalise sur l'expérience vécue dans le but de la comprendre. Parse (1990) identifie quatre points centraux de sa méthode de recherche: 1.- "l'entité à l'étude", laquelle est une expérience commune à l'Être humain et reliée à la santé; 2.- "l'engagement dans le dialogue" en tant que présence authentique à l'autre; 3.- "l'immersion multisensorielle" durant le processus d'extraction-synthèse des essences des descriptions faites par les participants et 4.- "le processus d'interprétation heuristique" qui développe la possibilité de générer des hypothèses en utilisant les concepts du modèle. A l'instar de la méthode de recherche Parse, la méthode d'enquête de la PDT est d'inspiration phénoménologique tout en présentant des spécificités méthodologiques propres, comme, par exemple, le recours à un cadre de référence. Les deux méthodes privilégient une approche compréhensive de l'expérience vécue ainsi qu'un dialogue authentique chercheur/participants. Avec la particularité d'assimiler les infirmières au métaconcept de "personnes" et d'appréhender l'expérience de travail à titre d'expérience de santé dans le sens où celle-ci expose les infirmières à des sources de plaisir et de souffrance qui interpellent leur santé (mentale), il est possible par analogie avec l'approche de Parse, qu'en incitant les infirmières à investiguer leur expérience commune de travail, en écoutant

avec empathie la parole collective, en s'imprégnant de celle-ci, en l'interprétant, en restituant les interprétations aux participantes dans le respect de leur rythme spécifique de prise de conscience ("synchronisation des rythmes") en leur expliquant l'analyse qui en a été faite, l'approche de la PDT a éclairé la signification de l'expérience subjective de travail telle que vécue par les infirmières. En d'autres termes, l'analyse psychodynamique a permis de reconstituer le noeud de significations sous-jacent à l'expérience subjective de travail des infirmières. De surcroît, en portant les infirmières à aller au-delà de leur situation actuelle de travail pour imaginer une réalité de travail qui n'existe pas encore mais qui pourrait advenir moyennant une action collective visant la transformation du travail et de son organisation (cf. pistes de solution explorées par les participantes), la démarche a amené les infirmières à "transcender les possibles". Cela dit, la chercheuse convient du fait qu'en assimilant les infirmières au concept de "personnes", elle procède à une "extension" du cadre de Parse dans la mesure où celui-ci adresse habituellement la personne sous les formes du patient, de la famille ou de la communauté. Dans le cadre de la présente étude, la chercheuse élargit ou étend, en effet, le concept de "personne" aux infirmières elles-mêmes considérant que ces dernières vivent en tant que personnes et au même titre que les patients, les familles ou la communauté, des expériences de santé que la discipline infirmière se doit de considérer.

Ces quelques éléments d'analyse font ressortir une relative proximité de pensée entre l'approche de la PDT, d'une part et le paradigme des sciences infirmières de la transformation ainsi que le modèle conceptuel et la méthode de recherche de Parse (1992), d'autre part. Cette proximité de pensée porte la chercheuse à croire que les résultats qu'offre la présente recherche sauront profiter au développement et à l'enrichissement des connaissances en sciences infirmières. La chercheuse considère qu'en tant qu'approche centrée sur les problématiques de santé mentale vécues par les individus dans le cadre de leur travail, la psychodynamique du travail ne peut qu'interpeller les sciences infirmières, lesquelles ont précisément pour centre d'intérêt le "soin à la personne qui, en interaction continue avec son environnement, vit des expériences de santé" (Kérouac et al., 1994, p. 60). La PDT offre à la discipline infirmière un outil supplémentaire pour investiguer d'une part, les phénomènes en lien avec la santé mentale au travail et amener, d'autre part, les infirmières, si elles le souhaitent, à transformer le travail ainsi que son organisation en sorte de les rendre plus favorables à leur bien-être et à leurs aspirations. La réflexion menée en regard des apparentes convergences entre l'approche de la PDT et certains éléments de la

discipline infirmière s'inscrit dans le souci que tout chercheur scientifique doit avoir, soit celui d'intégrer son travail de recherche dans la quête toujours inachevée de la connaissance des phénomènes dont la complexité interpelle de plus en plus la complémentarité des approches.

L'approche de la PDT a permis dans le cadre de la présente étude, le développement d'une meilleure compréhension ou intelligibilité de l'origine organisationnelle des souffrances vécues par les infirmières. Elle a contribué à révéler, entre autres, combien la modalité d'application des soins intégraux en vigueur dans l'institution, heurte à bien des égards la sphère des désirs des infirmières: désir d'accomplissement, désir de reconnaissance de la spécificité infirmière, désir d'autonomie et de pouvoir sur l'acte infirmier, etc. Il est également apparu que c'est l'importante charge psychique du travail, en lien avec les manques de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir, qui contribue le plus largement à la souffrance des infirmières, fragilise leur identité et menace ainsi leur santé mentale. En cela, les résultats de l'étude rejoignent une constante qui émerge des recherches en PDT, soit celle qui concerne la place prépondérante qu'occupe la charge psychique dans le rapport entre le travail et la santé mentale (Brun, 1992, 1995; Carpentier-Roy, 1992a, 1995a; Davezies, 1991 et Dessors, 1994). En effet, Carpentier-Roy (1991, p. 145) note:

"Ce qui surprend, c'est que la charge physique, même augmentée, n'apparaît pas au premier rang des problèmes des infirmières; c'est sur la charge psychique que convergent les plaintes et les réclamations. Ce dont les infirmières disent souffrir le plus, c'est d'abord de l'absence de reconnaissance de ce qu'elles font et de ce qu'elles sont, puis de l'absence de pouvoir réel qui devrait accompagner les responsabilités qui leur incombent".

L'approche de la PDT a mis en lumière que dans ce contexte, la transcendance des situations ou expériences difficiles de travail et la sublimation dans la relation d'aide et d'accompagnement avec les bénéficiaires et les familles permettent au travail infirmier d'ouvrir sur le plaisir, d'avoir un effet structurant en termes d'identité et de soutenir ainsi la santé mentale des infirmières. Il s'agit là d'un résultat d'importance en termes d'avancement des connaissances relatives aux déterminants de la santé mentale des infirmières. L'étude révèle en effet les processus de sublimation et de transcendance en tant que moyens de transformation des tensions vécues au travail en sources de plaisir et de construction identitaire. Si on observe habituellement le fait dans les organisations dites structurantes

pour l'identité des travailleurs, que les travailleurs prennent appui sur la rationalité sociale afin de subvertir la rationalité objective (liée à la production) au profit de la rationalité subjective (liée à leur accomplissement), la présente étude met en lumière que pour obtenir la nécessaire reconnaissance de l'utilité sociale de leur oeuvre, les infirmières recourent à une rationalité sociale qui va bien au-delà de la seule communauté d'appartenance professionnelle puisqu'elle s'élargit à la société dans son ensemble (bénéficiaires et familles). C'est l'espoir de reconnaissance qui mobilise la volonté de travailler (Dejours, 2000): "Et c'est lorsqu'on a totalement renoncé à attendre cette reconnaissance, lorsque l'espoir s'est effacé, que risque d'apparaître la dé-mobilisation subjective au travail" (p. 13). Ayant renoncé à attendre la reconnaissance de la part de la hiérarchie (jugement d'utilité), voire même de leurs collègues (jugement de beauté), les infirmières se tournent vers les bénéficiaires et les familles trouvant auprès de ceux-ci une source de (re)mobilisation subjective, laquelle ouvre sur le plaisir et les aide à demeurer dans la normalité.

Le chapitre premier énonçait que la présente étude prévoyait contribuer favorablement à l'avancement des connaissances en sciences infirmières en éclairant les concepts de plaisir et de souffrance d'une part, sous l'angle spécifique du plaisir et de la souffrance "au travail" - c'est-à-dire, tels que vécus par les infirmières - et d'autre part, sous l'éclairage particulier de la psychodynamique du travail. Sans vouloir répéter les résultats obtenus, il peut être dit que la contribution spécifique de la présente recherche à l'avancement des connaissances en regard du concept ou du phénomène de souffrance au travail, a été de mettre en lumière que les infirmières de l'étude vivent une importante souffrance due au fait que leurs désirs de reconnaissance professionnelle, d'autonomie et de pouvoir sur l'acte infirmier pour lequel elles sont formées et en regard duquel elles sont responsabilisées, ne sont pas satisfaits ou rencontrés. Les manques de reconnaissance, de pouvoir et d'autonomie agissent en fragilisant leur identité. Les résultats indiquent également qu'il y a souffrance lorsque les infirmières perçoivent le contenu significatif de leurs tâches comme étant inadéquat, c'est-à-dire, lorsqu'elles font l'expérience d'un sous-emploi de leurs habiletés, connaissances, compétences, savoir-faire expérientiel et créativité, en un mot, de leur potentiel psychique. L'image que leur renvoie d'elles-mêmes, les tâches accomplies, blesse profondément leur identité, induit un sentiment de dévalorisation, de déqualification et génère l'insatisfaction. De plus, les résultats confirment que si le plaisir et la souffrance sont nécessairement individuels, ils peuvent être vécus de

manière collective à partir d'une charge psychique de travail partagée par l'ensemble des infirmières. Ils révèlent, de plus, que le plaisir et la souffrance au travail ne s'excluent pas nécessairement mais peuvent se côtoyer dans des rapports quelquefois très étroits. Finalement, ils mettent en lumière que les infirmières déploient diverses stratégies défensives pour atténuer la perception de la souffrance. Quant au plaisir, l'étude révèle que même considérablement souffrantes, les infirmières continuent à exprimer beaucoup de *caring* à l'endroit des bénéficiaires et des familles; le *caring* sous-jacent à la relation d'aide et d'accompagnement agit, comme déjà évoqué, à titre de principal tremplin au plaisir par la voie de la sublimation.

Les résultats obtenus offrent aux sciences infirmières des connaissances utiles que l'approche traditionnelle de *stress-coping* n'avait, à ce jour, pas permis de développer. S'il peut être évoqué que ces connaissances ont été développées au moyen d'une approche disciplinaire "empruntée" et non "propre" ou "unique" (Provencher & Fawcett, 1999, p. 216) aux sciences infirmières, la chercheure considère, à l'instar de Fry (1990) et Levine (1995), que le savoir n'est pas le privilège exclusif d'une discipline et que ce qui importe vraiment est qu'il permette d'investiguer et de mieux comprendre les phénomènes qui intéressent la discipline infirmière (Provencher & Fawcett, 1999). Le dialogue et la fécondation mutuels entre sciences - comme disent Perreault et Saillant (1996) - sont promesses et gages d'avenir pour le développement des connaissances en sciences infirmières. Il peut d'ailleurs être rappelé que la théorie de *stress-coping* de Lazarus et Folkman (1984) constitue au regard de la discipline infirmière - et au même titre que la PDT - une théorie empruntée dans la mesure où elle provient de la psychologie (Provencher & Fawcett, 1999).

En soulignant la nécessité d'un rapprochement entre la recherche et la pratique, Ducharme (2001) évoque le difficile et lent transfert des connaissances issues de la recherche en sciences infirmières vers la pratique infirmière. La dimension de recherche-action qui sous-tend la PDT (Dejours, 1987b) facilite précisément le transfert des connaissances vers la pratique dans la mesure où la démarche vise justement l'appropriation des conclusions de l'enquête par les participants eux-mêmes (ici en l'occurrence les infirmières) et ce dans une perspective d'action de transformation de leur situation de travail. Cette transformation a pour visée de rendre le travail et son contexte plus conformes aux désirs des travailleurs, plus propices au plaisir et dès lors plus structurante en regard de

leur santé mentale; une visée qui, en soi, ne peut que profiter à la qualité et à l'efficacité des soins et services infirmiers. L'appropriation des résultats de l'enquête par les participants, ainsi qu'éventuellement, par d'autres travailleurs du milieu qui bien que n'ayant pas participé à l'enquête désireraient néanmoins s'impliquer dans le processus de transformation du travail et de son contexte, contribue à une dissémination des résultats de l'enquête. La remise d'un rapport d'enquête remis à chacun des participants ainsi qu'à la direction de l'établissement, facilite la diffusion des résultats, favorise le transfert des connaissances et permet la prise de décisions à partir de données probantes. Ayant fait l'objet d'une démarche de validation auprès des participants, ledit rapport constitue un produit compréhensible et facilement appropriable pour les praticiens ce qui, en soi, constitue un facteur important dans le processus de transfert des connaissances. S'interrogeant sur les facteurs qui sous-tendent le lent et difficile transfert des connaissances issues de la recherche infirmière vers la pratique, Ducharme (2001) soulève - outre la question de la diffusion des résultats, abordée ci-avant - la question de la pertinence et de l'utilité cliniques des recherches réalisées par les infirmières. A cet égard, il est intéressant de rappeler la dimension clinique de l'approche de la PDT, laquelle est un gage de pertinence et d'utilité cliniques dans la mesure où, partant des situations de travail vécues au quotidien, les études en PDT apportent par la voix des participants eux-mêmes, des éléments de réponse ou de solution à des préoccupations vécues sur le terrain et demeurées sans réponse dans les écrits de la discipline, telle la dynamique qui sous-tend la fragilisation croissante de la santé mentale des infirmières dans l'exercice actuel de leur pratique. Les éléments de solution proposés par les participants eux-mêmes devraient être de nature à contribuer favorablement à l'atténuation du caractère pathogène du travail infirmier et de son milieu. Quant aux facteurs organisationnels susceptibles d'interférer avec le processus de transfert des connaissances, il y a lieu de rappeler que la démarche de pré-enquête vise, entre autres, à s'assurer de l'ouverture des gestionnaires aux propositions de transformation du travail et de son contexte qui leur seront, au terme de l'enquête, collectivement adressées. A la lumière de ces divers points, les spécificités de l'approche de la PDT (épistémologie de terrain, dimensions de recherche clinique et de recherche action, approche compréhensive, ...) se montrent favorables au renforcement du lien entre la recherche et la pratique infirmière, sans oublier, le développement de la théorie. La dimension de recherche-action de la PDT favorise tout particulièrement l'interrelation entre la recherche, la pratique et la théorie dans la mesure où est reconnue "la valeur de la recherche-action en tant qu'approche favorisant

un développement théorique et empirique ancré dans la réalité des observations provenant des milieux de soins" (Ducharme, 2001, p. 30).

Comme il sera dit plus loin, une limite de l'étude est le fait que ses résultats ne permettent pas d'analyser l'empreinte de l'imaginaire féminin dans les rapports sociaux de travail des infirmières. Aussi, l'investigation de cette dimension particulière pourrait faire l'objet d'une prochaine enquête en psychodynamique du travail dans la mesure où il apparaît qu'elle joue un rôle important dans les rapports sociaux de travail des infirmières (Carpentier-Roy, 1990; Molinier, 1995).

6.3.2. Avenues pour la pratique infirmière et son organisation

Van Manen (1997) indique que sous l'angle de la phénoménologie, le savoir n'informe pas la pratique; c'est plutôt la réflexion sur la pratique qui conduit à la compréhension et au savoir, lequel, en retour, éclaire la pratique. En revenant au rapprochement fait entre l'approche de la psychodynamique du travail et la conception de la discipline de Parse, il apparaît en effet que la présente étude ouvre sur une meilleure compréhension des sources de plaisir et de souffrance vécues par des infirmières en unités de SLD; cette compréhension dégage des connaissances, lesquelles permettent, en retour, d'éclairer la pratique infirmière. En référant au fait que l'accompagnement des personnes dans leurs expériences de santé est au coeur de la conception de Parse, il importe, afin de favoriser la qualité de vie au travail des infirmières, de considérer les perspectives qui se dégagent des résultats pour la pratique infirmière. Ainsi et selon les désirs exprimés par les participantes à cette recherche, il conviendrait de donner aux infirmières l'opportunité de s'arrêter pour prendre le recul nécessaire par rapport à leurs activités quotidiennes de travail afin d'échanger en regard de leurs expériences subjectives de travail, de questionner leur pratique professionnelle de façon à trouver ensemble des façons d'améliorer celle-ci. L'impossibilité de réfléchir collectivement au travail et d'échanger en regard des difficultés ou situations problématiques rencontrées induit chez les infirmières un sentiment de perte de sens et d'impuissance face à la réalité confrontée, lequel n'est sans effet sur leur implication au travail et leur santé mentale. Dejours (1998) considère que l'hyperactivité dans le travail s'installe toujours au détriment de l'esprit. Le travail ininterrompu ne permet pas ou ne permet plus de penser le travail. L'absence d'opportunités pour penser le travail ainsi que l'inexistence de temps et de lieu pour débattre en collégialité des situations de

travail rencontrées mènent souvent à une perte de sens du travail, laquelle n'est pas sans effets sur l'investissement subjectif dans le travail (Vézina & Carpentier-Roy, 2000). Le sens du travail se construit par la pensée, la réflexion et la parole. Ces divers propos soulignent l'importance de laisser du temps aux infirmières pour parler du travail, pour penser celui-ci et ainsi, se le réapproprier. Il importe que le travail infirmier demeure un lieu de construction identitaire. A la lumière des résultats il apparaît essentiel, en effet, que les gestionnaires permettent et favorisent la création d'espaces de parole. Ces espaces de parole briseraient l'isolement, aideraient les infirmières à distiller la souffrance vécue, à retrouver une énergie et un sens au travail, à construire ou reconstruire un collectif de travail et ce par l'ouverture d'une discussion qui n'existait peut-être pas ou plus.

Ce type d'enquête offre entre autres aux infirmières l'opportunité d'analyser et de questionner le travail et son organisation afin - si elles le souhaitent - de se mobiliser pour les transformer de sorte qu'ils rejoignent davantage leurs aspirations, soient plus favorables à leur quête identitaire et soutiennent mieux leur santé mentale. De l'enquête ressort la nécessité pour les infirmières d'une part, de saisir collectivement que si elles sont, en partie, des "acteurs déterminés" au sein de l'organisation, elles sont également des "sujets libres" capables d'agir sur le travail et son organisation. En effet, si l'environnement de travail exerce indéniablement une influence significative sur la santé des infirmières, celles-ci sont en mesure de l'influencer à leur tour. L'organisation du travail et les pratiques managériales sont des constructions sociales sur lesquelles il est possible d'agir. Par ailleurs, elles ont à prendre conscience du fait qu'en se constituant en véritables collectifs de travail, elles se donnent d'une part, les moyens d'influencer et de transformer les situations de travail vécues et d'autre part, d'ouvrir plus grande la porte sur le plaisir au travail. Finalement, apparaît au travers des résultats de l'étude, la responsabilité qu'ont les infirmières de soigner les rapports qu'elles entretiennent entre elles afin de se donner, les unes ou autres, la valorisation ainsi que la reconnaissance nécessaires à leur plaisir et d'entreprendre collectivement une transformation de l'organisation du travail en vue de la rendre plus conforme à leurs désirs, plus structurante pour leur identité et dès lors, plus favorable à leur santé mentale.

L'évolution continue de la profession infirmière générant une évolution constante du rôle infirmier, invite à des modes sans cesse renouvelés d'organisation de la pratique

infirmière et des structures organisationnelles (Goulet, 1999). Les résultats de la recherche permettent d'avancer l'idée qu'il importe que les responsables du management veillent à ce que les modes d'organisation de la pratique infirmière et les structures organisationnelles soient plus favorables à la poussée autonomiste de la profession qu'elles ne l'ont été dans le passé. A la lumière des résultats, il apparaît qu'il serait structurant pour l'identité professionnelle et dès lors, pour la santé mentale des infirmières en SLD, que la gestion tende à une horizontalité de fonctionnement et favorise l'avènement d'une véritable interdisciplinarité dans les soins. En effet, en SLD, il n'y a pas "celui qui sait" et dont la parole et l'action sont garantes de succès mais plutôt un partage de savoirs, une forme de collégialité dans les compétences. Dans cet esprit il apparaît prometteur de remettre en question la philosophie traditionnelle de gestion fondée sur l'autoritarisme, le non-partage de l'information, l'absence de consultation, de concertation et de participation des infirmières aux décisions qui les concernent. Les résultats de l'étude suggèrent un mode d'organisation de la pratique infirmière permettant la participation des infirmières à la prise de décisions et privilégiant des relations collégiales plutôt que hiérarchiques; ces suggestions rejoignent les considérations de Kelly et Joël (1995) et de Moloney (1992). La parole collective entendue porte à croire que la gestion partagée (*shared-governance*) permettrait l'autonomie collective et la participation décisionnelle souhaitées par les infirmières et rencontrerait leur désir d'accomplissement tant personnel que professionnel. Cela dit et comme l'indique Moloney (1992), ce n'est pas parce qu'une institution prendra le soin de privilégier une structure organisationnelle favorisant la décentralisation du pouvoir, incitant aux relations collégiales et permettant la participation aux processus décisionnels que les infirmières se retrouveront investies d'autonomie. Il importe aussi que les infirmières oeuvrent et s'investissent elles-mêmes dans la poursuite de l'autonomie professionnelle, se rappelant qu'elles sont des sujets libres capables d'agir et agissant sur leur situation présente et à venir.

Il importe aussi que les gestionnaires des soins infirmiers comprennent que le plaisir au travail résulte de la rencontre entre les désirs de la personne et la réalité du travail. Aussi s'ils veulent véritablement contribuer à la santé mentale des infirmières, il convient qu'ils privilégient une organisation du travail qui permette aux infirmières de se réaliser et leur offre d'être reconnues dans leurs compétences et habiletés spécifiques. Par ailleurs, puisque le caractère structurant du travail est d'autant plus significatif qu'il se réalise au sein d'un

véritable collectif de travail, les gestionnaires doivent veiller à créer des conditions favorables à leur constitution et leur maintien. De plus, pour que s'ouvre la voie à la sublimation, il importe que les situations de travail permettent le changement de but, de destin ou d'objet. C'est à ce niveau que se situe la responsabilité des gestionnaires dans le soutien de la santé mentale des infirmières. Les résultats de l'étude éclairent sans équivoque le caractère structurant que revêt la pratique de la relation d'aide et d'accompagnement pour les infirmières en SLD. Aussi, il y a lieu de penser, à la lumière de cette étude et des dires des participantes, qu'il est important que les cadres gestionnaires créent des conditions de travail permettant aux infirmières d'accomplir ce rôle dans des conditions qui vont vraiment soutenir leur santé mentale. Cela implique qu'elles se voient offrir le temps nécessaire pour véritablement réaliser cette relation d'aide et d'accompagnement. Discourant sur les importants enjeux de l'affirmation professionnelle et rappelant que la dimension relationnelle constitue l'essence même du prendre soin ou du *caring*, Hagan (2001) souligne l'importance de la relation d'aide: "Affirmer ce savoir-faire, c'est aussi favoriser l'établissement d'une relation d'aide et de confiance, en vue d'habiliter et de soutenir les personnes dans un processus décisionnel leur permettant de résoudre leurs problèmes ou, à tout de moins, de prendre elles-mêmes des décisions concernant leur santé" (p. 14).

Les résultats de l'étude mettent en lumière que les infirmières ont besoin, à l'instar des bénéficiaires et des familles, d'être soutenues afin d'être en mesure d'assumer au mieux leur mandat professionnel tout en demeurant en santé ou "dans la normalité" pour utiliser le langage de la PDT. Comme l'énonce Cadoré (2001), médecin, théologien et professeur d'éthique biomédicale: "Aux établissements de soins de savoir les préserver du désordre de l'expérience humaine de la souffrance, en étant eux-mêmes hospitaliers non seulement aux personnes malades mais aux soignants" (p. 22).

Les conclusions permettent aussi de penser que les gestionnaires de CHSLD qui privilégient une organisation du travail sur le principe des soins intégraux, auraient intérêt à considérer attentivement les modalités avec lesquelles ils appliquent le système des soins intégraux de sorte qu'il génère des rapports de travail favorables à la santé mentale des infirmières. Il ressort de l'étude que le mode de dispensation des soins intégraux n'est pas à rejeter dans son ensemble mais à renouveler de sorte qu'il soit un lieu possible de rencontre entre les intérêts des bénéficiaires et ceux des infirmières. Les résultats de l'étude invitent

les gestionnaires à être très attentifs aux effets défavorables que peut avoir le fait d'amener des catégories de personnels différents à accomplir une vaste part semblable de tâches. Ce contexte risque de générer, à l'instar de ce qui s'observe dans l'étude, une intense ambiguïté de rôles et un sentiment profond de dévalorisation ainsi que de perte de spécificité professionnelle chez la catégorie de personnel la plus spécialisée, ici en l'occurrence les infirmières, ainsi que des rapports conflictuels entre personnels de soins.

Il importe de voir que l'organisation des soins infirmiers a une incidence sur la santé des infirmières, laquelle rebondit inéluctablement sur les soins qu'elles dispensent, sur l'identité professionnelle et sur l'avenir de la profession. L'étude met en évidence que les infirmières vivent une interdisciplinarité difficile. Il y a lieu de penser que la fragilité de l'identité professionnelle des infirmières n'est pas étrangère au fait qu'elles ont de la difficulté à se faire entendre au niveau de l'équipe interdisciplinaire.

Catalano (1999) soutient que les changements qui sont présentement en cours dans les systèmes de santé auront un impact considérable tant sur les milieux de pratique que sur la pratique infirmière elle-même, voire sur la sélection du personnel infirmier. Cette situation est pour ainsi dire mondiale dans la mesure où presque partout dans le monde, les gouvernements sont contraints à réformer les systèmes de santé en raison de l'augmentation des dépenses liées au vieillissement de la population, aux besoins accrus des clientèles et aux progrès technologiques (Fawcett-Henesy, 2001). Dans semblable contexte, les infirmières ont à comprendre l'importance et l'urgence de se mobiliser collectivement, d'exercer leur potentiel de pouvoir et de s'impliquer activement dans les décisions relatives à l'orientation des services de santé sans quoi les politiciens, les administrateurs du réseau et les médecins décideront seuls de leur avenir (Catalano, 1999).

La psychodynamique du travail s'avère également utile aux infirmières qui situent leur pratique professionnelle dans le champ de la santé et de la sécurité au travail. Elle peut guider ces infirmières - ainsi que les travailleurs concernés - dans la compréhension du sens des comportements en lien avec la peur et l'anxiété reliées aux risques vécus dans le cadre du travail.

Les résultats de la présente étude mettent en évidence que si les gestionnaires désirent réellement intervenir sur le problème du désinvestissement et de l'absentéisme des

infirmières, ils ne peuvent plus faire l'impasse sur la nécessaire reconnaissance qu'il convient de leur offrir, sous forme d'autonomie et de pouvoir sur les actes infirmiers. C'est une nécessité absolue pour que le travail infirmier réinvite à l'investissement, ouvre à nouveau sur le plaisir et retrouve son pouvoir structurant en regard de la santé mentale. L'idée de la nécessité de la reconnaissance est actuellement quelque peu galvaudée, voire banalisée et c'est là un fait regrettable dans la mesure où toutes les recherches en santé au travail en soulignent l'importance (Carpentier-Roy, 2001).

6.3.3. Avenues pour la formation en sciences infirmières

Des efforts supplémentaires devraient être déployés pour inscrire la formation à l'approche de la psychodynamique du travail de manière plus conséquente et approfondie à l'intérieur du curriculum des divers cycles d'enseignement des sciences infirmières. L'ensemble des infirmières pourraient ainsi profiter des "outils" qu'offre l'approche pour mieux comprendre les rapports qu'elles entretiennent avec leur travail et éventuellement, si elles le souhaitent, s'engager dans une transformation de l'organisation du travail. Comme évoqué, les infirmières qui prévoient oeuvrer dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail trouveraient un avantage particulier à être formées à ladite approche. La formation profiterait également aux infirmières qui souhaiteraient inscrire leur travaux de recherche dans l'approche de la PDT. Il importe cependant de bien comprendre qu'on ne s'improvise pas psychodynamicien du travail. Les fondements théoriques et les principes méthodologiques de l'approche sont à ce point particuliers qu'ils requièrent une formation spécifique et rigoureuse.

Il pourrait aussi être opportun de former les candidates à la profession aux stratégies défensives et à leur rôle afin qu'elles soient en mesure, dans leur pratique ultérieure, de détecter les éventuelles stratégies développées et qu'elles comprennent leur origine de façon à acquérir un certain pouvoir sur elles (Hétu, 1994). Le but poursuivi est de les aider à reconnaître les défenses déployées, à les admettre en tant que réponses légitimes et généralement inconscientes aux souffrances vécues, à les accepter sans les disculper et à parvenir à les maîtriser (Estryn-Behar, 1997).

A la lumière des résultats de l'étude, on peut également penser que s'il importe de mettre les étudiants en garde en regard des risques réels de la fusion, de la symbiose et de la

surimplication émotionnelle avec les patients et les familles - et ce spécifiquement dans un contexte de SLD favorisant la création de liens et l'attachement - il importe également de les sensibiliser au fait qu'à vouloir trop se protéger et à chercher à se "blinder", ils risquent de trouver peu d'intérêt à leur travail et de se priver d'une source importante de plaisir au travail. Il apparaît opportun, en effet, de les inviter à opter pour un investissement "contrôlé", à cultiver dans chaque relation la "distance juste" (de Hennezel & Leloup, 1997, p. 114) entre identification projective et évitement afin de se protéger tout en restant aidantes (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, 1999).

Finalement, afin de contribuer favorablement au processus de professionnalisation de la pratique infirmière et à la poussée autonomiste de la profession, il importe de considérer avec attention le niveau de la formation initiale des infirmières. A ce propos, nous ne pouvons que nous réjouir du fait que les leaders en soins infirmiers soient parvenus à infléchir la décision gouvernementale visant à abolir la formation universitaire du niveau de baccalauréat comme voie d'entrée à la pratique des soins infirmiers au Québec. C'est précisément à la solidarité et à la mobilisation "collective" des leaders de la profession que l'on doit d'avoir remporté ce difficile combat. La formation initiale se doit de préparer entre autres les futures infirmières à travailler de façon autonome mais également en interactivité au sein d'équipes interdisciplinaires, à exercer avec jugement et à bon escient leur potentiel de pouvoir, à exiger la marge d'autonomie et de pouvoir qui leur permettra d'assumer pleinement leurs responsabilités, à établir une véritable relation d'aide et de soins avec les patients et les familles et à avoir une pensée critique. Une solide formation initiale permettra, comme l'exige la tendance actuelle à la spécialisation (Fawcett-Henesy, 2001) aux infirmières qui le désirent, de parfaire leurs connaissances et leurs compétences au niveau de la maîtrise et du doctorat. La ministre de la Santé et aux Services sociaux a d'ailleurs annoncé lors du 1^{er} congrès international des infirmières et infirmiers de la francophonie qui s'est tenu en novembre 2000 à Montréal, son intention de reconnaître et de soutenir l'émergence de nouveaux rôles pour les infirmières, notamment celui d'infirmière praticienne (Desrosiers, 2001); ces nouveaux rôles nécessitent des formations spécialisées. Par ailleurs, il importe que la formation demeure en tout temps, étroitement liée à la pratique; le véritable défi est de maintenir une interface entre enseignants et praticiens (Fawcett-Henesy, 2001). Pour ce faire, l'auteure suggère, en recourant à un nouveau

concept, que "l'enseignant praticien" (p. 42) partage son temps de travail entre l'établissement d'enseignement et le milieu clinique.

A l'avenir il importera également qu'une partie de l'enseignement infirmier initial soit interdisciplinaire (Fawcett-Henesy, 2001). L'auteure considère qu'il est essentiel que tout en continuant à développer leur cadre de référence propre, les infirmières apprennent à fonder leur pratique sur les recherches menées dans leur discipline mais également sur les études réalisées dans d'autres disciplines.

6.3.4. En conclusion

A la lumière des divers propos ci-avant, il est permis de penser que l'analyse dynamique des situations de travail que permet la PDT ne peut qu'être utile tant pour l'avancement des connaissances en sciences infirmières que pour les infirmières acteurs/sujets dans leurs milieux respectifs de travail. En effet, s'intéressant aux rapports à la santé, l'un des mandats des sciences infirmières est de se soucier, de comprendre et d'agir sur la santé des personnes, jusque sur le lieu de leur travail et sans oublier de considérer la santé des infirmières elles-mêmes. En ce sens, l'approche de la PDT, laquelle investigate la santé des individus au sein de leur environnement de travail, ne peut pas ne pas interpellé les sciences infirmières.

6.4. Les retombées de la recherche sur le terrain

La chercheuse considère que l'étude a atteint l'objectif sous-jacent à toute investigation en PDT, soit celui d'amener les participantes à mieux comprendre les rapports qu'elles entretiennent collectivement avec leur travail de sorte qu'en s'appropriant les résultats de la démarche compréhensive réalisée, elles soient en mesure, si elles le souhaitent, de se mobiliser collectivement pour faire advenir les pistes de solution sur lesquelles elles se sont entendues. En réalité, la recherche a commencé à produire ses premiers effets lors de la pré-enquête. En effet, l'organisation pratique des entrevues a donné lieu, dans diverses unités, à d'importantes discussions ou négociations en regard de l'organisation du travail et ce, étant donné que les infirmières qui souhaitaient participer à l'étude demandaient à être libérées de la "tourné de l'après-midi"³¹. Il s'agit là d'une

³¹ cette tournée consiste à lever les bénéficiaires au terme de la sieste, à changer les culottes d'incontinence et à préparer ces premiers en vue des activités de l'après-midi

revendication maintes fois adressée à la hiérarchie au cours des dernières années. Ceci permet de dire que la délibération et la transformation de l'organisation du travail n'ont pas attendu la fin de l'étude pour s'amorcer.

Au cours des entrevues et principalement lors des entrevues de validation, les participantes ont exprimé combien la démarche collective réalisée dans le cadre de l'étude leur a permis de mieux comprendre ce qu'elles vivaient, percevaient et ressentaient au travail. Elles soulignent surtout le bien-être qu'elles ont éprouvé à parler, à écouter et à échanger avec leurs collègues. Le fait de sortir la souffrance vécue de sa sphère individuelle afin de la partager au groupe, a permis à plusieurs infirmières de découvrir qu'elles n'étaient pas seules à vivre certaines souffrances. Ce fait a éveillé des sentiments d'empathie et de solidarité portant plusieurs participantes à exprimer qu'elles se soutiendraient dorénavant collectivement dans les expériences difficiles vécues au travail. L'expérience vécue avec les participantes corrobore les dires de Trudel (2000) soulignant que les entretiens en PDT montrent sans équivoque combien les gens ont un grand besoin de parler de ce qu'ils vivent au travail.

6.5. Les suites possibles de la recherche sur le terrain

Il est entendu que des suites peuvent découler de la recherche en termes de changements organisationnels. Ces suites sont sous la responsabilité des infirmières et ne font pas partie, comme telles, de la présente étude. Ceci revient à dire qu'il appartient aux divers collectifs d'enquête - ainsi qu'aux éventuels collectifs infirmiers qui se retrouveraient dans les expériences décrites - à prendre en charge, la décision d'agir ou de ne pas agir sur les sources de plaisir et de souffrance mises en évidence dans l'étude. Le rôle du collectif de chercheuses n'est nullement de proposer des éléments de solution mais de révéler, comme il l'a fait, les perspectives de changement dégagées par les infirmières dans le cadre des entrevues. C'est aux infirmières qu'il revient de s'approprier les éléments d'analyse qui leur permettent de mieux comprendre les rapports qu'elles entretiennent avec leur travail et de décider, ensuite, des attitudes et des actions qu'elles souhaitent adopter ou entreprendre afin de transformer le travail vécu; personne mieux que les infirmières ne peut se prévaloir de ce qui leur est nécessaire (Delomel, 1999).

6.6. Validité et limites de la démarche

A l'instar des recherches qualitatives portant sur le sens des phénomènes humains, la présente étude, d'approche compréhensive et intersubjective, ne peut être jugée au moyen des mêmes critères de validité que les recherches quantitatives. Des critères de rigueur propre à la recherche qualitative ont été retenus pour assurer la validité de la démarche de l'étude et ce en plus des critères de sens et des précautions prévues par la méthode d'investigation propre à la PDT (authenticité de la parole, collectif de chercheuses, épreuves de validation des résultats de l'analyse lors de l'entrevue de restitution et de la soumission du rapport préliminaire de recherche).

Comme toute recherche herméneutique, cette étude ne vise ni la reproductibilité, ni la généralisabilité des résultats obtenus (voir 6.7. Limites de l'approche de la PDT).

Si la chercheuse considère le but que la présente étude s'était fixée, elle estime celui-ci atteint dans la mesure où le travail de compréhension réalisé, dans l'intersubjectivité, avec les participantes, a permis le développement d'une compréhension commune de l'expérience collective de travail, laquelle a mis en lumière ce qui dans le travail infirmier, tel qu'organisé dans les unités de SLD considérées, faisait sens ou non pour les infirmières, contribuant, ainsi à soutenir ou à menacer l'équilibre psychologique de celles-ci. Cela dit, le nombre total d'heures d'entrevue par collectif d'enquête, soit six heures au total, constitue une limite inhérente à l'étude. Il ne fait pas de doute qu'une analyse en PDT et la compréhension qu'elle dégage de l'expérience collective de travail sont fonctions du temps partagé avec les collectifs d'enquête. Comme le souligne Trudel (2000) en référant au "puits sans fond" devant lequel se trouvent les chercheurs en PDT lors de leur investigation: "Il y a toujours moyen d'aller encore plus en profondeur dans toutes sortes de direction" (p. 51). En ce sens, l'étude et ses résultats présentent des limites inhérentes aux contraintes de temps imposées par l'institution et les participantes à l'étude.

Une autre limite, inhérente aux contraintes spécifiques de la présente recherche doctorale, fut le fait que la chercheuse responsable était seule pour mener les entrevues collectives alors que celles-ci sont habituellement animées par un collectif de chercheuses. Dans le cadre de cette étude doctorale, les deux autres membres du collectif de chercheuses n'étaient pas à l'avant-scène de la recherche mais demeuraient en retrait afin de laisser la

nécessaire marge de manoeuvre à la chercheuse responsable. Ledit collectif faisait office de collectif de contrôle veillant à encadrer la subjectivité de la chercheuse responsable du projet.

Une avant-dernière limite de l'étude, est probablement la taille relativement restreinte des collectifs d'enquête, soit entre trois et quatre personnes, exception faite du collectif d'enquête de soir qui en comptait six. Il est loisible de penser que ce fait a limité les possibilités d'échanges intersubjectifs. Le caractère plus ou moins restreint des collectifs d'enquête est en lien avec le fait que les entrevues avaient lieu sur le temps de travail et qu'il était indispensable que certaines infirmières demeurent dans l'unité afin d'assurer les soins et services. Ainsi, il ne fut possible que de recevoir un petit nombre d'infirmières à la fois en entrevue.

Finalement, une dernière limite de l'étude réside dans le fait que la chercheuse n'a pas pu analyser, comme elle avait pour projet de le faire, l'empreinte de l'imaginaire féminin dans les rapports sociaux de travail des infirmières et ce par le fait même que cette dimension n'est pas ressortie de manière suffisamment explicite des données de l'étude pour en permettre l'analyse rigoureuse. En d'autres termes, la dimension "empreinte de l'imaginaire féminin" n'a pas véritablement émergé des données de l'étude.

6.7. Limites de l'approche de la psychodynamique du travail

Comme énoncé ci-avant, l'approche de la PDT ne permet pas - et ne vise pas - la reproductibilité et la généralisabilité des résultats qu'elle obtient dans le cadre des ses études empiriques. Elle considère tout au plus l'éventuelle transférabilité des conclusions d'un contexte à l'autre, à la condition *sine qua non* que les travailleurs de cet autre contexte se retrouvent ou se reconnaissent dans l'étude et reprennent les conclusions à leur compte. Cette condition est essentielle. Le transférabilité des résultats d'une étude en PDT à un autre contexte ne peut se faire *ipso facto*. Ainsi Carpentier-Roy (1995c) indique que si la généralisation des résultats d'une recherche en PDT est certes impossible selon des règles statistiques, une forme de généralisation peut s'observer lorsque la communauté d'appartenance des participantes se reconnaît dans les résultats, les prend à son compte, se les approprie et s'en sert pour modifier des situations de travail.

Un point à soulever et qui peut être assimilé à une limite de l'approche est le fait que la PDT n'amène pas toujours des changements organisationnels facilement mesurables (Carré, 1997; Trudel, 2000). En effet, les améliorations concrètes dans le milieu de travail peuvent s'échelonner dans le temps en fonction de la solidité et des actions des collectifs de travail, d'une part et de la disposition et capacité de la direction à permettre aux individus d'harmoniser leurs désirs et leurs projets avec le travail (Vézina, 2000). L'auteur précise que les suites de l'investigation psychodynamique sont tributaires de la qualité du dialogue social au sein de l'institution et de la confiance que se font les divers acteurs concernés.

L'approche de la PDT a également pour limite qu'elle considère les rapports que les acteurs/sujets entretiennent avec leur travail tel qu'organisé à un moment donné et dans un contexte donné. Dans cet esprit, un changement de contexte ou de paramètres organisationnels peut impliquer de renouveler l'investigation.

Un commentaire qu'il a été donné d'entendre à propos de la PDT est la tendance qu'aurait cette approche de remettre l'entière responsabilité de la santé mentale des travailleurs sur les seules épaules de l'employeur, du gestionnaire ou de l'organisation. Semblable commentaire exprime cependant une compréhension partielle et imparfaite de l'approche dans la mesure où s'il est vrai qu'elle investigue de manière privilégiée l'incidence organisationnelle des problèmes de santé mentale au travail, elle rappelle également aux travailleurs que s'il sont en partie des acteurs déterminés par une organisation du travail, ils sont aussi des sujets libres capables d'agir sur l'organisation du travail de façon à rendre celle-ci la plus favorable possible à leurs désirs d'accomplissement et de réalisation. Cette précision porte à considérer un autre commentaire également entendu à l'endroit de la PDT et qui n'est pas sans fondement. Celui-ci réfère au fait que la PDT met considérablement l'accent sur l'influence favorable qu'ont les collectifs de travail sur la santé mentale des travailleurs. Aussi l'absence de ceux-ci renvoie les travailleurs à leurs défenses et actions individuelles.

Un dernier commentaire s'impose. A propos de l'approche de la PDT et de sa méthode d'investigation propre, le texte mentionnait que celles-ci étaient d' "inspiration" phénoménologique, désignant ainsi l'influence que la phénoménologie a eu sur leur développement. Il serait cependant inconvenant et inexact de prétendre ou d'affirmer que la

PDT et sa méthode d'enquête relèvent de la phénoménologie dans la mesure où ces premières prennent appui sur un cadre de référence préexistant à l'étude ce qui, en soi, contrevient à la tradition dominante en phénoménologie. Il peut, en effet, être invoqué que la PDT constitue un "cadre". Un discours similaire peut être tenu en ce qui concerne la PDT et le paradigme constructiviste. S'il peut être dit que l'approche de la PDT présente des analogies épistémologiques et méthodologiques avec le constructivisme (épistémologie du terrain, centralité de la parole des participants), l'existence d'un cadre de référence conceptuel prédéfini rend l'assimilation de la PDT à une approche constructiviste discutable. Aussi il conviendrait de dire que la psychodynamique du travail se caractérise par une épistémologie du terrain éclairée à la lumière du corpus théorique ayant émergé de la tradition psychodynamique. Ces propos délimitent, en même temps, le caractère inductif de l'approche.

6.8. Mot de la fin

L'environnement de travail des infirmières a connu au cours de la dernière décennie, d'importantes transformations qui se sont traduites par une intensification du travail et une précarisation des emplois, lesquelles témoignent de la suprématie de la rationalité économique. La rationalité subjective (liée à l'accomplissement) est le plus souvent négligée au profit de la rationalité objective (liée à la production), générant une perte de sens du travail et par voie de conséquence, des problèmes de santé mentale (Carpentier-Roy & Vézina, 2000). Les résultats de l'étude permettent de mieux comprendre les éléments qui sous-tendent cette perte de sens du travail infirmier, la souffrance qu'elle engendre et le déploiement de stratégies défensives qu'elle induit chez les infirmières afin de "tenir le coup" psychologiquement. L'expérience de la non-reconnaissance ou du manque de reconnaissance a parfois raison de la lutte menée par les infirmières pour demeurer dans la normalité. S'exprime alors la souffrance sous forme de désengagement, de retrait et d'absentéisme. Des pistes de solution ont été mises de l'avant par les infirmières afin que leur pratique retrouve davantage de son sens, ouvre sur plus de plaisir et redevienne un lieu d'accomplissement possible.

Cette étude est le fruit d'une démarche de compréhension des dynamiques qui se jouent dans les rapports sociaux de travail et qui sont source de plaisir et de souffrance pour les infirmières oeuvrant dans le présent contexte québécois en unités de soins de longue durée. Elle a été réalisée de concert avec d'une part, un ensemble d'infirmières inscrivant

leur vie professionnelle auprès de la clientèle hébergée en unités de soins de longue durée et d'autre part, deux chercheuses associées lesquelles ont rendu possible l'avènement de la riche méthode interdisciplinaire d'enquête propre à la psychodynamique du travail. Le cadre de référence de cette approche a permis une meilleure compréhension de l'origine organisationnelle des problèmes de santé mentale des infirmières. La démarche réalisée peut se comparer à l'ouverture et à l'exploration de la "boîte noire" (Dejours & Abdoucheli, 1990, p. 146) - métaphore évoquée au chapitre troisième - qu'il y a entre l'environnement de travail (stimulus) et le comportement des infirmières (réponse) et que l'approche objectiviste de stress-coping laisse généralement inexplorée. Les résultats de la recherche éclairent fort utilement les mécanismes à l'origine des problèmes de santé mentale vécus par les infirmières.

La discipline infirmière évolue dans le contexte des événements historico-politiques et des mouvements sociaux qui caractérisent la société dans laquelle elle prend place tout comme elle se développe au rythme des grands courants de pensée qui marquent l'évolution des connaissances (Kérouac et al., 1994). Chanlat (1998) écrit: "[...] en faisant partie du monde social que nous étudions, nous créons la société autant qu'elle nous crée et les analyses que nous développons participent également à sa transformation" (p. 34). Clot (1993) rappelle quant à lui, qu'étudier le travail, c'est "prendre un engagement face aux dérives d'une civilisation" (p. 61). Dans le prolongement de ce point de vue soulignant le mouvement réflexif du social, il ne reste qu'à souhaiter que les résultats émanant de la présente analyse en PDT contribueront à alimenter positivement la réflexion au sein de la discipline infirmière et participeront favorablement à la transformation des conditions de travail préjudiciables à la santé mentale des infirmières. Il y a dans cette thèse bien assez d'éléments qui soulignent la nécessité de repenser et de redéfinir le travail infirmier de façon à ce qu'il soit à nouveau regardé et vécu par les infirmières comme un lieu de croissance personnelle ainsi qu'un lieu producteur de dignité humaine, de sens et de santé mentale (Brun, 2001). Reconnaître le travail (infirmier) implique de faire ou de refaire une place véritable au volet créateur et libre du travail (Carpentier-Roy, 2001): "C'est faire qu'à côté de la finalité économique, la finalité sociale ait une place" (p. 15). Lorsqu'on exprime semblables pensées, on passe souvent pour un rêveur ou un idéaliste tant est devenue étrange, voire incongrue, l'idée même que le travail, en l'occurrence le travail infirmier, puisse encore être un lieu de construction identitaire (Brun, 2001). Comme l'écrit Marc

Hees, qui a scruté, sa vie durant, les problèmes soulevés par le management humain et son influence sur le sort des personnes dans les organisations,

"Chaque pensée humaine est comme une petite goutte d'eau douce versée dans la mer: c'est son côté dérisoire. Mais ne pas croire à la vertu adoucissante de cette petite goutte d'eau conduirait chacun d'entre nous au pire des renoncements, le renoncement de penser. D'où son côté nécessaire" (Hees, 1999, p. 7).

RÉFÉRENCES

- Allen, D. G. (1995). Hermeneutics: philosophical traditions and nursing practice research. Nursing Science Quarterly, 8(4), 174-182.
- Arendt, H. (1983). Conduite de l'homme moderne. Paris: Calmann-Levy.
- Arpin, J. (1992). L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans la relation avec le patient. Santé mentale au Québec, 17(2), 99-112.
- Astrom, S., Nilsson, M., Norberg, A., & Winbald, B. (1987). Tedium among personal working with geriatric patients. Scandinavian Journal of Caring Science, 11, 125-132.
- Astrom, S., Nilsson, M., Norberg, A., & Winbald, B. (1990). Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care. Journal of Advanced Nursing, 15, 1236-1244.
- Astrom, S., Nilsson, M., Norberg, A., Sandman, P., & Winbald, B. (1991). Staff burnout in dementia care: relations to empathy and attitudes. International Journal of Nursing Studies, 28, 65-75.
- Augé, L., Durand, P. J., Mercier, P., & Paré, L. (1989). Etude des caractéristiques de la clientèle en liste d'attente pour le réseau institutionnel (CRSS-03) Québec: Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région de Québec.
- Austin, J.-L. (1962). How to do things with words. New York: Oxford University Press.
- Avallone, I., & Gibbon, B. (1998). Nurses' perceptions of their work environment in a nursing development unit. Journal of Advanced Nursing, 27, 1193-1201.
- Baker, G. A., Carlisle, C., Riley, M., Tapper, J., & Dewey, M. (1992). The work environment scale: a comparison of British and North American nurses. Journal of Advanced Nursing, 17, 692-698.
- Baker, E., Israel, B., & Schurman, S. (1996). Role of control and support in occupational stress: an integrated model. Social Science of Medicine, 43(7), 1145-1159.
- Beaulieu, M. (1999). La vieillesse: un élément clé de la réforme des services de santé et des services sociaux. Dans P. Fortin (sous la dir. de), La réforme de la santé au Québec (pp. 225-243). Cahiers de recherche éthique 22. Québec: Fides.
- Bédard, D., & Duquette, A. (1998). L'épuisement professionnel: un concept à préciser. L'infirmière du Québec, 6(1), 18-23.

Bégin, C., Bergeron, P., Forest, P.-G., & Lemieux, V. (1999a) (sous la dir. de), Le système de santé québécois: un modèle en transformation. Collection: Politique et économie. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Bégin, C., Joubert, P., & Turgeon, J. (1999b). L'évaluation dans le domaine de la santé: conceptions, courants de pensée et mise en oeuvre. Dans C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest, & V. Lemieux, V. (sous la dir. de), Le système de santé québécois: un modèle en transformation (pp. 265-281). Collection: Politique et économie. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Bélanger, M., Allard, P., & Dicaire, L. (1993). Agitation et atteinte cognitive: étude transversale en établissement d'hébergement. Québec: Centre St-Augustin.

Benner, P. (1995). De novice à expert. Excellence en soins infirmiers. Paris: ERPI.

Bergeron, J.-L., Côté-Léger, N., Jacques, J., & Bélanger, L. (1979). Les aspects humains de l'organisation. Chicoutimi: Gaëtan Morin.

Bernier, N. (1990). Le travail en mutation. Montréal: Saint-Martin.

Billiard, I. (1993). Le travail: un concept inachevé. Dans G. Jobert (Ed.) Comprendre le travail (19-32) (première partie). Collection: Education permanente.

Birenbaum, A. (1987). Reprofessionalization in pharmacy. Dans H. Schwartz (sous la dir. de), Dominant issues in medical sociology (2e ed, pp. 570-579). New York: Random House.

Bishop, A. H., & Scudder, J. R. (1997). Nursing as a practice rather than an art or a science. Nursing Outlook, 45, 82-85.

Blondeau, D. (1999). Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Eds.) , Soins infirmiers et société (pp. 101-116). Montréal: Gaëtan Morin.

Bouchard, S. (1985). De la nécessité des voyages inutiles. Dans S. Genest (Ed.), La passion de l'échange: terrains d'anthropologues du Québec. Chicoutimi: Gaëtan Morin.

Bourbonnais, R., Comeau, M., Dion, G., & Vézina, M. (1997). Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centres hospitaliers au Québec. Ste-Foy (Québec), Département d'ergothérapie, Faculté de médecine et Equipe de recherche Impacts sociaux et psychologiques du travail, Université de Laval.

Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R., & Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. Santé mentale au Québec, 24(1), 136-153.

Bourbonnais, R., Malenfant, R., 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 des infirmiers de l'agglomération de Québec. Rapport de recherche soumis au Programme national de recherche et de développement en matière de santé. Equipe de recherche RIPOST. Université Laval et Direction de la santé publique de Québec.

Bozzini, L., & Tessier, R. (1985). Support social et santé. Dans J. Dufresne, F. Dumont, Y. Martin (sous la dir. de), Traité d'anthropologie médicale (pp. 905-939). Presses de l'Université du Québec, IQRC, Presses Universitaires de Lyon.

Brallier, M. F. (1991). Concept and theory identification in nursing service administration. Nursing Administration Quarterly, 15 (3), 79-80.

Brown, C. L. (1991). Caring in nursing administration: healing through empowering. Dans D. A. Gaut, M. M. Leininger (Eds.), Caring: the compassionate healer (pp. 123-133) N° 15-2401. New York: National League for Nursing Publications.

Brun, J.-P. (1992). Les hommes de lignes: analyse des phénomènes sociaux et subjectifs dans l'activité de travail des monteurs de lignes électriques. Thèse de doctorat non publiée en ergonomie, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Paris.

Brun, J.-P. (1994a). Les hommes de lignes: analyse des phénomènes sociaux et subjectifs dans l'activité de travail des monteurs de lignes électriques. Le travail humain, 57(1).

Brun, J.-P. (1994b). Une approche francophone de la santé mentale au travail: étude de psychodynamique du travail auprès des monteurs de lignes électriques. Québec, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval.

Brun, J.-P. (1995). Gérer la ligne. Analyse du contexte de travail des contremaîtres de distribution. Rapport de recherche. Montréal.

Brun, J.-P. (2001). Discours d'ouverture. Actes du colloque "Travail, reconnaissance et dignité humaine" (pp. 1-4), Québec: Université Laval.

Bureau International du Travail (1993). Rapport annuel.

Cadoré, B. (2001). L'hospitalité comme philosophie du soin. Conférence présentée le 22 novembre 2000 à Montréal dans le cadre du 1er congrès international des infirmières et infirmiers de la francophonie. L'infirmière du Québec, 8(4), 21-22.

Caillé, A. (1993). La démission des clercs, la crise des sciences sociales et l'oubli du politique. Paris: La Découverte.

Canouï, P., & Mauranges, A. (1998). Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants: de l'analyse du burn out aux réponses. Paris: Masson.

Carpentier-Roy, M.-C. (1990). Organisation du travail et santé mentale chez les infirmières en milieu hospitalier. Thèse de doctorat non publiée, Université de Montréal, Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences.

Carpentier-Roy, M.-C. (1991). Corps et âme: psychopathologie du travail infirmier. Montréal: Liber.

Carpentier-Roy, M.-C. (1992a). Organisation du travail et santé mentale chez les enseignants et les enseignantes du primaire et du secondaire. Rapport de recherche. CEQ. Montréal.

Carpentier-Roy, M.-C. (1992b). L'affectif: dimension occultée des rapports de travail. Revue internationale d'action communautaire, 27(67), 153-159.

Carpentier-Roy, M.-C. (1995a). Corps et âme: psychopathologie du travail infirmier. Deuxième édition augmentée. Montréal: Liber.

Carpentier-Roy, M.-C. (1995b). Anomie sociale et recrudescence des problèmes de santé mentale au travail. Santé mentale au Québec, XX(2), 119-138.

Carpentier-Roy, M.-C. (1995c). Santé mentale et travail: avantages et limites de la psychodynamique du travail. Dans R. Malenfant & M. Vézina (sous la dir. de), Plaisir et souffrance. Dualité de la santé mentale au travail. Groupe de recherche sur les impacts sociaux et psychologiques du travail, Centre de santé publique de Québec, ACFAS, Les Cahiers Scientifiques, 81.

Carpentier-Roy, M.-C. (1997). Evolution de la demande dans le champ santé mentale-travail, nouvelles formes de pathologies. Pathologies de l'exclusion et pathologies de l'excellence. Dans P. Molinier, V. Weber-Hervé, & Laboratoire de Psychologie du Travail du Conservatoire National des Arts et Métiers (sous la dir. de), Colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail. Tome I (pp. 13-23). Paris: CNAM, Laboratoire de Psychologie du Travail.

Carpentier-Roy, M.-C. (2000). La psychodynamique du travail et la recherche en santé mentale au Québec. Dans M. C. Carpentier-Roy & M. Vézina (sous la dir. de), Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec (pp. 21-27). Québec: Octares, Les Presses de l'Université Laval.

Carpentier-Roy, M.-C., & Vézina, M. (2000) (sous la dir. de), Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec. Québec: Octares, Les Presses de l'Université Laval.

Carpentier-Roy, M.-C. (2001). Etre reconnu au travail: nécessité ou privilège? Actes du colloque "Travail, reconnaissance et dignité humaine" (pp. 7-19), Québec: Université Laval.

Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in Nursing Sciences, 1(1), 13-23.

Carré, A. (1997). Psychodynamique du travail et prévention des risques de l'organisation du travail pour la santé psychique. Archives des maladies professionnelles, 58, 264-265.

Carter, M., & Phillips, C. (1987). What's wrong with working in a nursing home? An analysis of nurse's comments. Australian Nurses Journal, 16, 49-62.

Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. The New England Journal of Medicine, 306, 639-645.

Catalano, J. T. (1999). Nursing now! Today's issues, tomorrow's trends (2e éd.) Philadelphie (PA): Davis.

Chalifour, J. (2000). L'intervention thérapeutique. Volume 2: Stratégies d'intervention. Montréal: Gaëtan Morin.

Chanlat, J.-F. (1990). Théorie du stress et psychopathologie. Prévenir, 20, 117-126.

Chanlat, J.-F. (1998). Sciences sociales et management. Plaidoyer pour une anthropologie générale. Québec: Les Presses de l'Université Laval, Editions Eska.

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (1991). Theory and nursing: A systematic approach. 3d ed. Saint-Louis: Mosby.

Chinn, P. L., Maeve, M. K., & Bostick, C. (1997). Aesthetic inquiry and the art of nursing. Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 11(2), 83-96.

Clot, Y. (1993). Disciplines et interdiscipline du travail. La pensée, 293, 61-68.

Coburn, D. (1988). The development of Canadian nursing: professionalization and proletarianization. International Journal of Health Services, 18, 3, 437-456.

Cohen, Y., & Bienvenue, L. (1994). Emergence de l'identité professionnelle chez les infirmières québécoises, 1890-1927. Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine, 11, 119-151.

Cohen-Mansfield, J. (1989). Sources of satisfaction and stress in nursing home caregivers: preliminary results. Journal of Advanced Nursing, 14, 383-388.

Collière, M.-F. (1982). Promouvoir la vie. Paris: InterEditions.

Comité de bioéthique de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (1998). Réflexion éthique sur les problèmes d'alimentation en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Montréal: Comité de bioéthique de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Copp, L. A. (1990a). The nature and prevention of suffering. Journal of Professional Nursing, 6, 247- 249.

Copp, L. A. (1990b). Treatment, torture, morality: ethical dilemmas in caring. Nursing Law and Ethics, 2(5), 1-2, 6,8.

Cru, D. (1987). Les règles du métier. Dans C. Dejours (sous la dir. de), Plaisir et souffrance dans le travail, tome 1 (pp. 29-42). Paris: Association pour l'Ouverture du Champ d'Investigation Psychopathologique, CNRS.

Dallaire, C. (1999). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Eds.), Soins infirmiers et société (pp. 33-55). Montréal: Gaëtan Morin.

Dallaire, C., & Blondeau, D. (1999). Le savoir infirmier: une problématique. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Eds.), Soins infirmiers et société (pp. 175-200). Montréal: Gaëtan Morin.

Daly, J. (1995a). The view of suffering within the human becoming theory. In R. R. Parse (Ed.), Illuminations: the human becoming theory in practice and research (pp. 45-59) (No. 15-2670). New York: National League for Nursing Press.

Daly, J. (1995b). The lived experience of suffering. In R. R. Parse (Ed.), Illuminations: the human becoming theory in practice and research (pp. 243-268) (No.15-2670). New York: National League for Nursing Press.

Daniel, S., & Rogers, M. (1981). Burnout and the pastorate: a critical review with implication for pastors. Journal of Psychology and Theology, 9(3), 232-249.

Davezies, P. (1991). De l'épreuve à l'expérience du travail. Identités et différences. Texte ronéotypé.

Davezies, P. (1993). Eléments de psychodynamique du travail. Comprendre le travail. Education permanente, 3(116), 33-46.

Davezies, P. (1994). De la communication: l'intervention du médecin du travail dans l'espace public. Laboratoire de médecine du travail. Université de Lyon.

Davezies, P. (1995). Position du médecin du travail face aux dimensions cognitives, psychiques et relationnelles du travail. Archives des maladies professionnelles, 56(4), 294-306.

de Hennezel, M., & Leloup, J.-Y. (1997). L'art de mourir: Traditions religieuses et spiritualité humaniste face à la mort aujourd'hui. Paris: Robert Laffont.

Dejours, C. (1980a). Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Paris: Le Centurion.

Dejours, C. (1980b). La charge psychique de travail. In Société française de psychologie/psychologie du travail (Ed.), Equilibre ou fatigue par le travail? (pp. 45-54). Paris: Entreprise moderne d'édition.

Dejours, C. (1985). Organisation du travail-clivage-aliénation. In C. Dejours, C. Veil, & A. Wisner (sous la dir. de), Psychopathologie du travail (pp. 123-130). Paris: Entreprise moderne d'édition.

Dejours, C. (1987a). Aspects psychopathologiques du travail. In C. Lévy-Leboyer (sous la dir. de), Traité de psychologie du travail (pp. 1-27). Paris: Presses Universitaires de France.

Dejours, C. (1987b). La méthodologie en psychopathologie du travail. In C. Desjours (sous la dir. de), Plaisir et souffrance dans le travail (pp. 99-113). Tome 1. Paris: Editions de l'AOCIP.

Dejours, C. (1987c). Note de travail sur la notion de souffrance. In C. Dejours (sous la dir. de), Plaisir et souffrance dans le travail (pp. 115-123). Tome 1. Paris: Editions de l'AOCIP.

Dejours, C. (sous la dir. de) (1987-1988). Plaisir et souffrance dans le travail. 2 tomes. Paris: Editions de l'AOCIP.

Dejours, C. (1989b). Psychopathologie et rapports sociaux au travail. Revue de médecine psychosomatique, 20, 21-30.

Dejours, C. (1992a). Intelligence ouvrière et organisation du travail - à propos du modèle japonais de production. Autour du "modèle" japonais, automatisation, nouvelles formes d'organisation et de relations de travail. L'Harmattan: Dynamiques d'entreprises.

Dejours, C. (1992b). Pathologie de la communication. Situation de travail et espace public: le cas du nucléaire. Raisons pratiques, 3, 177-201.

Dejours, C. (1993). Travail: usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Nouvelle édition augmentée. Paris: Bayard.

Dejours, C. (1993a). Intelligence pratique et sagesse pratique: deux dimensions méconnues du travail réel. Education permanente. Comprendre le travail, 116, 131-156.

Dejours, C. (1993b). Pour une clinique de la médiation entre psychanalyse et politique: la psychodynamique du travail. TRANS, automne.

Dejours, C. (1995). Le facteur humain. Collection: Que sais-je? N° 2996. Paris: Presses Universitaires de France.

Dejours, C. (1995b). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail. Le travail humain, 58(1), 1-16.

Dejours, C. (1995c). Analyse psychodynamique des situations de travail et sociologie du langage. Dans J. Boutet, Paroles au travail (pp. 181-224). L'Harmattan.

Dejours, C. (1998). Travailler n'est pas déroger. Travailler, Revue Internationale de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail, 1(1), 5-12.

Dejours, C. (2000). Préface. Dans M. C. Carpentier-Roy & M. Vézina (sous la dir. de), Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec (pp. 9-18). Québec: Octares, Les Presses de l'Université Laval.

Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1982). Désir ou motivation? Interrogation psychanalytique sur le travail. In Entreprise moderne d'édition (Ed.), Quelles motivations de travail? (pp. 118-126). Documentation française de psychologie. Paris: Entreprise moderne d'édition.

Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1990). Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. Prévenir, 20, 127-149.

Dejours, C., Dessors, D., & Molinier, P. (1994). Comprendre la résistance au changement. INRS. Documents du médecin du travail, 58, 112-117..

Dejours, C., & Jayet, C. (1991). Psychopathologie du travail et organisation réelle du travail dans une industrie de process. Rapport du ministère de la Recherche et de la Technologie. Texte ronéotypé.

Dejours, C., & Molinier, P. (1994). De la peine au travail. Autrement, 142, 138-151.

Delomel, M.-A. (1999). La toilette dévoilée: Analyse d'une réalité et perspectives soignantes. Paris: Seli Arslan.

Demers, L., Dumas, A., & Bégin, C. (1999). La gestion des établissements de santé au Québec. Dans C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest, & V. Lemieux, V. (sous la dir. de), Le système de santé québécois: un modèle en transformation (pp. 195-228). Collection: Politique et économie. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Desrosiers, G. (1999). Lettre adressée le 10 mars 1999 à toutes les infirmières et infirmiers du Québec. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Bureau de la présidente.

Desrosiers, G. (2001). Un congrès mémorable, une assemblée générale solidaire face à l'avenir. L'infirmière du Québec, 8(4), 6-7.

Dessors, D. (1994). Dossier: travail précaire, santé précaire? Travail, 30.

Dessors, D. (1995). Précarité, précarisation, santé: lecture d'une instabilité multiple par la psychodynamique du travail. Archives des maladies professionnelles, 56, 176-180.

Détienne, M., & Vernant, J.-P. (1974). Les ruses de l'intelligibilité. La mètis des Grecs. Paris: Flammarion.

Dicaire, L., Pelletier, G., Durand, P. J., Dubé, C., & Lepage, C. (1997). Vécu du personnel infirmier en CHSLD. Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval. Québec.

Dilthey, W. (1893). Einleitung in die Geisteswissenschaften. Traduction française (1942), Introduction à l'étude des sciences humaines. Presses universitaires de France.

Dilthey, W. Die geistige Welt. Traduction française. (1947), Le monde de l'esprit. 2 volumes. Paris: Aubier.

Dosse, F. (1995). L'humanisation des sciences humaines. Paris: La découverte.

Ducharme, M. (1999). Du discours à la pratique. Les cahiers des Journées de Formation Annuelle du Sanatorium Bégin, 18, 63-71.

Ducharme, F. (2001). La recherche: voie privilégiée du développement du savoir infirmier. Conférence présentée le 22 novembre 2000 à Montréal dans le cadre du 1er congrès international des infirmières et infirmiers de la francophonie. L'infirmière du Québec, 8(4), 23-34.

Duquette, A., Ducharme, F., Pepin, J., & Kérouac, S. (1992). Attraction et maintien du personnel en soins infirmiers: une recension des écrits. Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières.

Duquette, A., Kérouac, S., & Beaudet, L. (1992). Facteurs reliés à l'épuisement professionnel du personnel infirmier: un examen critique d'études empiriques. Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale.

Duquette, A., Sandhu, B. K., & Kérouac, S. (1993). Etude des facteurs associés à l'organisation des soins dans un unité de soins infirmiers. Montréal: Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Duquette, A., Sandhu, B. K., & Kérouac, S. (1994a). Facteurs liés au fonctionnement d'une unité de soins d'un centre hospitalier régional offrant des soins de courte durée. Montréal: Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B., Ducharme, F., & Saulnier, P. (1995). Etude 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., Kérouac, S., Sandhu, B. K., Saulnier, P., & Lachance, L. (1997). Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. Santé mentale au Québec, 22(2), 257-278.

Durkheim, E. (1960). De la division du travail social. 7^e édition. Paris: Presses Universitaires de France.

Dutcher, L. A., & Adams, C. E. (1994). Work environment perceptions of staff nurses and aides in home health agencies. Journal of Nursing Administration, 24(10), 24-30.

Edelwich, J., & Brodski, A. (1980). Burnout: stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Science Press.

Estryn-B har, M. (1997). Stress et souffrance des soignants à l'hôpital: reconnaissance, analyse et prévention. Paris: Editions Estem.

Evans, J. (1992). A study of the relationship among perceptions of the immediate supervisor's leadership style work environment and self-efficacy as reported by head-nurses. Unpublished doctoral dissertation, University of Columbia, New York, United States.

Fawcett-Henesy, A. (2001). Les défis de la pratique soignante au XXI^e siècle. Conférence livrée par Anne-Marie Lanctôt en remplacement d'Ainna Fawcett-Henesy, le 22 novembre 2000 à Montréal dans le cadre du 1er congrès international des infirmières et infirmiers de la francophonie. L'infirmière du Québec, 8(4), 41-42.

Fernandez-Zoïla, A. (1999). Pour une herméneutique métamorphique: applications en psychopathologie du travail. Travailler, Revue Internationale de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail, 1(2), 83-112.

Fielding, J., & Weaver, S. M. (1994). A comparison of hospital- and community-based mental health nurses: perceptions of their work environment and psychological health. Journal of Advanced Nursing, 19, 1196-1204.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 839-852.

Fortin, P. (1999). La santé comme valeur sociale dans les documents de la Commission Rochon et dans le discours gouvernemental. Analyse éthicologique. Dans P. Fortin (sous la dir. de), La réforme de la santé au Québec (pp. 13-43). Cahiers de recherche éthique 22. Québec: Fides.

Francoeur, J. (1999). Statistiques relatives aux infirmières et infirmiers inscrits au tableau au 31 mars 1999. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Direction de l'admission à la profession.

Fréchette, L. (1988). La mort dans les médias. Frontières, 1(1), 17-21.

Freitag, M. (1996). Le dilemme des sciences sociales dans la postmodernité: étudier et orienter la société ou produire le social. Dans M. Rafie. Les sciences humaines: état des lieux (pp. 29-64). Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.

French, J. R., & Kaplan, R. D. (1970). Psychosocial factors in coronary heart disease. Industrial Medicine and Surgery, 39, 383-397.

Freud, A. (1981). Au-delà du principe de plaisir. In A. Freud, Essais de psychanalyse (pp. 41-115). Paris: Payot.

Freudenberger, H. (1980). Burnout: the high cost of high achievement. New York: Doubleday.

Fry, S. T. (1990). The development of nursing science: theoretical and philosophical issues. Dans N. L. Chaska (sous la dir. de), The nursing profession turning points (214-222). Saint-Louis: Mosby.

Gardell, B. (1982). Worker participation and autonomy: a multilevel approach to democracy at the work place. International Journal of Health Services, 12, 527-558.

Gardner, D. L., Kelly, K., Johnson, M., McCloskey, J. C., & Maas, M. (1991). Nursing administration model for administrative practice. Journal of Nursing Administration, 21(3), 37-41.

Gilbert, M.-A. (1995). Psychodynamique du travail et syndicalisme. Dans R. Malenfant & M. Vézina (sous la dir. de), Plaisir et souffrance. Dualité de la santé mentale au travail. Groupe de recherche sur les impacts sociaux et psychologiques du travail, Centre de santé publique de Québec, ACFAS, Les Cahiers Scientifiques, 81.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine.

Godard, P. (1985). De l'aliénation à la violence. In C. Dejours, C. Veil, A. Wisner (sous la dir. de), Psychopathologie du travail (pp. 194-200). Paris: Entreprise moderne d'édition.

Goulet, O. (1999). L'autonomie professionnelle et la pratique infirmière. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Eds.), Soins infirmiers et société (pp. 135-155). Montréal: Gaëtan Morin.

Goulet, O., & Dallaire, C. (1999) (Eds.). Soins infirmiers et société. Montréal: Gaëtan Morin.

Goulet, O., & Dallaire, C. (1999a). La pratique infirmière et l'autonomie. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Eds.), Soins infirmiers et société (pp. 99-100). Montréal: Gaëtan Morin.

Gouvernement du Québec (1988). Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec: Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec (1990). Une réforme axée sur le citoyen. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Grosch, W. N., & Olsen, D. V. (1998). Souffrir à force d'aider. Le "burnout" dans la relation d'aide: une perspective nouvelle. Traduit de l'américain par Cl. Meylan Pernet avec la collaboration de J.CL. Bernot. Collection Le Germe. Bruxelles: Satas.

Guba, E.C., & Lincoln, Y. (1989). Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: Sage Publications.

Guiho-Bailly, M.-P. (1998). Des temps de travail à l'histoire singulière: apports de la clinique psychiatrique. Actes du XXXIII^e congrès de la SELF, pp. 11-24, Paris.

Hagan, L. (2001). Affirmer notre savoir-faire: les enjeux et les conditions de réussite. Conférence présentée le 22 novembre 2000 à Montréal dans le cadre du 1er congrès international des infirmières et infirmiers de la francophonie. L'infirmière du Québec, 8(4), 11-20.

Hammond, M. (1990). Is nursing a semi-profession? The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne, 86(2), 20-23.

Handy, J. A. (1988). Theoretical & methodological problems within occupational stress & burn out research. Human Relations, 5, 351-369.

Hare, J., Pratt, C. C., & Andrews, D. (1988). Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes. International Journal of Nursing Studies, 25(2), 105-115.

Hayne, Y. (1992). The current status and future significance of nursing as a discipline. Journal of Advanced Nursing, 17, 104-107.

Healey, R. J. (1980). Developing a positive work environment. In National League for Nursing. Creating a positive work environment (pp. 1-13). New York: Author.

Hees, M. (1999). Des dieux, des héros et des managers. Bruxelles: Labor.

Herzberg, F. I. (1996). Les quatre questions existentielles: leur effet sur la motivation humaine et le comportement organisationnel. Dans T. Pauchant et coll. La quête du sens. Gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature (pp. 165-188). Montréal: Editions Québec/Amérique-Presses HEC.

Hesbeen, W. (1997). Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris: InterEditions, Masson.

Hesbeen, W. (1998). La pratique soignante: une rencontre et un accompagnement. Perspective soignante, 1, 25-44.

Hétu, J.-L. (1994). La relation d'aide. Eléments de base et guide de perfectionnement. Québec: Gaëtan Morin.

Hivon, C. (1999) (propos de J.-P. Brun recueillis par). Une question d'identité ... une question de dignité humaine Echange, 13 (2), 2-4.

Hubinon, M. (1998). Management des unités de soins. De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité. Collection Savoirs & Santé. Bruxelles: De Boeck.

Insel, P. M., & Moos, R. H. (1974a). Health and the Social Environment. Lexington (Mass.): Lexington Books.

Jick, T. D. (1985). As the ax falls. Budget cuts and experience of stress in organizations. In T. A. Beehr, & R. S. Bhagat, Human stress and cognition in organizations. An integrated perspective (pp. 83-114). Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Johnson, J. L. (1996). The art of nursing. Image, 28, 169-175.

Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health, 78(10), 1336-1342.

Jones, J. W. (1982). The burnout syndrome. New-York: London House Press.

Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (1986). The experience of suffering: conceptual clarification and theoretical definition. Journal of Advanced Nursing, 11, 623-631.

Kahn, R. (1964). Organisational stress. New-York: John Wiley and Sons.

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

Karasek, R.-A. (1989). The political implications of psychosocial work redesign: a model of the psychosocial class structure. International Journal of Health Services, 19(3), 481-508.

Karasek, R.-A., & Theorell, T. (1990). Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.

Kelly, L. Y., & Joël, L. A. (1995). Dimensions of professional nursing. 7^e éd. New York: McGraw-Hill.

Kérouac, S., Duquette, A., & Sandhu, B. K. (1992a). Système pour dispenser des soins infirmiers: une étude de cas du système modulaire. Cahier de recherche 1 en administration des soins infirmiers. Montréal: Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières.

Kérouac, S., Duquette, A., & Sandhu, B. K. (1992b). Système pour dispenser des soins infirmiers: une étude de cas du système global unifié. Cahier de recherche 2 en administration des soins infirmiers. Montréal: Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières/

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). La pensée infirmière. Laval: Editions Etudes Vivantes.

Klandermans, B., Van Vuuren, T., & Jacobson (1991). Job insecurity. Coping with jobs at risk. London: Sage Publications.

Koch, T. (1995). Interpretative approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger. Journal of Advanced Nursing, 21(5), 827-836.

Lacourse, M.-Th. (1998). Sociologie de la sante. Montréal: Chenelière/McGraw-Hill.

Lambert, C., & Blondeau, D. (1999). Chemins et impasses du jugement clinique au quotidien. Dans J.-F. Malherbe, (sous la dir. de), Compromis, dilemmes et paradoxes en éthique clinique (pp. 39- 61). Québec: Artel - Fides, Collection: Catalyses.

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 en sciences infirmières non publié, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.

Landry, D. (1999). Souffrances des soignants en gérontologie et leur nécessaire accompagnement. Gérontologie et Société, 90, 203-220.

Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New-York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New-York: Springer.

Lazure, H. (1987). Vivre la relation d'aide. Ville Mont-Royal: Décarie.

Leboul, D. (1998). Le travail auprès des patients mourants: des enjeux à débattre. Dans R., J. & R. Laflamme (sous la dir. de), Stress, santé et intervention au travail (pp. 141-150). Collection "Gestion des paradoxes dans les organisations", tome 7, actes du 9^e congrès de l'Association Internationale de Psychologie du Travail de Langue Française. Québec: Presses Inter Universitaires.

Leddy, S., & Pepper, J. M. (1989). Conceptual bases of professional nursing. 2e éd. Philadelphia: J. B. Lippincott.

Le Progrès Médical (1878). Volume VII.

Lévesque, L., Granger, D., & Cossette, S. (1988). Etude sur la cohabitation des résidents lucides avec leurs pairs non lucides. Université de Montréal, faculté des sciences infirmières.

Levi, L. (1995). Work, stress and health overview and future directions: an international perspective. Occupational and Health Administration Conférence on Work, Stress and Health. Washington, DC. American Psychological Association, National Institute for Occupational Safety and Health, U.S. Office of Personnel Management.

Levine, M. E. (1995). On the humanities in nursing. Canadian Journal of Nursing Research/Revue canadienne de recherche en sciences infirmières, 27(2), 19-23.

Libouban, C. (1985). Un aspect nouveau de la charge de travail: la charge psychique. In C. Dejours, C. Veil et A. Wisner (sous la dir. de), Psychopathologie du travail (pp. 76-80). Paris: Entreprise Moderne d'Édition.

Logeay, P., & Gadbois, C. (1985). L'agression psychique de la mort dans le travail infirmier. In C. Dejours, C. Veil et A. Wisner (sous la dir. de), Psychopathologie du travail (pp. 81-86). Paris: Entreprise Moderne d'Édition.

Long, C. G, Williams, M. , & Hollin, C. R. (1995). Staff perceptions of organization change of treatment delivery on an addiction unit. Journal of Advanced Nursing, 21, 759-765.

Lyon, B. (1990). Getting back on track. Dans N. L. Chaska (sous la dir. de), The nursing profession turning points (pp. 267-279). Saint louis: The C.V. Mosby.

Maddi, R. S., & Kobasa, C. S. (1984). The hardie executive: health under stress. Homewood, Illinois: Dow Jones-Irven.

Major, F. (1993). L'expérience d'autonomie de la personne âgée qui vit avec un membre de sa famille. Mémoire de maîtrise en sciences infirmières non publié, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.

Malenfant, R. (1996). Travail et grossesse. Peut-on laisser la maternité à la porte de l'entreprise? Montréal: Liber.

Maranda, M.-F. (1995). La psychodynamique du travail, une alternative à l'individualisation de la santé mentale au travail. Santé mentale au Québec, XX, 2, 219-242.

Maranda, M.-F. (1998a). La psychodynamique du travail: une approche clinique en milieu de travail. Carriérologie, 7, 1, 65-80.

Maranda, M.-F. (1998b). Compromis fordiste et individualisation des stratégies de défense. Dans R., J. & R. Laflamme (sous la dir. de), Stress, santé et intervention au travail (pp. 151-158). Collection "Gestion des paradoxes dans les organisations", tome 7, actes du 9^e congrès de l'Association Internationale de Psychologie du Travail de Langue Française. Québec: Presses Inter Universitaires.

Margall, M. A. (1999). Relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique d'infirmières soignantes d'Espagne. Mémoire de maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Margolis, B. L., Kroes, W. H., & Quinn, R. P. (1974). Job stress: an unlisted occupational hazard. Journal of occupational medicine, 16, 659-661.

Marquis, S. (1999). Petit éloge de l'ordinaire ou plaidoyer pour redonner la parole à nos gestes. Cahier JFASB, 18, 73-84.

Marquis, S. (2001). L'art de la reconnaissance. Actes du colloque "Travail, reconnaissance et dignité humaine" (pp. 20-43), Québec: Université Laval.

Martin, C. (1984). Les soins de santé primaire ... une notion à déchiffrer. Nursing Québec, 4(6), 8-13.

Maslach, C. (1976). Burned-out. Human behaviors, 5, 16-22.

Mauss, M. (1969). The gift: forms and functions of exchange in archaic societies. Londres: Cohen & West.

McConnell, E. A. (1982). Burnout in the nursing profession: coping strategies, causes, and cost. Toronto: Mosby.

Mendel, G. (1985). La crise est politique. La politique est en crise. Paris: Payot.

Menzies, I. E. P. (1960). A case study in the functioning of social systems as a defense against anxiety. Human Relations, 13, 95-121.

Merton, R. K. (1957). Social theory and social structure. Illinois: Glencoe.

Meyerson, I. (1952). L'entrée dans l'humain. Revue philosophique, 1-13.

Meyerson, I. (1955). Le travail, fonction psychologique. Journal de psychologie, 52, 3-17.

Michaud, S. L. (1991). Relations entre les caractéristiques de l'environnement de travail et l'épuisement professionnel d'infirmières en service d'urgence. Mémoire non publié. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Molinier, P. (1995). Psychodynamique du travail et identité sexuelle. Thèse de doctorat en psychologie. Document non publié. Conservatoire National des Arts et Métiers. Laboratoire de Psychologie du Travail.

Moloney, M. M. (1986). Professionalization of nursing. Philadelphie: J.B. Lippincott.

Moloney, M. M. (1992). Professionalization of nursing. (2 ed.) Philadelphie: J.B. Lippincott.

Monnerot, J. (1946). Les faits sociaux ne sont pas des choses. Paris: NRF.

Moos, R. H. (1973). Conceptualizations of human environments. American Psychologist, 28(8), 652-665.

Moos, R. H. (1994). Work environment scale manual. (3 ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Morse, J. M., & Johnson, J. L. (1991). Toward a theory of illness: the illness-constellation model. In J. M. Morse & J. L. Johnson (Eds.), The illness experience: dimensions of suffering (pp. 315-342). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Moulin, M. (1980). Avant-propos. Dans Société française de psychologie/psychologie du travail (Ed.), Equilibre ou fatigue par le travail? (pp. 9-11). Paris: Entreprise moderne d'édition.

Mucchielli, A. (1994). Les méthodes qualitatives. 2^e édition corrigée. Collection: Que sais-je? N° 2591. Paris: Presses Universitaires de France.

Neubauer, P. J. (1988). The impact of stress, hardiness, home and work environment on illness, job satisfaction and absenteeism in registred nurses. Unpublished doctoral dissertation, University of Missouri, Kansas City, United States.

Newman, M. A. (1990). Professionalism. Dans N. L. Chaska (sous la dir. de), The nursing profession turning points (pp. 49-52). Saint louis: The C.V. Mosby.

Niedhammer, I., & Siegrist, J. (1998). Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardio-vasculaires: l'apport du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 46, 398-410.

Novak, M., & Chappell, N. L. (1994). Nursing assistant burnout and the cognitively impaired elderly. International Journal of Aging and Human Development, 39, 105-120.

Oermann, M. H. (1991). Professional Nursing Practice. Philadelphie: J. B. Lippincott.

Office des professions du Québec - OPQ (1997). Le système professionnel québécois de l'an 2000. Québec: OPQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1999a). Un été chaud. Le Journal, 7(1), 1.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1999b). Grève des infirmières. L'OIIQ tente d'éviter le recours à une loi spéciale. Le Journal, 7(1), 3.

Parkin, P. A. C. (1995). Nursing the future: a re-examination of the professionalization thesis in the light of some recent developments. Journal of Advanced Nursing, 21, 561-567.

Parse, R. R. (1974). Nursing fundamentals. Flushing, N. Y.: Medical Examination Publishing.

Parse, R. R. (1981). Man-Living-Health: a theory of nursing. New York: John-Wiley & Sons.

Parse, R. R. (1985). Man-Living-Health: a man-environment simultaneity paradigm. In R. R. Parse, A. B. Coyne, & M. J. Smith, Nursing research: qualitative methods (pp. 9-13). Bowie: Brady Communications.

Parse, R. R. (1987). Man-Living-Health theory of nursing. In R. R. Parse (Ed.), Nursing science: major paradigms, theories and critiques (pp. 159-180). Philadelphia: W. B. Saunders.

Parse, R. R. (1990). Parse's research methodology with an illustration of the lived experience of hope. Nursing Science Quarterly, 3(1), 9-17.

Parse, R. R. (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. Nursing Science Quarterly, 5, 35-42.

Périlleux, T. (1995). Entre le spectacle de la souffrance et l'engagement dans l'action. Sociologie de la souffrance et psychodynamique du travail. Revue Internationale de Psychosociologie, III(5), 127-142.

Périlleux, T. (1998). L'autonomie est-elle encore un idéal d'émancipation dans le travail? Travailler, Revue Internationale de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail, 1(1), 17-37.

Perreault, M. & Saillant, F. (1996). Sciences infirmières et sciences sociales: dialogue et fécondation mutuelle. Sciences sociales et santé, 14(3), 7-16.

Petit, A. (1989). Les infirmières: de la vocation à la profession. Montréal: Boréal.

Phillips, J. R. (1992). Search in research. Nursing Science Quarterly, 5(2), 50-51.

Pines, A., & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. Hospital and Community Psychiatry, 29, 233-237.

Poisson, Y. (1990). La recherche qualitative. Québec: PUQ.

Porter, S. (1992). The poverty of professionalization: a critical analysis of strategies for the occupational advancement of nursing. Journal of Advanced Nursing, 17, 720-726.

Pourtois, J.P., & Desmet, H. (1988). Epistémologie et instrumentation en sciences humaines. Liège: Pierre Mardaga, Editeur.

Pronovost, L. (1991). Enjeux de l'interdisciplinarité. Actes du premier congrès de l'Association québécoise de soins palliatifs. Québec: Université de Laval.

Provencher, H., & Fawcett, J. (1999). Les sciences infirmières: une structure épistémologique. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Eds.), Soins infirmiers et société (pp. 201-224). Montréal: Gaëtan Morin.

Ricoeur, P. (1983-1985). Temps et récit. 3 tomes. Paris: Seuil.

Rogers, C. (1970). La relation d'aide et la psychothérapie. Vol. 1. Paris: Les Editions Sociales Françaises.

Rogers, M. E. (1970). An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: J. A. Davis.

Rogers, M. E. (1983). Science of Unitary Human Beings: a paradigm for nursing. In I. W. Clements, F. B. Roberts (Eds.), Family health: a theoretical approach to nursing care (pp. 219-228). New York: John Wiley & Sons.

Rogers, M. E. (1990). Nursing: science of unitary, irreducible, human beings: update 1990. In E. A. M. Barrett (Ed.), Visions of Rogers' science-based nursing (5-11). New York: National League for Nursing.

Ruszniewski, M. (1995). Face à la maladie grave: patients, familles, soignants. Paris: Dunod.

Ryan, W. (1971). Blaming the victim. New York: Pantheon.

Saillant, F. (1999). Les soins, phénomène social total: playdoyer pour une pratique ancrée de l'interdisciplinarité. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Eds.), Soins infirmiers et société (pp. 159-174). Montréal: Gaëtan Morin.

Sainsaulieu, R. (1985). L'identité au travail. Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques (première édition: 1977).

Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. Advances in Nursing Science, 8(3), 27-37.

Sandhu, B. K., Duquette, A., Kérouac, S., & Rouillier, L. (1992). La gestion de cas: question de soins ou de coûts? Nursing Québec, 12(5), 31-37, 39-44.

Santerre, R. (1988). Mourir au Québec hier et aujourd'hui. Frontières, 1(1), 12-16.

Saulnier, P. (1993). Influence du soutien au travail sur le stress, les stressés occupacionnels et l'épuisement professionnel d'infirmières en gérontologie. Mémoire non publié. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Savignac, P. (1993). Perception des stressés en soins infirmiers, hardiesse et bien-être psychologique d'infirmières en soins de longue durée. Mémoire non publié. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Schwartz, H. S. (1996). Reconnaître les dimensions sinistres de la vie organisationnelle. Dans T. Pauchant et coll. La quête du sens. Gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature (pp. 121-138). Montréal: Editions Québec/Amérique-Presses HEC.

- Searle, J.-R. (1969). Speech acts: an essay in the philosophy of language. London: Cambridge University Press.
- Selye, H. (1969). Stress without distress. New York: McGraw-Hill.
- Serres, M. (1980). Commencements. Le Monde, 4 janvier, 13.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1996). Effects of work stressors and work climate on long-term care staff's job morale and functioning. Research in Nursing & Health, 19, 63-73.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort low-reward conditions. Journal of occupational health psychology, 1, 27-41.
- Siegrist, J., Siegrist, K., & Weber, I. (1986). Sociological concepts in the etiology of chronic disease: the case of ischemic heart disease. Social Science of Medicine, 22, 247-253.
- Siegrist, J., Peter, R., Junde, A., Cremer, P., & Siedel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. Social Science of Medicine, 31, 1127-1134.
- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (1999). Collège soins infirmiers. L'infirmière et les soins palliatifs. "Prendre soin": éthique et pratiques. Paris: Masson.
- Söderfeldt, B., Söderfeldt, M., Muntaner, C., O'Lampo, P., Warg, L. E., & Ohlson, C.-G. (1996). Psychosocial work environment in human service organizations: a conceptual analysis and development of the demand-control model. Social Science of Medicine, 42(9), 1217-1226.
- Sofer, C. (1955). Reaction to administrative change: a study of staff relations in three British hospitals. Human Relations, 8, 291-316.
- Taylor, C. (1992). Grandeur et misère de la modernité. Montréal: Bellarmin, Coll: L'Essentiel.
- Taylor, C. (1994). Philosophical reflections on caring practices. In S. S. Phillips & P. Benner (sous la dir. de), The crisis of care: affirming and restoring caring practices in the helping professions. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Travelbee, J. (1971). Concept: suffering. Interpersonal aspects of nursing. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis.

Trudel, L. (2000a). L'approbation de pratiques préventives dans le travail à l'ordinateur. Une histoire de cas à partir de l'analyse psychodynamique du travail. Travailler, 4, 155-186.

Trudel, L. (2000b). S'engager dans une enquête en psychodynamique du travail: réflexions méthodologiques. Dans M. C. Carpentier-Roy & M. Vézina (sous la dir. de), Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec (pp. 43-52). Québec: Octares, Les Presses de l'Université Laval.

Turnipseed, D. (1992). Anxiety and perceptions of the work environment. Journal of Social Behavior and Personality, 7(3), 375-394.

Vachon, M. L. S. 1987. Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.

Van Manen, M. (1997). Researching the lived experience (2e ed.). Toronto: The Athlouse Press.

Verhaegen, B. (1974). Introduction à l'histoire immédiate: essai de méthodologie qualitative. Gembloux (Belgique): Duculot.

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

Vézina, M. (1999). Stress et psychodynamique du travail: de nouvelles convergences. Travailler, Revue Internationale de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail, 1(2), 201-218.

Vézina, M. (2000). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans M. C. Carpentier-Roy & M. Vézina (sous la dir. de), Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec (pp. 29-41). Québec: Octares, Les Presses de l'Université Laval.

Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., & Vinet, A. (1992). Pour donner un sens au travail: bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail. Québec: Gaëtan Morin.

Vézina, M., & Carpentier-Roy, M.-C. (2000). Discussion générale et conclusion. Dans M. C. Carpentier-Roy & M. Vézina (sous la dir. de), Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec (pp. 147-155). Québec: Octares, Les Presses de l'Université Laval.

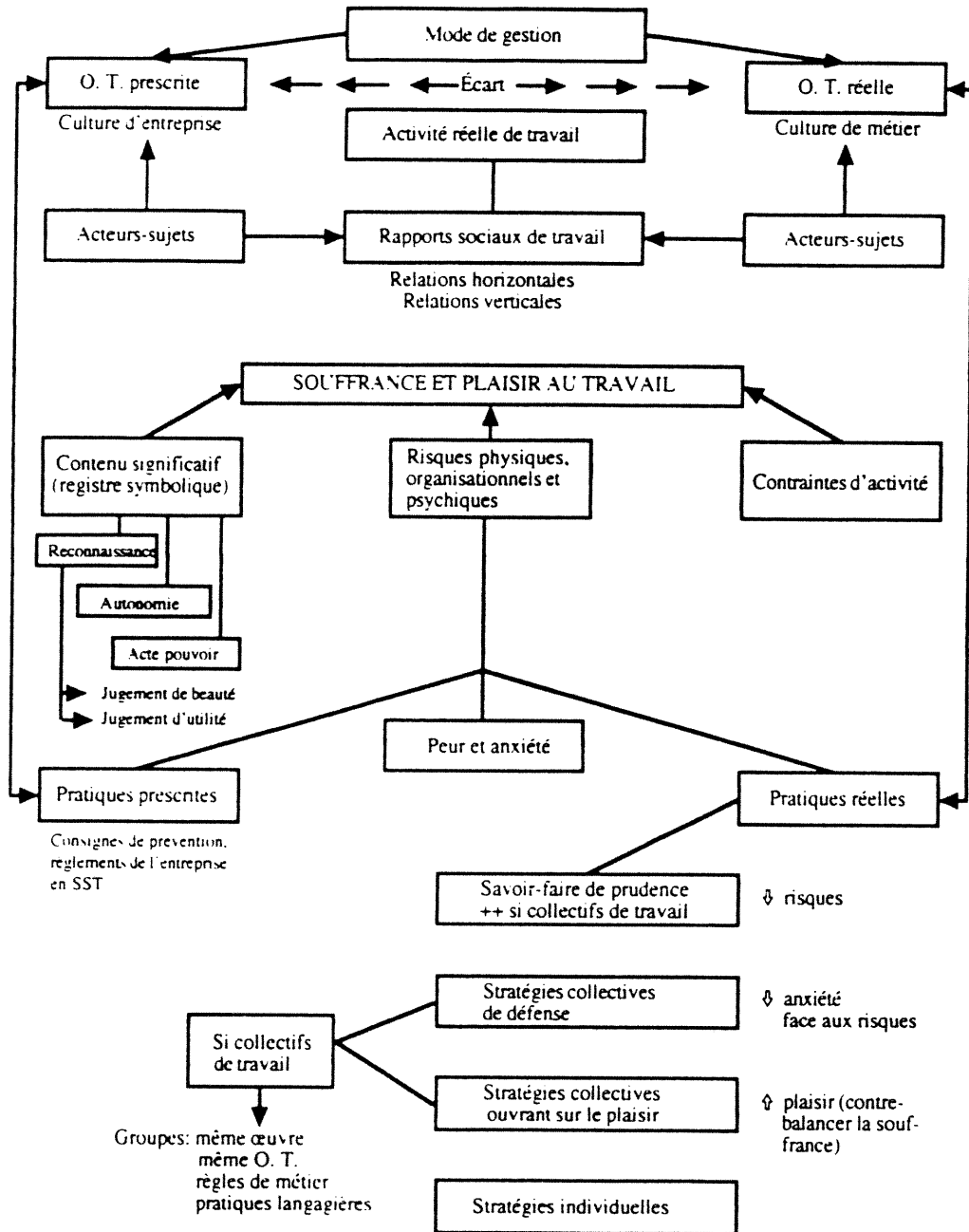
Wilson, A. T. M. (1950). Hospital nursing auxiliaries. Human relations, 3, 1-32.

Wilson, L. E. (1989). An analysis of selected variables influencing the acceptance of an innovation (autonomous nursing units) by nurses in an acute setting. Unpublished doctoral dissertation. University of Pennsylvania, Pennsylvania, United States.

Wilson, R. W., & Patterson, M. A. (1988). Perceptions of stress among nursing personnel on demented units. American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research, 3, 34-39.

ANNEXE I

ARTICULATION DES PRINCIPAUX CONCEPTS DE LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL (Carpentier-Roy, Ph. D.)



ANNEXE II
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR MA PARTICIPATION A UN PROJET DE RECHERCHE

Je soussignée, _____, consens, par la présente, à participer au projet de recherche suivant, dans les conditions décrites ci-dessous:

TITRE DU PROJET:

Plaisir et souffrance des infirmières
oeuvrant dans le contexte québécois actuel
en unité de soins de longue durée

CHERCHEURE RESPONSABLE DU PROJET:

La chercheure responsable du projet est Marie ALDERSON, étudiante au doctorat en sciences infirmières, à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

BUT ET OBJECTIF DU PROJET:

Le but de la présente recherche est de mieux comprendre quelle est, dans le présent contexte québécois, l'interrelation entre l'organisation du travail et l'expérience de soin (ou le travail infirmier) en termes de plaisir et de souffrance en unité de soins de longue durée.

NATURE DE MA PARTICIPATION:

La nature de ma contribution à la présente recherche est la participation active et volontaire à deux entrevues collectives de collecte des données et une entrevue de restitution (validation de l'analyse faite par le collectif de chercheures) d'une durée de 2 heures chacune, en présence de collègues infirmières volontaires de l'institution.

Je suis informée du fait qu'aucune compensation financière n'est prévue pour ma participation à l'étude en dehors de mes heures de travail.

Les entrevues collectives auront lieu dans un local situé au sein de l'établissement et seront enregistrées sur audiocassettes.

Au cours de ces entrevues, je serai invitée à m'interroger sur les sources de plaisir et de souffrance associées à mon travail ainsi que sur le sens que mon travail revêt à mes yeux.

Désireuse de contribuer à la qualité de l'étude (validité des résultats de l'étude) je m'engage d'une part à m'investir activement dans les entrevues (un trop faible investissement de ma part viderait les entrevues de tout intérêt) et d'autre part, à assurer l'authenticité des propos que je formulerai dans le cadre de celles-ci.

AVANTAGES POUVANT DECOULER DE MA PARTICIPATION:

En m'invitant à réfléchir et à échanger avec mes collègues sur ce que je ressens et vis au travail, la présente recherche peut m'amener à une meilleure compréhension des rapports que j'entretiens avec mon travail.

Outre ces avantages directs, il y a également le fait de contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

INCONVENIENTS POUVANT DECOULER DE MA PARTICIPATION:

Il n'y a aucun inconvénient direct pouvant découler de ma participation au projet. Je sais que je m'engage à participer à six heures d'entrevues collectives ce qui implique un investissement en temps et peut-être un peu en fatigue ou en inconfort inhérent à la nature introspective de la démarche qui m'est demandée.

RISQUES:

Il est entendu que ma participation à ce projet de recherche ne me fait courir, sur le plan médical, aucun risque. J'ai été informée du fait que les entrevues peuvent éventuellement être l'occasion de prises de conscience inconfortables en regard des rapports que j'entretiens avec mon travail.

J'ai également été informée de l'existence des ressources internes à l'établissement pouvant me venir en aide, advenant que des aspects ou problématiques d'ordre individuel - ne relevant par conséquent pas du champ de l'étude qui vise les dimensions collectives ou communes au groupe - surgiraient au cours de l'étude.

Nous sommes assurées du fait que nos collègues respecteront la confidentialité des entrevues collectives (voir rubrique "confidentialité").

CONFIDENTIALITE:

Je m'engage à la confidentialité des entrevues collectives. J'aurai accès au résumé d'entrevue ainsi qu'au rapport final, aurai l'occasion d'exprimer mes commentaires et aurai un droit de regard quant aux propos qui y figureront.

Les enregistrements ne serviront qu'aux seules fins de la présente recherche. Les seules personnes qui auront accès aux données sont la chercheuse principale (Marie Alderson) et les chercheuses assistantes (madame Carpentier-Roy; directrice de thèse et madame Saint-Jean; codirectrice de thèse). Les données issues de la recherche seront conservées pendant cinq ans au bureau privé de la chercheuse principale et seront détruites à l'expiration de ce délai.

INFORMATION CONCERNANT LE PROJET:

La chercheuse devra répondre, à ma satisfaction, à toute question que je poserai à propos du projet de recherche auquel j'accepte de participer.

RETRAIT DE MA PARTICIPATION:

Il est entendu que ma participation au projet de recherche est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Je déclare avoir lu et compris les termes du présent formulaire.

Signature du sujet

Signature d'un témoin

Nom et prénom du sujet
(en lettre moulées)

Nom et prénom du témoin
(en lettre moulées)

Fait à Montréal, le _____

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la responsable des plaintes de l'institution.

Je soussignée, Marie Alderson, certifie: a) avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; et c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature de la chercheure

Fait à Montréal, le _____

ANNEXE III

GUIDE D'ENTREVUE (inspiré de Carpentier-Roy, 1992a): LISTE DES THÈMES ABORDÉS LORS DES ENTREVUES

MODULE A: TRAVAIL ET ACTIVITE DE TRAVAIL

Thème A1: Nature du travail

- L'activité de travail
- Monotonie, sentiment de répétitivité, routine
- Charge physique, psychique et cognitive du travail
- Habiletés requises
- Ecart entre travail prescrit et travail réel
- Présence de technologie

Thème A2. Contraintes d'activité

- Horaire de travail
- Choix des périodes de vacances
- Temps plein/temps partiel
- Précarité d'emploi, sécurité d'emploi
- Quart de travail souhaité
- Travail avec personnel non-régulier (équipe volante, infirmières sur listes de rappel)
- Environnement structurel, physique, matériel

MODULE B: CONTENU SIGNIFICATIF DE LA TACHE

- Reconnaissance sociale de la profession infirmière, de la pratique infirmière en soins de longue durée
- Reconnaissance à l'interne
- Sentiment d'utilisation ou de sous-utilisation des connaissances et des compétences
- Consultation
- Participation aux décisions
- Sentiment d'impuissance
- Possibilités de promotion, d'avancement, de carrière
- Autonomie
- Pouvoir
- Responsabilités
- Interruption de tâches, fragmentation des tâches
- Ambiguïtés et conflits de rôles
- Sentiment d'appartenance à l'institution
- Sentiment en regard de l'évolution de la profession

MODULE C: LES SOURCES DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL + STRATEGIES DEFENSIVES ASSOCIEES

- Sources de souffrance dans le travail: organisationnels, éthiques, etc.

MODULE D: RISQUES, PEURS ET ANXIETES RELIES AU TRAVAIL (+ LES STRATEGIES DEFENSIVES ASSOCIEES)

- Risques physiques, psychiques ou psychologiques et socio-organisationnels
- Protocoles prescrits de prévention, savoirs-faire de prudence
- Absentéisme

MODULE E: LE SOUTIEN AU TRAVAIL

- Au niveau horizontal, vertical, avec les bénéficiaires et les familles

MODULE F: IMAGINAIRE SOCIAL

- Raisons principales du choix de la profession d'infirmière, éléments importants de la profession
- Désirs en regard de la profession: désir de réussite, d'être utile, de reconnaissance, ...
- Rapports personnels avec l'autorité et le pouvoir
- Importance de la relation d'aide
- Investissement dans le travail et hors travail

MODULE G: LES STRATEGIES DEFENSIVES

- Réactions en regard des peurs et des risques physiques, psychiques, socio-organisationnels

MODULE H: LE PLAISIR AU TRAVAIL

- Sources de plaisir et de satisfaction au travail

MODULE I: PISTES DE SOLUTION DEGAGEES PAR LES PARTICIPANTES

- Ce qu'il convient de protéger dans l'organisation du travail
- Ce qu'il convient de changer dans l'organisation du travail