

2ml. 2667.1

Université de Montréal

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

par

Louissette Lamontagne
Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître en sciences infirmières (M. Sc.)

Novembre 1998

© Louissette Lamontagne, 1998



15122111

WY
5
U58
1999
V.010

Université de Montréal

de la santé et des services sociaux du Québec
des CLSC vécus par des infirmières dans le cadre de la réforme
Analyse comparative de l'expérience de transition organisationnelle

par

Louise Lamontagne

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître en sciences infirmières (M.Sc.)

Novembre 1998



© Louise Lamontagne, 1998

1

MEMBRES DU JURY

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire est intitulé :

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

présenté par :

Louissette Lamontagne

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Boucher, Ghislaine	Présidente-rapporteuse
Carpentier, Marie-Claire	Directrice de recherche
Michaud, Suzanne	Membre du jury

Mémoire accepté le 99-02-17

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	iii
Sommaire	ix
Remerciements	xi
Introduction	1
Chapitre premier: Problématique	4
1. But de la recherche.....	10
2. Questions de recherche.....	11
Chapitre deuxième: Recension des écrits	12
1. Réactions d'infirmières en situation de changements organisationnels.....	13
1.1 Aspects positifs des changements.....	14
1.2 Influence négative des changements.....	15
1.3 Réactions variées aux changements.....	16
1.4 Processus psychologique en période de changements.....	19
2. Facteurs en cause dans les réactions des infirmières.....	21
2.1 Facteurs liés à l'épuisement professionnel.....	21

2.2 Facteurs liés à la personnalité.....	22
2.3 Facteurs liés à un processus psychologique.....	23
2.4 Facteurs liés à l'organisation du travail.....	23
2.5 Facteurs facilitants et nuisibles.....	24
Chapitre troisième: Cadres théoriques et cadre méthodologique.....	26
1. Cadres théoriques.....	27
1.1 Principaux éléments de la transition en soins infirmiers.....	27
1.1.1 Types de transition.....	29
1.1.2 Propriétés universelles de la transition.....	30
1.1.3 Conditions pouvant influencer l'expérience d'une transition.....	32
1.1.4 Indicateurs de succès d'une transition.....	36
1.1.5 Soins infirmiers thérapeutiques de la transition.....	39
1.2 Principaux éléments de la psychodynamique du travail.....	39
1.2.1 Notion de plaisir et de souffrance.....	41
1.2.2 Normalité plutôt que santé/maladie.....	42
1.2.3 Construction de l'identité.....	42
1.2.4 Stratégies et mécanismes collectifs de défense.....	43
1.2.5 Travail prescrit et travail réel.....	43

1.2.6 Conditions favorisant la satisfaction au travail.....	44
2. Cadre méthodologique.....	47
2.1 Stratégie de recherche.....	47
2.2 Description du milieu.....	48
2.3 Recrutement des participantes	49
2.4 Collecte des données.....	51
2.5 Méthode d'analyse des données.....	53
2.6 Critères de rigueur de la recherche.....	54
2.6.1 Critère de crédibilité.....	55
2.6.2 Critère de transférabilité.....	55
2.6.3 Critère de constance interne.....	56
2.6.4 Critère de fiabilité.....	56
2.7 Considérations éthiques.....	57
Chapitre quatrième: Présentation et analyse des résultats	58
1. Description des infirmières participant à l'étude.....	59
2. Perception globale des changements organisationnels.....	61
2.1 Direction des changements: étapes et processus psychologique.....	61
2.2 Nature et intensité des changements.....	63

3. Conditions de réalisation de la transition organisationnelle.....	64
3.1 Conditions inhérentes aux infirmières.....	65
3.1.1 Signification des changements.....	65
3.1.2 Attentes des acteurs impliqués.....	65
3.2 Conditions reliées à l'organisation du travail.....	67
3.2.1 Nouveaux mandats et nouveaux rôles.....	67
3.2.2 Polyvalence des infirmières.....	70
3.2.3 Autonomie et maîtrise des rôles.....	71
3.3 Conditions environnementales.....	75
3.3.1 Changements dans les structures et les dynamiques.....	76
3.3.2 Rôles du personnel d'encadrement.....	76
3.3.3 Rôles des planificateurs des changements.....	78
3.3.4 Rôles des autres établissements du réseau.....	80
3.3.5 Réputation antérieure des CLSC.....	81
3.3.6 Rôles des soutiens externes.....	82
4. Influence de la transition organisationnelle des CLSC sur les infirmières.....	82
4.1 Influence sur leur bien-être personnel.....	82
4.1.1 Réactions émotionnelles et physiques	83

4.1.2 Sentiment de compétence et de confiance en soi.....	86
4.1.3 Sublimation et opportunités de croissance.....	89
4.2 Influence sur la satisfaction de leurs relations	93
4.2.1 Reconnaissance sociale.....	93
4.2.2 Reconnaissance et relations verticales.....	95
4.2.3 Reconnaissance et relations horizontales.....	96
4.3 Stratégies défensives.....	100
4.3.1 Stratégies individuelles	100
4.3.2 Stratégies collectives et collectifs de travail.....	102
Chapitre cinquième : Discussion et recommandations.....	106
1. Implications de la recherche.....	107
1.1 Implications pour la pratique infirmière.....	107
1.2 Implications pour la formation des infirmières.....	109
1.3 Implications pour les gestionnaires.....	110
1.4 Implications pour les connaissances et la recherche.....	112
1.5 Implications pour les instances décisionnelles externes.....	114
2. Limites méthodologiques.....	115
Conclusion.....	118

Références	120
Figure 1: Illustration du cadre théorique de la transition	28
Annexes	xii
Annexe A: Phases selon Perlman et Takacs (1990) et selon Lewin (1947).....	xiii
Annexe B: Lettre aux directeurs généraux des CLSC.....	xv
Annexe C: Lettre aux responsables des soins infirmiers.....	xvii
Annexe D: Lettre aux infirmières des CLSC.....	xix
Annexe E: Questionnaire de données sociodémographiques et contextuelles.....	xxi
Annexe F: Protocole d'entrevue.....	xxii
Annexe G: Formules de consentement.....	xxv

SOMMAIRE

La réforme de la santé et des services sociaux entreprise au début des années 1990 représente un enjeu important pour la société québécoise. Elle alimente quotidiennement des débats publics et fait l'objet d'un intérêt constant pour la population préoccupée de recevoir ses soins de santé dans les meilleures conditions possibles. Tous les établissements du réseau de la santé ont été touchés par les transformations. Dans ces changements majeurs, les Centres locaux des services communautaires (CLSC) occupent maintenant une place incontournable sur le continuum de la santé et connaissent une expansion constante. Des auteurs comme Bridges (1991) et Schumacher et Meleis (1994) croient que des changements organisationnels de cette ampleur entraînent des transitions organisationnelles. En CLSC, les infirmières comptent parmi les principaux intervenants de la santé dispensant des services de première ligne. Elles sont alors appelées à vivre de nombreux changements dans leur travail et par conséquent à vivre l'influence de la transition organisationnelle de leur milieu de travail.

Plusieurs auteurs notent que des changements intenses et continus ont des répercussions sur les personnes impliquées dans les changements. Le sujet de cette étude porte alors sur 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. L'étude analyse et cherche à comprendre l'impact des changements organisationnels survenus dans deux CLSC de la région de Montréal sur des infirmières qui y travaillent. Elle vise plus particulièrement à comprendre comment elles perçoivent les changements dans leur CLSC, comment elles vivent l'influence de ces changements sur leur bien-être personnel, la maîtrise de leurs rôles et sur la satisfaction de leurs relations tant verticales qu'horizontales. Finalement, elle vise à identifier les éléments qui favorisent et défavorisent leur implication dans leurs nouvelles réalités du travail découlant des changements organisationnels

À la lumière de la méthode de la psychodynamique du travail, le cadre théorique de la transition en soins infirmiers guide le déroulement de cette étude d'inspiration phénoménologique. L'expérience de transition organisationnelle de deux CLSC de la région de Montréal vécue par treize infirmières est ici présentée à partir d'entrevues de groupe. Les informations dégagées de l'analyse reflètent la perception globale que ces infirmières ont des changements organisationnels depuis le début de la réforme de la santé et des services sociaux. Cette étude permet aussi de constater l'influence qu'ils ont eue sur leur bien-être personnel, la maîtrise de leurs rôles et la satisfaction de leurs relations tant horizontales que verticales. Des conditions particulières favorisant ou non la réalisation de la transition organisationnelle en cours ont été identifiées. Ce sont : les conditions inhérentes aux infirmières, les conditions reliées à l'organisation du travail des infirmières et les conditions environnementales.

Cette étude a permis d'approfondir le phénomène de transition organisationnelle et de donner des orientations ou pistes d'actions pour que les infirmières et les gestionnaires de CLSC s'ajustent mieux aux nombreux changements de ces organisations. Elle a également permis de porter à l'intention des autres instances décisionnelles externes aux CLSC, comme les Régies régionales, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), les syndicats d'infirmières et les milieux d'enseignement en sciences infirmières, les attentes que peuvent avoir à leur égard des infirmières confrontées à la réalité quotidienne du travail auprès de la population.

REMERCIEMENTS

Un merci sincère à la directrice de ce mémoire, madame Marie-Claire Carpentier-Roy pour avoir cru en mes possibilités, ses précieux conseils et ses critiques constructives dans le respect de mes idées.

Un merci particulier à Simon Guénette pour sa grande patience et son soutien pour les questions informatiques.

Un merci chaleureux et reconnaissant aux membres de ma famille pour leur grande disponibilité et leurs encouragements constants.

INTRODUCTION

La réforme de la santé et des services sociaux commencée au début des années 1990 amène les établissements du réseau à vivre une période de changements profonds et complexes. En effet, les fondements du système s'appuient désormais sur une conception axée sur les déterminants de la santé et sur une approche globale, holistique et bio-psycho-sociale où la personne est au cœur des préoccupations du système (Fédération des CLSC , 1994). Ces nouvelles orientations exigent de replacer la santé et le bien-être au cœur du développement social et économique. Ainsi au niveau des organisations, des changements apparaissent dans les structures, dans les fonctions et dans les dynamiques organisationnelles. Des auteurs comme Schumacher et Meleis (1994) pensent que ces changements ont des effets sur les personnes qui y travaillent et sur leurs clients. Elles affirment qu'ils provoquent habituellement des transitions dans les milieux organisationnels affectant l'identité, les rôles, les relations, les habiletés et les modes de comportement des travailleurs. Il devient donc plausible de considérer que les établissements de la santé et des services sociaux québécois vivent de véritables transitions organisationnelles influençant les individus impliqués dont les infirmières en CLSC.

Nos perceptions et les significations qui y sont attachées se forgent à partir du monde social dans lequel nous évoluons (Stew, 1996). Ainsi, la réalité sociale est constamment créée et remodelée à travers les relations et les interactions des personnes d'un milieu social donné. Cloutier (1995) rappelle que Bateson (1979) croit que « nos interactions sociales de même que notre entourage sont le théâtre de changements constants et spectaculaires, mais que nous nous habituons au nouvel ordre des choses avant que nos sens puissent nous faire prendre conscience de sa nouveauté » (p.32). Selon cet auteur, en ce qui concerne la perception du changement, notre esprit n'est en mesure d'accueillir que l'information relative à la différence. Cloutier (1995) mentionne également que Keeney (1982) affirme que la perception d'un problème particulier influe profondément sur le mode d'interventions que nous adopterons lors d'un changement et sur son efficacité. La manière de concevoir le changement dépendrait donc ainsi de la perception que l'on a de la situation. En conséquence, dans le cadre de cette

recherche, il est possible d'affirmer que la perception du changement joue un rôle déterminant sur les attitudes des personnes impliquées. Ainsi, le mode d'interventions que les infirmières adoptent face aux changements qu'entraîne cette transition organisationnelle en CLSC, dépend vraisemblablement de leur conception de ces changements et de leur perception individuelle et collective en tant qu'actrices et sujets sociaux. En vue de développer des connaissances pertinentes à ce phénomène, une méthode qualitative s'impose pour comprendre la conception, la perception et le vécu subjectif des infirmières¹ impliquées dans la transition organisationnelle des CLSC. La présente étude examine 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.

Ce mémoire comporte cinq chapitres. Le premier chapitre expose le problème identifié, le but et les questions de recherche. Le deuxième rapporte des écrits portant sur les réactions d'infirmières en situation de changements organisationnels, sur différents facteurs habituellement mis en cause dans la nature des réactions des infirmières lors de changements organisationnels et sur les liens existant entre l'organisation du travail, les changements organisationnels et la santé mentale des infirmières. Le troisième chapitre présente le cadre théorique et les aspects méthodologiques. Le quatrième chapitre porte sur l'analyse et l'interprétation des informations obtenues lors des entrevues réalisées avec des infirmières des deux CLSC sélectionnés. Finalement, le dernier chapitre fait état des discussions et présente des recommandations tant aux infirmières qu'aux instances concernées.

¹ Le féminin utilisé dans ce texte désigne aussi bien les infirmières que les infirmiers.

CHAPITRE PREMIER

PROBLÉMATIQUE

Les infirmières québécoises sont depuis longtemps confrontées à des changements successifs dans leur environnement de travail. En effet, depuis moins d'un quart de siècle les infirmières ont fait face à divers changements, entre autres en 1971, l'implantation du régime public d'assurance-maladie du Québec, en 1972, la création de nouvelles structures comme les CLSC et les centres de services sociaux (CSS), en 1986, la mise en place de mesures de désengorgement des urgences et, en 1988, le parachèvement du réseau des CLSC (Desrosiers, 1993 ; Fédération des CLSC, 1994).

Cependant depuis le début des années 1990, avec l'avènement de la nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux, l'implantation de la politique de santé et de bien-être et les nouveaux impératifs financiers, le réseau de la santé connaît une réforme en profondeur (Gouvernement du Québec, 1992). On assiste à des changements organisationnels majeurs comme des regroupements et des fermetures d'établissements. De nouveaux modes de pratique s'installent, comme par exemple, la chirurgie d'un jour et le virage ambulatoire. Il ne s'agit pas de changements isolés mais de plusieurs changements importants et significatifs qui font un tout et qui s'inscrivent dans des orientations nouvelles.

Pour bien saisir l'ampleur des changements organisationnels liés à la réforme, il importe de comprendre pourquoi cette réforme s'est avérée nécessaire et d'en connaître les principaux enjeux. La réforme résulte de diverses pressions sociales et économiques, notamment du vieillissement de la population, de la transformation de la famille et des problèmes en émergence comme le sida, la délinquance, le suicide, les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées et la violence à l'endroit des enfants et des femmes qui amènent des besoins nouveaux (Gouvernement du Québec, 1990 et 1992 ; Fédération des CLSC, 1994). Associés aux développements technologiques et aux réalités économiques actuelles, ces phénomènes représentent quelques-uns des facteurs qui ont rendu nécessaire la réforme que nous connaissons aujourd'hui.

La loi ayant fixé le cadre légal, nous pouvons dire que le cœur de la réforme est la politique de santé et de bien-être qui s'inspire de la définition de l'Organisation mondiale de la Santé des soins de santé primaires (OMS, 1978). La mise en œuvre de cette politique passe par la régionalisation du système, par l'émergence des services de première ligne et par des responsabilités partagées entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective. Ces valeurs sont transposées dans les objectifs proposés par la politique pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Ils concourent à ajouter des années à la vie en réduisant la mortalité due aux maladies et aux traumatismes, à ajouter de la santé à la vie en réduisant les incapacités et en agissant sur les divers déterminants de la santé et finalement, à ajouter du bien-être à la vie en favorisant l'utilisation optimale de la capacité fonctionnelle totale ou partielle des individus et en diminuant l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie de la personne (Gouvernement du Québec, 1989).

La Loi reconnaît le CLSC comme l'établissement public de première ligne dans le système de la santé et des services sociaux. Les diverses caractéristiques du CLSC, avec leur correspondance à celles des soins de santé primaires, lui permettent d'actualiser les stratégies de la politique de santé et de bien-être (Fédération des CLSC, 1994). Ainsi, le personnel clinique exerçant en CLSC se retrouve plus que jamais confronté aux besoins des clientèles cibles. Les infirmières en CLSC occupent une place prépondérante dans les services à rendre à cette clientèle puisqu'elles couvrent une vaste gamme d'interventions et de programmes. On les retrouve dans tous les programmes offerts en CLSC comme en soutien à domicile, en enfance/famille, en jeunesse, en services courants ou autres (OIIQ, 1994). Elles interviennent dans des milieux de vie variés soit à domicile, à l'école, en industrie, en garderie ou en clinique. Elles travaillent avec différents types de clientèles comme les individus, les familles, les groupes et la communauté en général. Le but de leur pratique en CLSC s'harmonise parfaitement avec les nouveaux fondements des services de santé et des services sociaux et les nouvelles orientations puisqu'il s'agit pour celles-ci de promouvoir la santé et d'aider les usagers à prendre

en charge leur santé dans les divers cycles de la vie, les périodes de crise et les phases de la maladie, y compris dans le processus du « mourir », afin de leur assurer un mieux-être et une qualité de vie (OIIQ, 1994).

Par ailleurs, l'ampleur de la réforme de la santé et des services sociaux entraîne une réorientation de la pratique infirmière en CLSC (Rocheleau et Hagan, 1993). Ces infirmières sont particulièrement touchées par les changements organisationnels découlant des nouvelles orientations. Elles doivent dorénavant adopter une façon différente de faire les choses. L'expérience démontre que les changements qui surviennent pour les infirmières en CLSC sont à la fois d'ordre structurel, relationnel, clinique et professionnel. Elles doivent apprendre à composer avec de nouveaux besoins, de nouvelles clientèles, de nouvelles réalités, des façons nouvelles d'intervenir ou d'entrer en relation avec les usagers et leur famille, les autres professionnels et interlocuteurs de l'organisation, du réseau de la santé et de la communauté.

Pour orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses, le législateur a instauré un nouveau cadre d'organisation et de gestion des activités (Gouvernement du Québec, 1992). Pour appliquer ce nouveau cadre d'organisation et de gestion, des changements d'ordre structurel prennent place. Ainsi, les conseils d'administration de tous les CLSC du Québec ont dû être modifiés pour impliquer le citoyen dans les prises de décision. Les plans d'organisation ont été ajustés pour garantir les développements ou l'ajout de services. Pour mieux desservir la clientèle et pour favoriser le respect de ses droits, on a élaboré des codes d'éthique et développé des politiques de traitement des plaintes. Pour s'ajuster aux changements organisationnels, on modifie, élargit ou enrichit les tâches des gestionnaires et du personnel. Selon le cas, les infirmières doivent se familiariser avec de nouveaux modes de fonctionnement organisationnel, de nouveaux modes de dispensation de soins et de services comme le guichet unique d'accès aux services de longue durée pour les personnes âgées, de nouvelles directives, de nouveaux équipements ou de nouvelles fonctions. Au cours de l'année 1993, la législation a permis la création du Conseil des infirmières et

infirmiers (CII) ainsi que la nomination d'une Responsable de soins infirmiers (RSI). Le CII ainsi que son exécutif (CECII), où siège d'office la RSI, ont fourni aux infirmières des CLSC un mécanisme d'influence majeur pour l'exercice infirmier au sein de la structure organisationnelle (OIIQ, 1994).

Plusieurs changements structurels apportent des défis au plan relationnel. Les orientations de la nouvelle loi voulant modeler un réseau interactif d'établissements, la collaboration entre les partenaires du réseau doit être intensifiée. Le transfert en CLSC de nouveaux personnels en provenance d'autres organisations ayant fermé leurs portes ou ayant modifié leur plan d'organisation fait en sorte que des professionnels de cultures différentes travaillent désormais ensemble. La complexité des problèmes de santé accentue également la nécessité de pratiquer dans un contexte d'interdisciplinarité. Ceci amène les infirmières à redéfinir et situer les soins infirmiers parmi l'ensemble des services offerts en CLSC en regard des autres groupes professionnels. De plus, tant dans les CLSC que dans l'ensemble des autres établissements du réseau, les notions d'autonomie et d'autodétermination de la clientèle prennent davantage d'importance. La politique québécoise de la santé centrée sur les résultats ainsi que l'approche des soins de santé primaires mettent l'accent sur le partenariat avec l'utilisateur et sa famille et sur leur participation aux soins (OIIQ, 1996). Rocheleau et Hagan (1993) affirment que l'alliance thérapeutique des infirmières avec la clientèle devra prendre la forme de partenariat dans la solution des problèmes de santé. Dorénavant, l'implication des usagers et de leurs proches dans leurs soins est donc devenue une nécessité. Ces notions interpellent les approches utilisées et les habiletés relationnelles des professionnels de la santé. Avec la réforme, l'infirmière se voit obligée d'adopter une approche lui permettant d'exercer à la fois un rôle de conseillère et de soutien, de partager des connaissances avec l'utilisateur et ses proches et de reconnaître leurs expériences et leurs moyens personnels de s'adapter aux difficultés qu'ils rencontrent dans leur vie (Rocheleau et Hagan, 1993). Par conséquent, les infirmières doivent souvent modifier leur façon d'interagir entraînant des changements d'ordre relationnel à différents niveaux, tant organisationnel qu'interorganisationnel et tant interprofessionnel qu'interpersonnel.

Les changements organisationnels signifient également que sur les plans clinique et professionnel les priorités, les rôles et les responsabilités des infirmières se transforment requérant de nouvelles connaissances, de nouvelles habiletés et de nouvelles attitudes. Les infirmières ont un rôle accru dans la défense des droits des citoyens pour obtenir des services adaptés à leurs besoins; elles doivent plus que jamais intervenir de façon à augmenter les capacités des individus à participer activement au maintien et à l'amélioration de leur santé (Rocheleau et Hagan, 1993). Même si des infirmières se reconnaissent peu de responsabilités dans le domaine de la réinsertion familiale et sociale et qu'elles avouent parfois un manque d'expertise (OIIQ, 1994), elles devront toutefois s'ajuster aux nouveaux champs d'intervention comme l'intégration sociale et la réadaptation en CLSC. De nouvelles technologies utilisées en CLSC, comme l'administration par pompes volumétriques de médicaments anti-néoplasiques, d'antibiotiques ou autres médicaments par voie intraveineuse, constituent des exemples de la transformation de la pratique des infirmières. Également, le fait de considérer prioritaires certaines clientèles plus lourdes oblige les infirmières à s'adapter à l'augmentation de l'accessibilité et à l'intensité des soins et des services (Rocheleau et Hagan, 1993 ;OIIQ,1994). Une enquête effectuée en 1993 par l'OIIQ témoigne de cette réalité révélant que ce sont ces facteurs qui nécessitent le plus d'adaptation pour les infirmières en CLSC. Les principales conséquences attribuées par les infirmières étaient la lourdeur du travail, le manque de temps pour dispenser les services requis, la nécessité d'une mise à jour continue ainsi que la tendance à délaisser les activités de promotion et de prévention de la santé au profit des soins curatifs (OIIQ, 1994).

Dans un contexte de changements organisationnels aussi importants, la chercheuse a pu observer des messages contradictoires parmi les réactions des infirmières. Face aux nouvelles exigences de l'organisation, aux nouvelles réalités relationnelles, aux nouveaux rôles à accomplir ou aux nouveaux types de soins à donner, certaines infirmières semblent s'adapter avec succès aux changements et considérer la situation comme un défi ou une occasion de croissance tandis que d'autres manifestent des réactions négatives diverses comme le manque

de motivation, la colère, le déni, le marchandage ou l'insécurité. La littérature consultée traite de ces réactions contradictoires en période de changements organisationnels.

Lorsque la structure, les fonctions et les dynamiques d'une organisation sont touchées et qu'il existe un processus et une direction dans les développements qui s'installent générant des changements dans les aspects fondamentaux de la vie courante des personnes impliquées, on ne parle plus de simples changements mais bien de transition organisationnelle (Schumacher et Meleis (1994). Selon ces auteurs, une transition de l'environnement organisationnel peut être provoquée par des changements sociaux, politiques ou économiques. Elles définissent le concept de la transition comme un passage ou un mouvement d'un état à un autre, d'une condition ou d'une place à une autre. Une transition organisationnelle peut ainsi se concevoir comme étant une étape dans un environnement organisationnel créant des périodes d'instabilité pouvant produire des altérations profondes dans la vie des individus qui y travaillent et de leurs proches. Par conséquent, nous pouvons affirmer que les changements organisationnels observés en CLSC s'inscrivent dans un processus de transition organisationnelle.

1. BUT DE LA RECHERCHE

Cette étude de type phénoménologique a pour but de faire 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.

2. QUESTIONS DE RECHERCHE

Les questions de recherche qui guideront cette étude sont les suivantes:

- Comment des infirmières en CLSC perçoivent-elles les changements dans leur organisation?
- Comment des infirmières vivent-elles l'influence de la transition organisationnelle sur leur bien-être personnel, sur le sentiment de maîtrise de leurs rôles et sur la satisfaction de leurs relations tant au niveau vertical qu'horizontal?
- Quels sont les éléments qui favorisent et défavorisent leur implication dans les nouvelles réalités du travail découlant des changements organisationnels?

CHAPITRE DEUXIÈME

RECENSION DES ÉCRITS

Ce deuxième chapitre sur la recension des écrits se divise en deux parties. Il traite en premier lieu d'études portant sur des réactions d'infirmières en situation de changements organisationnels. En second lieu, il fait état de facteurs pouvant expliquer les réactions des infirmières en regard des changements.

1. RÉACTIONS D'INFIRMIÈRES EN SITUATION DE CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS

La littérature en soins infirmiers fournit une multitude d'écrits et de recherches traitant de changements organisationnels dans lesquels sont impliquées des infirmières. Des réactions diverses y sont rapportées, des stratégies ou même parfois des pistes d'interventions pour les gestionnaires et des avenues possibles pour les infirmières émergent de certaines études.

Les écrits retenus, études ou modèles divers, reconnaissent que les changements organisationnels influencent les personnes impliquées. Par ailleurs, il semble que les opinions ou les résultats des études soient partagés quant à la nature de l'expérience vécue par ces personnes. Des auteurs croient que ce type de changements peut être positif pour les personnes impliquées et conduire à une plus grande satisfaction au travail (Haynes, 1992 ; Brown, 1994). D'autres défendent la thèse qu'ils provoquent inévitablement une période de crise professionnelle ou engendrent du chagrin (Perlman et Takacs, 1990) tandis que certains identifient des conditions, des éléments ou des caractéristiques favorisant une réaction pouvant être positive ou négative selon les différents facteurs en cause (Schumacher et Meleis, 1994 ; Bridges, 1991). Finalement, d'autres proposent une compréhension des attitudes et des comportements qui passe par une analyse du rapport subjectif entre une organisation du travail rigide qui laisse peu de place à la créativité et au désir d'investissement dans le travail des acteurs et des sujets impliqués (Dejours, 1993).

1.1 Aspects positifs des changements

Des auteurs en soins infirmiers comme Crowley (1995), Norman (1995) et Brown (1994), mettent l'accent sur le caractère inévitable et l'importance des changements qui surviennent continuellement dans les organisations. Toutefois, ils reconnaissent des aspects positifs aux changements; tous y voient l'opportunité de favoriser l'avancement de la discipline infirmière.

Crowley (1995) admet qu'une société changeante et compétitive met de la pression sur les employés d'une organisation requérant une flexibilité accrue et l'adoption de nouvelles valeurs. Cependant, il croit que les infirmières doivent profiter de ce contexte pour se doter de stratégies et développer un large éventail d'habiletés. Pour s'adapter et survivre aux changements organisationnels, cet auteur soutient que les infirmières ont avantage à se donner des opportunités d'apprentissage continues et efficaces dans un esprit positif tout en conservant une approche flexible de la vie en général et en adoptant une méthode de résolution de problèmes. Ainsi, il invite les infirmières à accepter avec confiance et motivation les changements comme une opportunité personnelle de croissance.

Norman (1995) remarque que les environnements organisationnels, sous l'impact des nombreux changements, sont perçus par des infirmières britanniques de milieu communautaire comme étant peu propices à l'excellence clinique. Pour contrer cette situation, à l'instar de Crowley (1995), Norman (1995) suggère à ces infirmières de profiter de la nature changeante des services de santé pour élargir les limites de leur pratique clinique. Celui-ci y voit également l'opportunité pour ces infirmières de considérer la situation comme un défi d'apprendre, d'expérimenter et de développer leur pratique de façon à assumer un plus grand leadership professionnel au sein du système de santé.

Brown (1994) affirme que des changements organisationnels majeurs représentent un défi pour les soins infirmiers permettant aux infirmières de faire avancer la pratique infirmière. Il

maintient qu'en période de changements, l'environnement peut être excitant et énergisant, encourageant la prise de risques et appelant à la créativité et à l'innovation. Dans le contexte de la réforme de la santé du Québec, cette affirmation pourrait bien s'appliquer à la réalité actuelle des infirmières québécoises.

1.2 Influence négative des changements

Des auteurs comme Triolo, Allgier et Schwartz (1995), Norman (1995) et Mackenzie (1993) ont aussi réalisé des études sur des situations de changements vécues par des infirmières. Leurs écrits démontrent plutôt l'influence négative de changements organisationnels majeurs.

Au cours d'une série d'enquêtes, d'entrevues et de rencontres d'infirmières travaillant en milieux hospitaliers américains soumis à d'importants changements organisationnels, Triolo et al. (1995) ont trouvé que près de la moitié des infirmières répondantes apparaissaient souffrir de ce que ces auteurs appellent « the layoff survivor sickness ». Pour les fins de la présente étude, ce malaise est traduit de façon libre par « le syndrome du survivant désabusé ». Ces infirmières ont connu des difficultés relationnelles; elles avaient l'impression que leurs milieux de travail étaient constamment en mouvement. Les sentiments vécus par ces infirmières considérées en survie furent regroupés en trois catégories par Triolo et al. (1995). Dans la première catégorie, ils ont regroupé des infirmières qui exprimaient avoir ressenti de la peur, de l'insécurité et de l'incertitude. Dans la seconde catégorie, ils ont regroupé des infirmières qui n'exprimaient pas de frustrations, de ressentiment ou de la colère mais qui manifestaient plutôt des symptômes de nature plus profonde comme de la tristesse, de la dépression ou bien un sentiment de culpabilité. Finalement, dans la troisième catégorie, ils ont regroupé des infirmières qui exprimaient ouvertement des sentiments d'injustice, de trahison et qui éprouvaient de la méfiance envers l'organisation. Celles-ci avaient adopté des comportements blâmants et démontraient avoir un besoin insatiable d'informations.

Il est intéressant par ailleurs, de noter l'impact de changements organisationnels chez d'autres infirmières exerçant dans un milieu communautaire. En effet, pour Norman (1995), ces infirmières expérimentent un chaos provoqué par des changements organisationnels répétés. Sans prétendre que les infirmières en santé communautaire du Québec vivent également un chaos, il se peut que des changements organisationnels importants, selon le contexte et les conditions en place, provoquent des conséquences similaires.

Une seconde étude rapporte des réactions négatives suite à des changements organisationnels importants. Mackenzie (1993), un auteur britannique, a réalisé une enquête auprès de quatre-vingt-treize infirmières occupant différentes fonctions au moment de changements majeurs dans leur organisation. Cette enquête a révélé que les effets des changements organisationnels sur le rôle et les aspirations de carrière de ce groupe d'infirmières ont été largement négatifs. Près de 70% des répondantes, soit environ soixante-cinq infirmières, jugèrent que leurs responsabilités et la charge de travail s'étaient accrues depuis le début de l'implantation de la réforme. De plus, 66% d'entre elles, soit soixante et une infirmières, ne se sentaient pas préparées de façon adéquate pour y faire face. Un sentiment d'insécurité était abondamment répandu chez les infirmières. Mackenzie (1993) soutient que les résultats de son étude indiquent une tendance de la part des infirmières à entrevoir une possibilité d'échec lorsque le rôle demande un dépassement potentiel des performances. Ces données font ainsi ressortir l'importance du soutien continu par de la formation et un encadrement approprié aux infirmières lors de changements majeurs dans les organisations quel que soit le niveau ou les fonctions occupées au sein des organisations.

1.3 Réactions variées aux changements

Pour leur part, des auteurs comme Sample (1994), Sheehan (1990) et Lima-Basto (1995) croient que des changements organisationnels peuvent générer une diversité de réactions de la part des individus impliqués.

En effet, Sample (1994) observe que les changements suscitent une grande diversité de réponses parmi les individus, les groupes et la société. Selon cet auteur, la réponse aux changements peut être proactive ou réactive, stimulante ou démobilisante, créative ou restreignante mais n'est jamais neutre. En conséquence, Sample pense plutôt que les changements comme entités procurent une opportunité autant pour la croissance, la survie ou le retranchement.

Pour sa part, Sheehan (1990), un auteur britannique affirme que, si dans le contexte des soins infirmiers, le processus de changement oblige les infirmières à adopter de nouvelles approches dans les soins cliniques, dans l'enseignement aux usagers et dans la façon de gérer les soins, ces nouvelles obligations pour les infirmières sont par ailleurs plus faciles à constater qu'à faire. En accord avec Ferguson (1986), il constate que les changements sont faciles à définir mais sont quelquefois difficiles à réaliser parce qu'ils sont synonymes de conversion, d'innovation, de nouveauté, de métamorphose, de révolution et de transformation (Sheehan, 1990). Dans sa recherche, Sheehan (1990) discute deux modèles d'analyse de processus de changements, soit le modèle de Lewin (1947) sur la dynamique des changements et un autre modèle issu d'approches spécifiques aux soins infirmiers. Ce dernier modèle comporte des variables s'étalant sur un continuum *protagonistes /antagonistes* stipulant qu'il existe toujours des personnes en faveur des changements et d'autres qui les voient de façon moins favorables. Sheehan (1990) constate que l'existence de forces opposées est probablement vraie jusqu'à un certain point mais que la réalité lors de changements est vraisemblablement plus subtile et plus complexe et ne peut être dépeinte en deux dimensions. Il conclut que ces modèles d'analyse sont insuffisants pour expliquer l'impact des changements sur les infirmières et leur vécu. Ainsi pour analyser l'influence des changements dans les situations de travail vécues par des infirmières, cet auteur opte plutôt pour une recherche-action. Ce point de vue supporte ainsi l'importance de tenter de comprendre ce que les infirmières vivent à partir de leurs réalités de travail sur le terrain et non de façon théorique.

Dans une autre étude auprès d'infirmières, au nombre de huit, travaillant en milieu hospitalier, Lima-Basto (1995) un auteur d'origine portugaise, a cherché à comprendre, à l'aide de la théorie ancrée, comment des infirmières percevaient les situations de changements dans leur hôpital. Les perceptions que Lima-Basto (1995) a identifiées incluent les perceptions touchant au contrôle des soins infirmiers, les perceptions relatives aux facteurs de changements facilitants et nuisibles ainsi que celles concernant les stratégies utilisées pour y faire face. Malgré que cette étude se déroule dans un contexte très différent des CLSC québécois, une partie des résultats peut être prise en considération en ce sens que l'étude analyse la perception d'infirmières en situation de changements organisationnels majeurs. Bien que la perception du contrôle des soins infirmiers dans un milieu hospitalier portugais risque d'être différente du vécu de nos infirmières en santé communautaire, les facteurs facilitants et les facteurs nuisibles aux changements, aussi bien que les stratégies utilisées pour y faire face, pourraient apporter un éclairage nouveau sur les réactions globales des infirmières en situation de changements organisationnels.

En classifiant les réactions des infirmières en termes de stratégies, l'étude de Lima-Basto (1995) donne une perspective originale et différente des autres études consultées. Cet auteur a regroupé les comportements utilisés par ces infirmières pour faire face aux changements en trois stratégies différentes: les stratégies dites défensives, les stratégies conformistes et celles du changement. En se basant sur la perception du contrôle limité détenu par les infirmières et sur la liste des facteurs de changements qu'elles avaient observés au niveau des soins infirmiers, Lima-Basto (1995) a trouvé que les stratégies les plus fréquemment utilisées étaient les stratégies dites défensives et conformistes. Les stratégies défensives comprenaient des attitudes comme faire semblant d'être occupées, se plaindre du manque de temps ou autres types de plaintes. Les stratégies conformistes regroupaient des manifestations comme la peur d'être différentes des autres et la solidarité envers les collègues. Finalement, les attitudes classées dans la stratégie dite du changement étaient les comportements affirmatifs et la négociation. Dans cette stratégie, les infirmières percevaient les situations de changements

comme étant au-delà de leur contrôle tout en ayant l'impression qu'elles pouvaient influencer les changements.

1.4 Processus psychologique en période de changements

À partir du modèle de Perlman et Takacs (1990) et de Lewin (1947), Schoolfield et Orduña (1994) ont identifié des réactions d'infirmières dans une organisation en mutation vécues selon un processus psychologique et des étapes déterminées.

Ces auteurs américains ont revu la littérature sur les effets psychologiques des changements et discuté les impacts de changements organisationnels sur les infirmières d'une importante unité de soins oncologiques des États-Unis qui expérimentait l'introduction d'un système de soins centré sur les clients. Les réactions du personnel infirmier furent comparées au cadre de référence sur le chagrin de Perlman et Takacs (1990) et associées aux étapes du modèle de Lewin (1947). Le modèle de Perlman et Takacs intègre les travaux bien connus de Kübler-Ross (1969) sur la mort et le mourir dont le processus du deuil comprend cinq étapes. Dans leur modèle, Perlman et Takacs ont ajouté cinq étapes supplémentaires. Ces auteurs soutiennent que le modèle de Kübler-Ross sur la mort et le mourir est utile pour faire face à un des aspects majeurs du changement : le chagrin. Peck et Scott (1990) affirment que pendant que Kübler-Ross traite de la mort et du mourir à un niveau individuel, les stades présentés par Perlman et Takacs sont étroitement liés aux stades rencontrés lors de changements organisationnels (Perlman et Takacs, 1990, p.33).

En regroupant les étapes de Lewin, de Kübler-Ross et celles de Perlman et Takacs, Schoolfield et Orduña (1994) sont d'avis qu'il est enfin possible d'expliquer les réactions humaines aux changements. D'autres auteurs, dont Broome (1990b), Davidhizar et Bowen (1990) se sont également servis des étapes du deuil de Kübler-Ross (1969) pour analyser les réponses aux changements d'employés au sein d'une organisation (Schoolfield et Orduña, 1994,

p.58). Cependant, selon Schoolfield et Orduña (1994), les travaux de Perlman et Takacs sont plus complets et faciles à utiliser. Le modèle de Lewin (1947), quoique peu récent, continue à être cité régulièrement par différents auteurs en soins infirmiers s'intéressant aux changements organisationnels comme par exemple, Kawamoto (1994), Marquis et Jorgensen Huston (1994), Haynes (1992) et Sheehan (1990). En mettant en relation les phases des modèles de Lewin avec celui de Perlman et Takacs, Schoolfield et Orduña (1994) reconnaissent l'intérêt toujours actuel du modèle de Lewin (1947). Pour faciliter la compréhension des résultats de leur étude, un sommaire des modèles de Perlman et Takacs et de Lewin est présenté à l'annexe A.

L'étude de Schoolfield et Orduña (1994) fait état de réponses émotionnelles aux changements qui surviennent en plusieurs étapes chez les infirmières participantes à l'étude. Selon des auteurs comme Hardy et Conway (1988), Singleton et Nail (1984), et Steele (1990), Stewart et Garson (1983), il semble effectivement que, lorsque de nouveaux rôles émergent, les bouleversements qui en résultent conduisent à des frustrations jusqu'à ce que les comportements attendus soient intégrés à la pratique quotidienne (Schoolfield et Orduña, 1994, p.58). L'incertitude et le stress accrus face aux nouvelles attentes se manifestent, selon ces auteurs, par de l'ambiguïté dans les rôles ayant des implications importantes pour l'environnement organisationnel et la satisfaction au travail. Ils ont trouvé que plusieurs infirmières niaient que leurs rôles avaient changé et ne voyaient pas l'importance d'initier les nouvelles procédures. Ces auteurs sont d'avis que le déni peut ainsi donner le temps aux individus de comprendre ce que les changements signifient pour eux. Parmi les infirmières participant à l'étude, des exemples de colère et de résistance pour certains aspects de leurs rôles furent également observés. Il semble qu'une fois que les individus constatent que les changements sont bien réels, ils peuvent se mettre en colère et vivre du ressentiment.

Par ailleurs, du marchandage et un certain chaos ont aussi été observés. Selon Schoolfield et Orduña (1994), lorsque le personnel perçoit que la colère ressentie n'empêchera pas les changements de se produire, il peut commencer à marchander de façon plus ou moins subtile.

Lorsqu'il devient apparent que les changements vont demeurer, une période de confusion, d'impuissance et de chaos s'installe (Schoolfield et Orduña, 1994). Cette phase semble donner l'opportunité d'intégrer de nouveaux standards dans les rôles et d'adopter une nouvelle identité. Alors la phase suivante s'installe où nous observons des phénomènes de dépression, de résignation, d'ouverture et d'empressement permettant l'intégration réelle des changements. Lorsque l'infirmière expérimente la dépression, elle découvre l'inutilité de ce mécanisme de défense; cette découverte favorise alors chez elle un deuil véritable. Par conséquent, ces auteurs pensent que la résignation peut être difficilement dissociée de la dépression. Avec la phase d'ouverture aux changements et la phase d'empressement qui lui succède, l'individu commence ainsi à identifier et intégrer davantage les modifications jusqu'à ce qu'elles deviennent une partie de son rôle; une fois que l'agitation intérieure a cessé, l'individu retrouve son énergie et embrasse la nouvelle façon de faire. Ainsi avec les nouvelles attitudes et les nouveaux comportements, les individus commencent à voir émerger une nouvelle identité professionnelle (Schoolfield et Orduña, 1994), c'est ce que Perlman et Takacs nomment la ré-émergence.

2. FACTEURS EN CAUSE DANS LES RÉACTIONS DES INFIRMIÈRES

À la lumière de quelques études comme celles de Duquette, Kérouac, Sandhu et Beaudet (1994), Bourbonnais (1997), celles de Maddi et Kobassa (1984), celles de Lima-Basto (1995) et celles de Perlman et Takacs (1990) certains facteurs semblent être mis en cause dans la nature des réactions des infirmières au moment de changements organisationnels.

2.1 Facteurs liés à l'épuisement professionnel

Des recherches sur le phénomène d'épuisement professionnel ou sur la santé mentale des infirmières semblent avoir permis l'identification de facteurs pouvant être associés aux changements organisationnels.

En effet, Duquette et coll. (1994), soutiennent qu'avec les changements organisationnels majeurs qui prennent place dans le contexte de la réforme de santé et de services sociaux au Québec, la connaissance du phénomène d'épuisement professionnel est importante. Ces auteurs ont réalisé une méta-analyse des connaissances empiriques existant sur le sujet. Parmi les trente-six études pertinentes retenues, ils ont répertorié trois groupes de facteurs distincts qui paraissent être liés à l'épuisement professionnel. Ce sont les facteurs organisationnels comme l'ambiguïté dans les rôles et la charge de travail, les facteurs personnels comme l'âge et autres caractéristiques personnelles et les facteurs tampons comme la hardiesse, le soutien social et les stratégies positives d'adaptation qui peuvent exercer un rôle de protection contre l'épuisement professionnel. Lima-Basto (1995) parle aussi d'une stratégie positive d'adaptation qu'elle nomme stratégie du changement. Tout comme ces auteurs, Bourbonnais (1997), dans son étude des centres hospitaliers du Québec, constate également dans ce contexte l'impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières. Certains facteurs associés habituellement à l'épuisement professionnel peuvent alors apparaître lors de changements organisationnels.

2.2 Facteurs liés à la personnalité

Pour leur part, Maddi et Kobassa (1984) ont identifié, à travers leurs recherches, des façons différentes de réagir à des événements stressants tels les changements organisationnels. Ils prétendent que chez certains individus, les événements stressants reliés aux changements sont vus dans une perspective positive croyant qu'ils ont la possibilité d'agir ou d'influencer les événements dénotant chez eux une appréhension positive des changements. Ce phénomène est également ressorti dans l'étude réalisée en 1995 par Lima-Basto. Ces individus détiennent, selon Maddi et Kobassa (1984), une personnalité avec de la hardiesse élevée, caractérisée par de l'engagement et une impression de contrôle et de défi. Il semble par ailleurs que d'autres individus voient les situations stressantes ou les événements incontrôlables comme une rupture non assimilable et non modifiable. Cette manière de voir les situations dénote une appréhension

négative des changements. Ces individus, selon Maddi et Kobassa (1984), possèdent une personnalité avec peu de hardiesse caractérisée par un sentiment d'aliénation, d'impuissance et de menaces. Les comportements de ces individus semblent correspondre à ce que Lima-Basto (1995) regroupe sous les stratégies dites défensives et conformistes.

2.3 Facteurs liés à un processus psychologique

Perlman et Takacs (1990) affirment qu'au moment d'un changement, l'organisation ignore habituellement l'impact psychologique du chagrin des personnes impliquées ce qui gêne l'atteinte des buts visés par le changement. Ces auteurs croient que lorsque les personnes impliquées dans un changement sont soutenues par des interventions de gestion appropriées à la situation, les changements organisationnels constituent alors une opportunité de croissance personnelle. Ils maintiennent encore que les ressources et les énergies internes des individus impliqués sont nécessaires pour réaliser les changements. En se référant à Peck et Scott (1990), pour faire face aux changements et pour passer à travers les situations qui nuisent aux changements, les gestionnaires doivent à la fois comprendre et considérer les différents processus émotionnels survenant lors de changements organisationnels (Perlman et Takacs, 1990, p.33). Par conséquent, afin de faire face aux changements avec efficacité, les organisations doivent identifier et tenir compte des émotions associées aux changements.

2.4 Facteurs liés à l'organisation du travail

D'autres études relevant de la psychodynamique du travail mettent en lumière les facteurs reliés à l'organisation du travail. Dans une étude réalisée auprès d'infirmières d'un centre hospitalier universitaire québécois, Carpentier-Roy (1995) a trouvé que l'organisation du travail, telle que structurée dans cet établissement, heurtait à bien des égards la sphère du désir des infirmières. Ce dont les infirmières disaient souffrir le plus était l'absence de reconnaissance de ce qu'elles faisaient et de ce qu'elles étaient, puis de l'absence de pouvoir réel qui

accompagnait les responsabilités qui leur incombait. Les empreintes de l'imaginaire féminin apparaissaient également comme élément explicatif important du rapport au plaisir et à la souffrance des infirmières au travail. Sa recherche témoigne aussi du fait que l'écart vécu par les infirmières entre leur éthique au travail axée sur la relation d'aide et celle des gestionnaires davantage centrée sur la productivité et la rentabilité des soins et services, était source de souffrance, d'insatisfaction et de désintéressement parfois.

L'approche théorique utilisée par Carpentier-Roy (1995), la psychodynamique du travail, a été développée au début des années 1980 par C. Dejours (1980, 1993). D'autres chercheurs (Bourbonnais, C. Roy, Dumais, Gilbert, Miranda et Vezina (1995), Boutet (1995), Davezies (1993), et Chanlat (1992)) ont utilisé cette approche afin de saisir les liens entre l'organisation du travail et le mode de gestion qui l'encadre et les attitudes, perceptions et comportements des acteurs-sujets sur les lieux du travail. Plus précisément ces auteurs ont tenté de comprendre les dynamiques psychosociales et organisationnelles qui se vivent dans les rapports sociaux de travail à travers les relations verticales et horizontales. Toutes ces recherches, faites dans différents secteurs d'emploi, ont mis en lumière les liens importants entre une organisation du travail et l'investissement des acteurs-sujets impliqués aussi bien dans le travail que dans les changements organisationnels. Il ressort de ces recherches qu'une organisation du travail qui permet la reconnaissance, l'autonomie et le respect de la culture de métier, invite au plaisir et suscite chez les acteurs-sujets un investissement et une coopération alors qu'au contraire, en l'absence de ces éléments, c'est la dévalorisation, l'insatisfaction, le désinvestissement et la souffrance qui s'installent (Carpentier-Roy, 1995).

2.5 Facteurs facilitants et nuisibles

Des facteurs jugés facilitants par les infirmières de l'étude de Lima-Basto (1995) comme le niveau de pouvoir hiérarchique détenu, la présence de soutien et de supervision, les habiletés, les connaissances et l'expérience, le travail d'équipe, la participation aux prises de décisions, la

croyance dans les effets positifs des changements effectués, la qualité des relations avec les autres membres de l'organisation, le ratio infirmière/usagers et le niveau de satisfaction de ceux-ci semblent aussi influencer les réactions des infirmières. D'autre part, des facteurs jugés nuisibles aux changements comme l'image négative de l'administration des soins infirmiers, des relations tendues avec les médecins ou avec d'autres collègues de l'organisation, une préparation professionnelle inadéquate et un sentiment d'impuissance semblent également influencer leurs réactions et cette fois, de façon négative.

CHAPITRE TROISIÈME

CADRES THÉORIQUES ET CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Ce troisième chapitre se divise en deux parties. Il traite d'abord des cadres théoriques retenus: la transition en soins infirmiers et la psychodynamique du travail puis du cadre méthodologique de l'étude.

1. CADRES THÉORIQUES

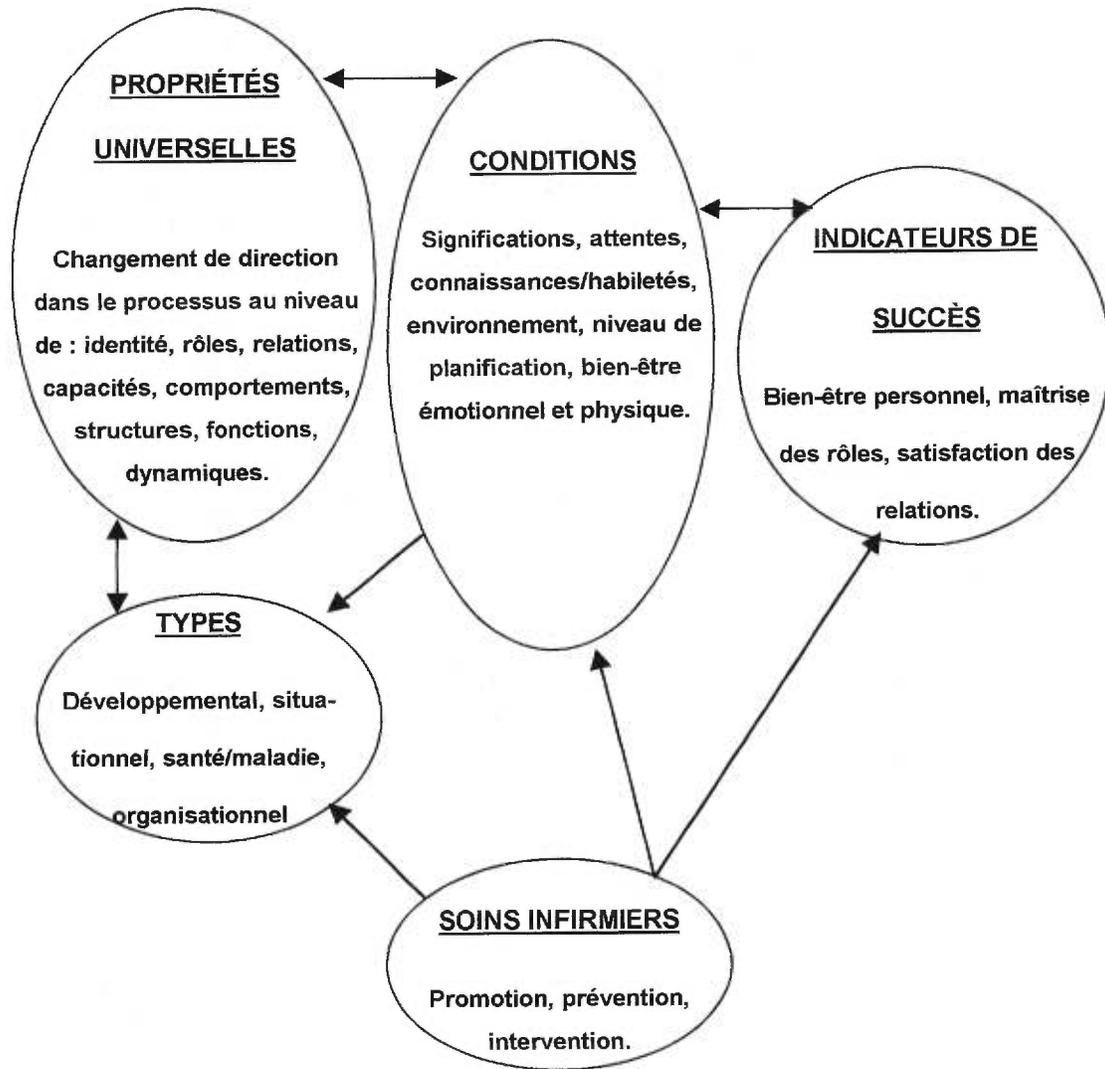
Cette section comprend d'abord l'illustration et la description des principaux éléments du cadre théorique de la transition en soins infirmiers de Schumacher et Meleis (1994) reliés par Meleis (1991) aux quatre principaux concepts du métaparadigme infirmier: la personne, la santé, l'environnement et les soins (Kérouac, Pépin, Ducharme et Major, 1994). D'autre part, cette section comprend également les principaux éléments de la psychodynamique du travail qui est le deuxième cadre théorique. Le cadre théorique sur la transition se conjuguera au cadre théorique de la psychodynamique du travail qui servira d'éclairage complémentaire au premier.

1.1 Principaux éléments de la transition en soins infirmiers

Convaincue que les CLSC québécois vivent une véritable transition organisationnelle, la chercheuse a d'abord choisi d'utiliser un cadre théorique traitant de la transition. Ce cadre fut élaboré par Schumacher et Meleis (1994) suite à une méta-analyse d'écrits portant sur les transitions et réalisés entre 1986 et 1992. À travers trois cent dix citations répertoriés, ces auteurs ont pu identifier des éléments qui apparaissaient avec une certaine constance lors d'une transition. Ce sont les types de transitions, les propriétés universelles, les conditions de réalisation, les indicateurs de succès et les soins infirmiers thérapeutiques d'une transition.

Elles ont regroupé ces éléments pour en faire un cadre théorique destiné à l'usage des infirmières en milieux cliniques, en éducation, en gestion et en recherche. Elles ont mis en relation l'ensemble de ces éléments formant ainsi un cadre théorique de la transition en soins infirmiers. Ce cadre est illustré à la figure de la page suivante.

Figure 1: Illustration du cadre théorique de la transition



Tiré de : « Transitions : A Central Concept in Nursing » par Karen I. Schumacher and Alal Ibrahim Meleis, 1994, IMAGE : Journal of Nursing Scholarship, 26 (2), 125.

Cette illustration permet d'observer les liens entre les éléments du cadre théorique de la transition. On remarque que les types de transitions sont en interrelation avec les propriétés universelles et que ces éléments s'influencent entre eux. Les types de transitions peuvent être influencés également par les conditions de réalisation de la transition, par ailleurs, l'inverse n'est pas vrai. Toutefois, les conditions d'une transition sont en interrelation avec les propriétés universelles; ces deux éléments subissent respectivement leur influence mutuelle. Les conditions d'une transition sont aussi reliées aux indicateurs de succès et interagissent entre eux. Finalement, bien qu'ils ne soient pas considérés dans le cadre de cette recherche, les soins infirmiers thérapeutiques d'une transition dispensés par des infirmières comme la promotion de la santé, la prévention de la maladie et autres formes d'interventions auprès des usagers et des familles, peuvent aussi influencer les types de transitions, les conditions et les indicateurs de succès d'une transition.

Les éléments du cadre théorique de la transition en soins infirmiers sont donc: les types de transitions, les propriétés universelles, les conditions, les indicateurs de succès et les soins infirmiers thérapeutiques de la transition.

1.1.1 Types de transitions

Schumacher et Meleis (1994) identifient quatre types de transitions : les transitions liées au développement, aux situations, à la santé/maladie et la transition organisationnelle. Selon ces auteurs, la transition organisationnelle est un phénomène encore peu étudié en soins infirmiers. Dans le but d'en comprendre la nature et la dynamique, la transition organisationnelle est abordée en s'appuyant sur les principaux éléments du cadre théorique.

1.1.2 Propriétés universelles de la transition

Deux volets semblent se dégager de la description donnée par Schumacher et Meleis (1994) des propriétés universelles de la transition. Le premier volet concerne la direction du changement qui survient au niveau du processus psychologique des personnes impliquées et de l'évolution traversée par les organisations en transition. Le second concerne la nature des changements qui se produisent au niveau de l'identité, des rôles, des relations, des habiletés et des modes de comportements des individus impliqués et les modifications qui surviennent dans les structures, les fonctions ou les dynamiques organisationnelles.

Direction des changements

Ces propriétés permettent d'établir la différence entre un changement et une transition. Schumacher et Meleis (1994) ont confirmé l'existence de liens entre un changement organisationnel et une transition organisationnelle en s'inspirant d'auteurs, comme Bridges (1980, 1986, 1992), qui affirment qu'une transition organisationnelle commence par un changement organisationnel. Selon Bridges (1991), c'est l'intensité du changement organisationnel qui nous amène à vivre une transition organisationnelle. Il soutient que la transition organisationnelle est différente d'un changement organisationnel en ce sens que la transition est un processus psychologique traversé par les personnes rencontrant une nouvelle situation tandis que le changement est plutôt situationnel : un nouveau site, un nouveau patron, de nouveaux rôles dans l'équipe ou une nouvelle politique. Bridges (1991) ajoute également que lorsqu'un changement organisationnel survient, nous nous centrons naturellement sur le résultat que le changement produira. À moins que la transition n'apparaisse, le changement ne fonctionnera pas. C'est donc l'intensité du changement qui survient qui nous amène à vivre une transition (Bridges, 1991). Ainsi, ce sont les changements qui engendrent les transitions constituant par conséquent la première étape implicite du phénomène de la transition.

Schumacher et Meleis (1994) maintiennent que ces propriétés universelles permettent de différencier les transitions des changements qui ne sont pas de type transitionnel : une maladie brève et limitée n'est pas considérée comme une transition; cependant une maladie chronique l'est. De façon similaire, un changement d'humeur qui est dynamique en soi n'a pas un sens de mouvement ou de direction et ne peut donc être considéré comme une transition. Lors d'une transition, il existe un changement de direction dans le processus. Selon Schumacher et Meleis (1994), les transitions sont des processus qui apparaissent à travers le temps impliquant le développement, la circulation ou le mouvement d'un état à un autre. La notion de processus se manifeste dans plusieurs définitions d'une transition. Schumacher et Meleis (1994) rappellent que Bridges (1986) définit la transition comme étant un processus qui évolue en trois phases : soit une phase de fin d'étape créant du désengagement, une perte d'identité et du désenchantement, une phase de neutralité engendrant de la désorientation, un sentiment de désintégration puis de découverte et finalement, une phase de nouveau commencement donnant du sens et de l'avenir à ces changements provoquant ainsi un sentiment de contrôle de la situation. D'autres auteurs comme Murphy (1990), Chick et Meleis (1986), Golan (1981) et Schlossberg (1981) mentionnent également dans leur définition de la transition qu'il s'agit d'un processus et d'étapes comportant des phases (Schumacher et Meleis, 1994, p.122). Une transition commence donc avec la fin de quelque chose donnant un sens au phénomène qui s'amorce. Que des changements soient positifs ou négatifs, ils précipitent la fin d'une étape engendrant des pertes (Bridges, 1991). Parkes (1971) soutient qu'un changement de direction lors d'un processus de transition oblige les individus à abandonner leurs anciens paradigmes ainsi que la place personnelle qu'ils occupaient dans leur monde, nécessitant ainsi le développement de nouvelles valeurs et de nouvelles habiletés afin d'être en mesure de composer avec la nouvelle réalité (Schumacher et Meleis, 1994, p.122). Par conséquent, le fait d'être impliqué dans un processus de changement entraîne un cheminement psychologique irréversible faisant en sorte qu'un individu évolue dans une direction bien précise rendant difficile le retour en arrière.

Nature des changements

Schumacher et Meleis (1994) ont précisé la nature des changements qui se produisent au moment d'une transition. Chez les individus et les familles, les transitions entraînent des modifications au niveau de l'identité, des rôles, des relations, des capacités et des modes de comportements. Il semble également qu'au niveau des organisations, lorsque la structure, les fonctions ou les dynamiques organisationnelles sont affectées, les individus impliqués et par conséquent les infirmières connaissent aussi des modifications à ces niveaux.

1.1.3 Conditions pouvant influencer l'expérience d'une transition

Schumacher et Meleis (1994) ont identifié plusieurs conditions pouvant influencer l'expérience d'une transition. Parmi celles-ci, on retrouve les significations, les attentes, le niveau de connaissances et d'habiletés, l'importance des ressources dans l'environnement, le niveau de planification et le bien-être émotionnel et physique.

Significations de la transition

Les transitions peuvent être désirées ou non et peuvent être ou non le résultat de choix personnels (Schumacher et Meleis, 1994). Pour comprendre l'expérience d'une transition ainsi que les effets sur le vécu des individus impliqués, il est essentiel d'être attentif aux significations qu'ils donnent aux transitions à partir de leur propre perspective et de tenir compte également du contexte culturel dans lequel surviennent ces transitions (Schumacher et Meleis, 1994). D'autres auteurs partagent cet avis: Adlersberg et Thorne (1990), dans leur étude sur le veuvage, ont trouvé que plusieurs veuves ressentaient du soulagement et une nouvelle opportunité de croissance personnelle plutôt qu'une expérience négative de perte après le décès du conjoint (Schumacher et Meleis, 1994, p.122). Cette étude démontre l'importance de bien saisir ce que signifie la transition pour les individus impliqués afin de prévenir des interventions non adaptées.

Attentes des individus impliqués

En s'appuyant sur l'opinion d'autres auteurs comme Reimer, Davies et Martens (1991), Schumacher et Meleis (1994) soutiennent que les attentes, influencées par les expériences de transitions vécues antérieurement, sont également des phénomènes subjectifs qui influencent collectivement l'expérience d'une transition. En effet, il semble que le cadre de référence que des individus se créent, à travers les expériences antérieures, peut les influencer au moment d'une transition (Schumacher et Meleis, 1994). De plus, Kane (1992), Kenner et Lott (1990) et Rice (1988) affirment que les personnes en transition peuvent savoir ou non à quoi s'attendre et leurs attentes peuvent être réalistes ou irréalistes (Schumacher et Meleis, 1994, p.122). Toutefois selon Hollander et Haber (1992), lorsqu'une personne sait à quoi s'attendre, le stress associé à la transition peut être quelque peu soulagé (Schumacher et Meleis, 1994, p.122). Cependant, Shea, Adamczak et Flanagan (1987) soutiennent qu'au moment où une transition prend place, les attentes des individus peuvent ne pas correspondre aux réalités suscitées par les nouvelles situations (Schumacher et Meleis, 1994, p.122). Selon Schumacher et Meleis (1994), Shea et al. (1987) ont d'ailleurs décrit l'étonnement d'individus impliqués dans une transition lorsque la situation anticipée ne correspondait pas à leurs attentes. Rice (1988) précise que ce genre de discordance peut apparaître également au niveau des attentes qu'on a envers soi et celles des autres collaborateurs impliqués au moment d'une transition (Schumacher et Meleis, 1994, p.122). Par conséquent, les personnes étant aux prises avec leurs propres attentes, Schumacher et Meleis (1994), en accord avec Kane (1992) et Rice (1988), pensent qu'il est peu réaliste d'avoir des attentes élevées envers les individus au moment des transitions.

Niveau de connaissances et d'habiletés

Le niveau requis de connaissances et d'habiletés s'avère être une autre condition pouvant influencer l'expérience de la transition (Schumacher et Meleis, 1994). Le niveau de

connaissances et d'habiletés peut être insuffisant pour rencontrer les nouvelles demandes de la situation. Schumacher et Meleis (1994) notent que plusieurs chercheurs et cliniciens ont documenté le besoin d'acquérir de nouvelles connaissances et habiletés durant une transition. Il apparaît, selon ces auteurs, que l'incertitude et l'insécurité des acteurs impliqués dans une transition soient fortement reliées au besoin de connaissances et d'habiletés nouvelles.

Environnement pendant la transition

L'importance des ressources dans l'environnement durant une transition constitue un thème prédominant dans plusieurs articles traitant de transition (Schumacher et Meleis, 1994). Dans son étude sur la transition vécue par les nouveaux parents, Schumacher et Meleis (1994) rapportent qu'Imle (1990) a conceptualisé l'environnement comme étant un ensemble de ressources extérieures facilitant les transitions (p.123). Cet auteur a défini le concept environnement comme un processus cyclique de perception, de construction et d'évaluation de la pertinence du soutien extérieur. Selon Schumacher et Meleis (1994), les transitions personnelles vécues par les acteurs impliqués dans une organisation en transition sont modelées par les réalités propres à ce milieu. Elles soutiennent par analogie, que lorsqu'une transition survient dans une organisation, l'interaction entre les personnes et les sous-systèmes de l'organisation peuvent faciliter ou entraver le processus de transition. Plusieurs auteurs comme Condi, Oliver et Williams (1986), Harper (1989), Losee et Cook (1989), Main, Mishler, Ayers, Poppa et Jones (1989) ainsi que Vezeau et Hallsten (1987) sont d'avis que la collaboration, le travail d'équipe, la communication efficace et le soutien de personnes-clés et des groupes de soutien en place contribuent à faciliter la gestion des organisations en transition (Schumacher et Meleis, 1994, p.123). L'environnement socioculturel élargi, comme le milieu ethnique d'appartenance, est un autre facteur qui influence l'expérience de transition des individus (Schumacher et Meleis, 1994). Mercer, Nichols et Doyle (1988) insistent sur l'importance de considérer le contexte socioculturel afin d'obtenir une meilleure compréhension du phénomène de transition (Schumacher et Meleis, 1994, p.123). Ainsi, il semble que

l'environnement ait un effet sur l'expérience de transition à plusieurs niveaux tant personnel, collectif qu'organisationnel.

Niveau de planification de la transition

Le niveau de planification qui existe avant et pendant une transition est une autre condition influençant l'expérience de transition (Schumacher et Meleis, 1994). Schumacher et Meleis (1994) mentionnent qu'une planification approfondie aide à l'identification et à la compréhension des problèmes qui surviennent, des questions qui se posent et des besoins qui peuvent surgir au moment d'une transition. Des personnes responsables de planifier les étapes de la transition doivent être identifiées; il peut s'agir aussi bien des personnes qui provoquent la transition que de celles qui sont en position de procurer du soutien (Schumacher et Meleis, 1994). Des auteurs comme Kerfoot, Serafin-Dickson et Green (1988) croient qu'une planification approfondie favorise ainsi le succès d'une transition (Schumacher et Meleis, 1994, p.123). Par ailleurs, de nombreux auteurs comme Blakeslee, Goldman, Papougenis et Torell (1991), Condi et al. (1986), Kerfoot et al. (1988), Salitros (1986) et Vezeau et al. (1987) pensent que la qualité de la communication entre les personnes imputables du succès de la transition et les employés dans une organisation en transition constitue un élément majeur de la planification (Schumacher et Meleis, 1994, p.123). Howard-Glenn (1992) et Wong (1991) affirment que la planification doit se faire à travers le temps en s'assurant de mettre en place un processus continu de collecte de données et d'évaluation des transitions en cours (Schumacher et Meleis, 1994, p.123). Vezeau et Hallsten (1987) ajoutent que l'identification d'étapes lors d'une transition facilite sa planification ainsi que sa mise en œuvre (Schumacher et Meleis, 1994, p.123).

Bien-être émotionnel et physique

Les transitions sont habituellement accompagnées d'une grande variété d'émotions agissant sur le bien-être émotionnel et physique (Schumacher et Meleis, 1994). Il semble que le

bien-être émotionnel témoigne du niveau de difficultés rencontrées au cours des transitions. Schumacher et Meleis (1994) rapportent que plusieurs auteurs dont Fischbein (1992), Ladden (1990), Christman et al. (1988), Kerfoot et al. (1988), Meleis (1987) et Shea et al. (1987) ont noté que du stress et même de la détresse peuvent survenir pendant cette période. Schumacher et Meleis (1994) remarquent que les réactions émotives le plus souvent documentées dans la littérature sont l'anxiété, l'insécurité, la frustration, la dépression, l'appréhension, l'ambivalence et la solitude. Elles précisent que certaines descriptions de détresse ont même été clairement associées à des expériences de transition. Au moment d'une transition, la peur de l'échec et les autocritiques sévères ont été associées à un sentiment d'épuisement, de défaite ou d'isolement pouvant se solder soit par de l'incapacité à se concentrer, la peur de prendre des risques ou l'évitement de l'inconnu (Schumacher et Meleis, 1994).

Le bien-être physique joue également un rôle très important pouvant influencer les transitions. Selon Schumacher et Meleis (1994) et Kenner et Lott (1990), l'inconfort physique accompagne souvent les transitions et peut nuire à l'assimilation de nouvelles informations. Le corps peut réagir de façon imprévisible et générer des symptômes nuisibles empêchant les individus de s'adapter aux transitions (Schumacher et Meleis, 1994, p.123). Par ailleurs, Imle (1990) ajoute que, lorsqu'une transition génère de l'énergie, les réactions physiques positives qui en résultent facilitent la réalisation des transitions (Schumacher et Meleis, 1994, p.123).

1.1.4 Indicateurs de succès d'une transition

Schumacher et Meleis (1994) ont identifié trois indicateurs de succès aux différents types de transitions: le bien-être personnel, la maîtrise de nouveaux rôles et la satisfaction dans les relations.

Bien-être personnel

Il semble que, lorsqu'une transition est réussie, les sentiments de détresse cèdent la place à un sentiment de bien-être personnel. Effectivement, Schumacher et Meleis (1994) mentionnent que le bien-être personnel survenant en cours de transition correspond à l'impression de composer efficacement avec les changements, de conserver un sens de la dignité, de l'intégrité personnelle et de la qualité de vie. Des auteurs comme Fishbein (1992) et Kane (1992) vont même jusqu'à prétendre que la croissance personnelle, le sentiment de libération, l'amélioration de l'estime de soi et du sens des responsabilités peuvent apparaître pendant une transition (Schumacher et Meleis, 1994, p.124). Pour cette recherche, le bien-être personnel, à l'instar de la définition de Schumacher et Meleis, représente l'impression que les individus ont de composer efficacement avec les changements, de conserver un sens de la dignité, de l'intégrité personnelle et de la qualité de la vie.

Maîtrise des rôles

Schumacher et Meleis (1994) affirment que la maîtrise des rôles et l'assurance dans les comportements requis par les nouvelles situations dénotent que la transition a été réalisée avec succès. Selon elles, la maîtrise de rôles correspond à une impression de compétence et de confiance en soi en regard des connaissances, des habiletés cognitives, de la prise de décision et des habiletés psychomotrices. La maîtrise des rôles indique le succès aussi bien de la transition organisationnelle que de la transition à un niveau plus personnel (Schumacher et Meleis, 1994). Pour Biddle (1979), le concept du rôle se centre sur l'ensemble des comportements caractéristiques à une personne ou à un groupe dans un contexte donné. Lanctôt (1996) a pour sa part identifié six composantes du rôle formel de l'infirmière travaillant dans les CLSC québécois: la programmation, l'éducation, la consultation, la recherche, la liaison et l'activité politique.

Ainsi, la notion de rôle implicite à cette recherche est élargie pour inclure à la fois les rôles formels et informels des infirmières en CLSC. Le sentiment de maîtrise des rôles s'applique autant à l'impression qu'elles ont de leur réussite dans la performance de leurs différents rôles tant formels, tels que ci-haut présentés, qu'informels tels que leurs différents rôles sociaux. De façon plus spécifique, le sentiment de maîtrise des rôles correspond ainsi à un sentiment de compétence et de confiance en soi qu'elles ont en regard des connaissances, des habiletés cognitives, de la prise de décision et des habiletés psychomotrices qui sont requises pour remplir ces différents rôles.

Satisfaction dans les relations. De nombreux auteurs comme Schumacher et Meleis (1994), Meleis (1987), Robinson et Pinkney (1992), Staples et Schwartz (1990), Swearingen (1987), Patsdaugter et Killien (1990), Salitros (1986), Reimer et al. (1991) et Battles (1988) ont contribué à conceptualiser la satisfaction dans les relations en terme d'adaptation et d'intégration familiale, d'appréciation et de rapprochement entre des personnes associées à des interactions significatives (Schumacher et Meleis, 1994, p.124). Ces auteurs croient que la satisfaction dans les relations, impliquant l'intégration dans des réseaux sociaux plus étendus, indique également le succès d'une transition et est crucial pour prévenir l'isolement social au moment où il se produit.

Au niveau organisationnel, Kerfoot et al. (1988) observent que l'insatisfaction dans les relations se manifeste par le manque de cohésion, l'augmentation de l'absentéisme, le roulement du personnel, les rumeurs, la méfiance, l'augmentation des conflits, la décroissance de la coopération, la résignation ainsi que les difficultés de recrutement et le manque de rétention de nouveaux personnels (Schumacher et Meleis, 1994, p.124). Par ailleurs, d'autres auteurs comme Condi et al. (1986), Losee et Cook (1989) et Sherting (1988) ajoutent que la coopération du personnel, la communication efficace, le travail d'équipe et la confiance en soi sont le reflet d'une transition réussie (Schumacher et Meleis, 1994, p.124).

La satisfaction dans les relations des infirmières en CLSC correspond dans cette étude à leur capacité d'adaptation et d'intégration familiale et sociale favorisant l'appréciation, le rapprochement entre les personnes de leur environnement familial et de travail ainsi que les interactions significatives qu'elles entretiennent avec celles-ci. Au niveau des CLSC, cela signifie que la satisfaction dans les relations interpersonnelles et interprofessionnelles au travail se manifeste par la collaboration entre les membres du personnel, une communication efficace, un travail d'équipe et la confiance.

1.1.5 Soins infirmiers thérapeutiques de la transition

Les soins infirmiers thérapeutiques de la transition sont les activités de promotion, de prévention et d'intervention dispensées par des infirmières aux usagers et aux familles. Il s'agit selon Schumacher et Meleis (1994) d'évaluer, de comprendre le niveau de préparation des personnes pour faire face aux transitions et d'identifier les modes de comportements générés par les situations de transition en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire. L'évaluation de la préparation pour faire face à la transition devrait, selon celles-ci, porter sur chacune des conditions de réalisation de transition. Elles soutiennent que les activités de promotion consistent principalement à faire de l'enseignement et à augmenter les connaissances des personnes pouvant vivre une transition.

1.2 Principaux éléments de la psychodynamique du travail

La littérature sur les changements organisationnels rapporte plusieurs effets psychologiques négatifs vécus par des infirmières ou autres individus impliqués comme l'anxiété, le chagrin, la dépression, la peur ou l'insécurité et même l'épuisement professionnel. En relation avec les questions de recherche posées, la chercheuse a choisi de pousser plus à fond l'investigation des éléments psychosociaux, affectifs et organisationnels qui influent sur ce que vivent

subjectivement les infirmières. Pour ce faire, nous utilisons le corpus théorique de la psychodynamique du travail comme outil théorique au service de la compréhension recherchée.

Si la plupart des études s'intéressant à ces éléments s'appuient sur les théories du stress, la psychodynamique du travail pose différemment le rapport à la vie de travail et aux changements qui y surviennent. Elle ajoute, à l'analyse objective des facteurs jouant sur la peur, l'anxiété, l'insatisfaction et autres, l'analyse subjective qui tente de saisir ce qui est vécu par les acteurs-sujets eux-mêmes. À côté de l'acteur au travail, une place est faite au sujet avec ses désirs, ses besoins, ses affects (Carpentier-Roy, 1995). Sans élaborer sur les différences entre cette approche et celles sur le stress², il est important de présenter ici les principaux éléments du corpus théorique de la psychodynamique du travail.

Les principaux éléments de la psychodynamique du travail décrits par Dejours (1995, 1993) sont appuyés par divers auteurs comme Carpentier-Roy (1995), Davezies (1993) et Chanlat (1992). Sans nier la réalité biologique de l'être humain, la psychodynamique du travail le définit comme une personne en situation dont la qualité de vie psychique au travail est liée aux groupes et à ses conditions d'existence. Cette perception l'amène à interpeller directement l'organisation du travail (Chanlat, 1992). La psychodynamique du travail étudie les rapports entre l'organisation du travail et la santé mentale des travailleurs (Carpentier-Roy, 1995).

Cette approche porte un regard dynamique adapté aux milieux de travail pour comprendre comment ces dynamiques peuvent être sources de plaisir et donc d'investissement dans le travail ou au contraire être sources de souffrance au travail.

² Pour de plus amples informations sur ces différences, voir Chanlat, J.F. (1992). Théorie du stress et psychopathologie du travail. *Revue Prévenir*, 20, 117-125.

1.2.1 Notion de plaisir et de souffrance

Selon Chanlat (1992), la question du plaisir et de la souffrance engendrés par l'organisation du travail se pose toujours en termes de rapport social. Les actions humaines, les attitudes et les croyances proviennent des significations sociales et elles en sont aussi le fruit. C'est pourquoi le monde social ne peut être compris seulement qu'en termes de relations fortuites ou par des événements sociaux (Stew, 1996). Ainsi, les rapports entre l'organisation du travail, les changements organisationnels et la santé mentale des infirmières méritent d'être également regardés dans une perspective psychodynamique qui cherche à saisir les sources de la souffrance et du plaisir au travail.

Dejours (1980) décrit la notion de plaisir comme une dimension individuelle et subjective liée au désir et à la réduction des quantités d'excitation. Pour cet auteur, le plaisir correspond à un principe économique servant de régulateur au fonctionnement psychique résultant de la décharge d'énergie psychique rendue possible par l'espace de liberté dont jouit le travailleur. Le plaisir existe quand on peut trouver dans le travail un exutoire aux excitations exogènes ou endogènes provoquées par le travail (Carpentier-Roy, 1995, p.25).

La notion de souffrance psychique constitue un concept propre à la psychodynamique du travail et se conçoit comme un espace compris entre la santé et la maladie (Carpentier-Roy, 1995). Toutefois, Carpentier-Roy soutient que ni la souffrance ni le plaisir ne sont visibles; il faut les décoder dans le discours, les pratiques et les comportements collectifs des travailleurs. L'analyse psychodynamique du travail peut ainsi contribuer à l'émergence des sources de plaisir ou de souffrance au travail en relation avec des facteurs de l'organisation du travail.

1.2.2 Normalité plutôt que santé/maladie

La psychodynamique du travail s'intéresse à la normalité plutôt qu'à la santé/maladie. Dejours (1995) affirme que la santé parfaite n'existe pas et que chez un même sujet on retrouve plusieurs maladies plus ou moins bénignes comme des dents cariées, des troubles de l'acuité visuelle, des affections de la peau ou bien de la dépression, des insomnies et autres. Il définit la santé comme un équilibre toujours précaire pouvant être satisfaisant ou acceptable, pouvant être plus ou moins complètement stabilisé ou plus ou moins bien compensé. Il s'agit d'un idéal jamais atteint, d'un état réel jamais passif n'étant jamais acquis et devant continuellement être reconstruit. C'est ce que Dejours (1995) appelle la normalité. Cette normalité repose sur le jeu des défenses contre les souffrances qui déstabilisent cette normalité et tendent à faire basculer le sujet dans la maladie (Dejours, 1995). Par conséquent, le défi auquel est confronté tout être humain est de trouver à ses pulsions une issue compatible avec son insertion sociale et à travers laquelle il puisse construire sa propre histoire. À travers cette question qui est celle de l'identité, le sujet joue sa santé (Davezies, 1993; Dejours, 1995, 1993).

1.2.3 Construction de l'identité

Selon ces auteurs, le travail comporte une dimension de peine, de souffrance ou de plaisir et donc constitue un puissant opérateur de santé ou au contraire de maladie. Si le travail n'est pas toujours un malheur pour la santé des personnes, c'est que le travail tel qu'organisé permet aux personnes d'exercer une action spécifique sur les contraintes du travail, actions qui leur permettent d'en conjurer ou d'en subvertir les effets qu'elles se réapproprient pour s'accomplir elles-mêmes (Dejours, 1995). Cet auteur nomme cette action le processus de réappropriation. Selon lui, ce processus permet à la personne d'utiliser les contraintes du travail pour se transformer elle-même et ainsi continuer à bâtir son identité. L'identité est le noyau central ou l'armature de la santé. On ne tient jamais de soi-même exclusivement, l'identité passe par le regard d'autrui (Dejours, 1995). Par conséquent, la santé, ou au moins la normalité, repose en

règle générale sur la conquête de l'identité dans le champ érotique d'une part, c'est-à-dire celui de l'amour et celui de la conquête du champ social d'autre part, c'est-à-dire celui du travail (Dejours, 1995).

1.2.4 Stratégies et mécanismes collectifs de défense

Carpentier-Roy (1995) affirme que des recherches ont mis en lumière des mécanismes collectifs et des stratégies collectives de défense qui peuvent prendre diverses formes. Ces mécanismes servent à la fois de moyens d'identification et de conjuration de la souffrance au travail. Ces stratégies défensives doivent être sanctionnées et confirmées par le collectif de travail pour être opérantes. Selon elle, ces stratégies unifient et solidifient le collectif mais peuvent avoir parfois certains effets pervers comme l'aveuglement, le déni, voire l'aliénation, pouvant empêcher les individus d'agir pour transformer l'organisation du travail. Un collectif de travail n'existe pas toujours dans les milieux de travail. Selon Dejours (1987), pour qu'un collectif de travail existe, il faut que des travailleurs partagent des règles communes de travail et aient l'impression de participer à une œuvre commune (Carpentier-Roy, 1995, p.32). Ces conditions étant réunies, ils peuvent alors partager sans crainte d'être jugés leurs difficultés liées au travail et même, à l'occasion, des problèmes personnels. Ainsi dans cette étude, il sera intéressant de voir si ces collectifs existent et comment ils réagissent dans le processus de changement.

1.2.5 Travail prescrit et travail réel

Pour comprendre la psychodynamique du travail, il faut mesurer la différence entre le travail prescrit et le travail réel (Davezies, 1993). Le travail prescrit correspond à des discours solidement argumentés par des experts portant par exemple sur les objectifs, les coûts, les consignes, les protocoles, les modes de fonctionnement ou les mesures préventives. Ce sont des savoirs mobilisés pour concevoir et prescrire le travail en relation avec la nature du travail à

effectuer (Dejours, 1993, 1995; Carpentier-Roy, 1995; Davezies, 1993). Le travail réel doit tenir compte du prescrit certes, mais aussi de la réalité quotidienne dans laquelle le travail sera effectué. C'est dans cet écart entre le prescrit et le réel que se situent les actions à comprendre si on veut saisir les dimensions du changement et ses effets. Le travail c'est donc la mobilisation des hommes et des femmes face à ce qui n'est pas prévu par la prescription, face à ce qui n'est pas donné par la réalité du travail. Le travail c'est une mobilisation permanente pour pallier les manques de l'organisation du travail. Le travail fait ainsi appel à l'intelligence pratique et à l'intelligence de l'action où l'employé d'une organisation doit interpréter, improviser, ruser ou tricher pour accomplir le travail prescrit (Davezies, 1993). C'est dans ce sens que Dejours (1993) présente le travail comme étant l'activité coordonnée déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui, dans une tâche utilitaire, ne peut pas être obtenu par la stricte exécution des actions prescrites.

1.2.6 Conditions favorisant la satisfaction au travail

Pour faire face à l'inattendu, à ce qui échappe à la prescription, le sujet doit faire appel à ses ressources propres, à des ressources qui s'enracinent dans son engagement, sa personnalité et son histoire (Davezies, 1993). Mais ce sujet au travail agit en interaction dans un réseau de relations sociales verticales et horizontales qui peuvent le soutenir ou pas. Ainsi, la psychodynamique du travail considère que le travail est toujours une expérience sociale et tient compte des éléments comme les conditions de coopération dans lesquelles le travail s'effectue.

Visibilité du travail et construction de la confiance

Pour Davezies (1993), les conditions de la coopération sont la visibilité du travail et la construction de la confiance. Selon ce même auteur, comme les gens ne font pas strictement ce qu'on leur dit de faire et qu'ils déploient toute une activité pour pallier les manques d'une organisation, la coopération perd son caractère d'évidence. Les employés d'une organisation

négoient continuellement l'inadéquation entre leurs désirs et la réalité, ainsi ce ne sont pas les tâches et le travail prescrit qu'il faut coordonner mais les façons de travailler (Dejours, 1993, 1995; Davezies, 1993). À l'instar de Dejours, Davezies (1993) soutient également que l'organisation du travail doit concilier le besoin d'intimité nécessaire à la mobilisation de la personnalité de l'employé et l'exigence nécessaire de la coordination du travail. Aussi, idéalement, l'organisation libre du travail n'est autre qu'un aménagement du mode opératoire qui tient compte des aptitudes individuelles, des besoins de la personnalité où chaque geste s'harmonise spontanément avec les défenses comportementales et caractérielles des travailleurs (Dejours, 1993). La confiance représente ainsi l'élément fondamental permettant à la fois l'intimité et la visibilité (Davezies, 1993). C'est la façon dont l'autre se comporte face à une situation imprévue en continuant à agir selon des principes partagés qui fonde véritablement la confiance : on a confiance parce qu'on sait qu'on partage les mêmes règles (Davezies, 1993, p.48).

Reconnaissance, pouvoir sur l'acte et autonomie réelle

Par ailleurs, la mobilisation et l'élaboration collective de l'expérience sont fréquemment entravées par l'organisation du travail. Des personnes en autorité dans une organisation peuvent agir de manière à provoquer la fermeture des employés à la prescription du travail et exercer l'autorité sous forme de domination et dès lors être à l'origine de nombreuses perturbations du travail (Davezies, 1993). Les trois vecteurs qui constituent le registre symbolique dont les recherches démontrent qu'il est le centre de l'équilibre au travail sont la reconnaissance, le pouvoir sur l'acte et l'autonomie réelle (Carpentier-Roy, 1995). En effet, Dejours (1995) maintient que la reconnaissance est la forme spécifique de la rétribution morale symbolique accordée à l'ego en contrepartie de sa contribution à l'efficacité de l'organisation du travail. La reconnaissance dans le milieu du travail peut provenir du jugement d'utilité ou du jugement de beauté (Dejours, 1995).

Jugement d'utilité. Selon Dejours (1995), le jugement d'utilité est celui qui se prononce sur l'utilité technique, sociale ou économique de l'activité produite par un travailleur et qui confère à l'acte technique son inscription dans la sphère du travail. Il s'agit de la forme de jugement habituellement proféré par une personne en autorité et qui occupe une position hiérarchique.

Jugement de beauté. Par ailleurs, le jugement de beauté comporte deux volets. Il concerne d'abord la conformité du travail, de la production, de la fabrication ou du service avec les règles de l'art et confère à l'individu l'appartenance au collectif ou à la communauté. Ce sont essentiellement les pairs, les collègues, voire les maîtres qui connaissent habituellement bien les règles de l'art et qui sont en mesure de prononcer ce jugement. Ce deuxième volet du jugement de beauté survient en surcroît: il consiste, au-delà de la reconnaissance de conformité aux règles de l'art, à apprécier ce qui fait la distinction, la spécificité, l'originalité voire le style du travail; il confère à l'individu la reconnaissance de son identité singulière ou de son originalité. Cette forme de jugement est essentiellement proférée par les pairs, les collègues et des personnes passées maîtres dans les règles de l'art.

La reconnaissance en milieu de travail est donc une source essentielle de satisfaction. À défaut de reconnaissance, la souffrance qui est liée à toute expérience de travail va prendre le devant de la scène et dans ces conditions, on ne va plus assister à la mobilisation de l'employé à la recherche de la reconnaissance mais à sa mobilisation pour la défense de sa santé (Davezies, 1993). L'ensemble des éléments de la psychodynamique du travail influencent donc la nature de l'expérience de travail. Plus particulièrement dans un contexte de transition organisationnelle, le gestionnaire doit savoir mobiliser son personnel par la reconnaissance du travail effectué, de son savoir-faire, de ses difficultés par la reconnaissance de la culture de métier et par l'autonomie des modes opératoires qui l'accompagne. Bref, ce registre symbolique est au cœur du questionnement que pose la psychodynamique du travail dans sa recherche de compréhension des sources de plaisir et de souffrance au travail. Il s'agit donc d'investissement coopératif dans la réorganisation du travail qui accompagne les changements organisationnels.

2. CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Cette deuxième partie décrit la méthodologie de l'étude. Elle aborde la stratégie de recherche, la description du milieu où se déroulera l'étude, le recrutement des participantes, la collecte des données, la méthode d'analyse des données, les critères de rigueur utilisés, les limites de la recherche et les considérations éthiques.

2.1 Stratégie de recherche

Des épistémologues de la science, dont Bachelard (1967), ont clairement démontré que les objets d'étude ne se laissent pas indifféremment dévoiler par une approche qualitative ou quantitative (Carpentier-Roy, 1992, p.9). Ce qui est visé dans cette étude, ce n'est pas la description objective des éléments stressants mais bien la compréhension de ce qui est vécu subjectivement sur le terrain. Dans la présente étude, l'approche qualitative est donc un choix incontournable puisqu'il s'agit d'interroger le rapport subjectif des infirmières de CLSC avec leur organisation de travail en période de transition organisationnelle, sans présumer au préalable des effets favorables ou défavorables à leur santé mentale.

Les significations que donnent des infirmières aux changements organisationnels de leur CLSC prennent une importance toute particulière pour faciliter la compréhension de l'influence que peut avoir la transition organisationnelle sur leur vécu en CLSC. Puisque la psychodynamique du travail traite spécifiquement des rapports entre l'organisation du travail et les travailleurs sans présumer des effets du travail sur leur vie personnelle, la méthodologie de recherche utilisée en psychodynamique du travail, en association avec le cadre théorique de transition, peut contribuer à enrichir la compréhension de l'expérience des infirmières en CLSC. En se basant sur Levy (1994), l'orientation qualitative adoptée par cette étude d'inspiration phénoménologique et influencée par la méthodologie utilisée en psychodynamique du travail prendra une forme interprétative.

2.2 Description du milieu

La présente recherche se déroulera dans le milieu des CLSC. L'article 80 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux définit les CLSC comme des centres locaux de services communautaires ayant pour mission d'offrir en première à la population qu'ils desservent des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation et de réinsertion (Gouvernement du Québec, 1991). Ces organisations se caractérisent par leur approche de renforcement du potentiel des personnes, leur notion de territoire, leur polyvalence dans les services et par le fait qu'ils sont une porte d'entrée du système de santé (Fédération des CLSC, 1994). Ce sont les premiers points de contact pour la population locale. En plus des services adaptés à diverses catégories de population, les CLSC doivent offrir des services de base à leur population comme l'accueil, l'évaluation, l'orientation, la consultation médicale, les services infirmiers, la consultation psychosociale, les services communautaires et les services d'Info-santé. Les CLSC peuvent se différencier selon qu'ils sont situés en régions urbaines ou rurales, par leur taille, la nature des besoins et des caractéristiques de la population du territoire couvert et par diverses réalités économiques, politiques, sociales ou sanitaires de leur communauté.

Les principaux services offerts en CLSC sont les services à l'enfance et à la famille, les services à la jeunesse, les services courants, les services d'Info-santé et les services de maintien à domicile. Certains CLSC offrent également des services de santé et sécurité du travail ou gèrent une centrale Info-santé sur une base sous-régionale. Les interventions du personnel qui travaille en CLSC visent à réduire les problèmes de santé et les facteurs de risques, à protéger les individus et les groupes, à agir sur les déterminants de la santé et à développer des conditions favorables à la santé (Fédération des CLSC, 1994, p.81). Les professionnels qui y travaillent sont habituellement des infirmières, des travailleurs sociaux et communautaires, des médecins, du personnel de réadaptation, des nutritionnistes, des

hygiénistes dentaires, des auxiliaires familiales et sociales et des techniciens en hygiène du travail.

Les CLSC admissibles à la recherche doivent correspondre aux critères suivants: ils doivent offrir les services de base, avoir actualisé ou commencer à actualiser la réadaptation et la réinsertion qui constituent les deux nouveaux champs d'intervention pour les CLSC (Fédération des CLSC, 1994), avoir procédé à des réaménagements organisationnels et physiques pour faire face aux nouvelles réalités occasionnées par la réforme et finalement, ils doivent accepter de rendre disponibles à la chercheuse des locaux de leur établissement et de mettre à sa disposition toute information lui permettant d'acquérir la base nécessaire pour comprendre ce dont parlent les infirmières de leur CLSC (Dejours, 1987). Parmi ces critères, le plus important demeure évidemment l'intérêt de la direction et des infirmières concernées à participer à cette recherche. Pour des raisons de commodité et en vue d'obtenir différents points de vue, les infirmières participant à cette étude ont été recrutées dans deux des vingt-neuf CLSC de la région de Montréal. Par ailleurs, les infirmières du CLSC où travaille la chercheuse sont exclues de façon à réduire les biais liés à des interprétations possibles.

2.3 Recrutement des participantes

Selon Morse et Field (1995), deux principes guident le choix des participants à une étude: la justesse et l'adéquacité. La justesse correspond à l'identification et à l'utilisation de participants pouvant le mieux renseigner le chercheur sur le phénomène à l'étude tandis que l'adéquacité signifie que les participantes choisies fourniront suffisamment de données pour être en mesure de développer une description riche et complète du phénomène.

Les infirmières en CLSC étant soumises à une transition organisationnelle en cours dans leur milieu de travail, cela justifie qu'elles aient une opinion fondée sur l'expérience que leur fait vivre cette transition. Leur participation active comme groupe de travail en assure donc la

justesse. Enfin, pour garantir également l'adéquacité des participants, il faut réunir des conditions qui se conjuguent pour aboutir à la formation d'un collectif d'entrevues, donc des infirmières qui acceptent de participer collectivement aux entrevues. Le but de ces entrevues est de faire émerger une compréhension collective du vécu des infirmières en situation de transition organisationnelle en questionnant des éléments de l'organisation réelle du travail mettant en scène la dimension des relations des infirmières de CLSC entre elles et des relations entre ces infirmières et le personnel d'encadrement et les professionnels des autres disciplines. Ce questionnement collectif pourra contribuer à une intelligibilité commune du sens de leurs attitudes, de leurs réactions collectives face à la transition organisationnelle évitant ainsi le brouillage que pourraient produire les histoires individuelles et permettre d'identifier des pistes d'action pour faciliter la transition vécue dans les CLSC.

De façon à créer un environnement propice les entrevues se sont déroulées sur les lieux mêmes du travail. Les infirmières qui ont participé à cette étude ont reçu au préalable des explications suffisantes sur l'objet de l'investigation de cette étude ainsi que sur les exigences liées à l'authenticité de la parole. Elles ont pu aussi partager l'intérêt, l'ouverture nécessaire et la volonté de mise en commun de leurs expériences dans un groupe issu du CLSC où elles travaillent permettant ainsi de qualifier ce groupe d'homogène.

Selon Morse et Field (1995), parce que le nombre et le type de participants ne peuvent être prédits au commencement d'une étude, la description des participants soulève un problème en recherche qualitative. Ainsi, ces auteurs recommandent d'estimer généreusement au départ le nombre de participants. Des groupes d'échange ont été ainsi constitués de toutes les infirmières d'un CLSC donné correspondant aux critères d'inclusion retenus et qui désiraient participer à l'étude. La chercheuse a considéré que les deux premiers CLSC signifiant leur intérêt à la recherche et pouvant fournir une quantité appréciable de participantes à la recherche seraient retenus. En s'appuyant sur Morse et Field (1995), elle a estimé qu'entre dix et vingt participantes

suffiraient pour obtenir l'information recherchée et cela fut atteint avec la participation de deux CLSC.

En vue de recruter des participantes en fonction des critères recherchés et d'obtenir l'autorisation des instances responsables dans les CLSC, une lettre de présentation du projet de recherche (annexe B) a été acheminée aux directeurs généraux de ces établissements les informant qu'une lettre de présentation du projet (annexe C) avait également été envoyée à la responsable de soins infirmiers de leur CLSC. Avec leur accord, une rencontre avec celle-ci a été effectuée pour échanger sur le fonctionnement du CLSC, les programmes en place ainsi que sur l'organisation et le climat de travail. Par la suite, une lettre d'information (annexe D) a été transmise aux treize infirmières intéressées des deux CLSC. Lors de la visite avec la responsable des soins, la chercheuse a rencontré ces infirmières pendant quinze à vingt minutes pour leur fournir des renseignements supplémentaires sur le déroulement de la recherche et sur leur participation éventuelle.

2. 4 Collecte des données

Deslauriers (1991) affirme que le groupe permet aux personnes de réfléchir et de se rappeler des choses oubliées qui ne seraient pas remontées autrement à la mémoire. Il affirme également que le groupe agit comme autocorrecteur en permettant à la personne de modifier son jugement et de donner une opinion plus nuancée tout en recréant une sorte de microcosme social où le chercheur peut identifier les valeurs, les comportements et les symboles des participants. Boutet (1995) maintient que le langage est une des pratiques sociales par lesquelles les individus construisent, transforment ou dénie leur appartenance à un groupe, à un collectif ou à un genre. Le langage a la propriété de dire l'action, de la décrire, la rapporter, l'interpréter, lui assigner des raisons et en discuter les conditions (Boutet, 1995). Ainsi, selon Boutet, le langage imprègne l'accomplissement du travail. Il est présent à tous les niveaux de l'action : au cours de l'action elle-même, lorsqu'on doit la modifier, la programmer, la

coordonner, remédier aux dysfonctionnements ou bien évaluer, contrôler et critiquer. C'est d'abord par la parole qu'on a accès à l'intention d'acte; c'est par elle que les sujets d'une enquête peuvent accéder à l'intelligibilité du sens de leurs actes (Bourbonnais et coll., 1995).

Le point de vue de ces auteurs appuie donc la méthode utilisée dans la présente étude visant à recueillir le vécu des infirmières à travers des entrevues de groupe. Il s'agit de donner la parole aux infirmières pour leur permettre d'exprimer ce qu'elles vivent face aux différentes situations de travail en relation avec les conditions de réussite d'une transition comme le bien-être personnel, la maîtrise de rôles et la satisfaction des relations professionnelles et interpersonnelles. Il s'agit donc, pour les fins de cette recherche, d'avoir recours à un échantillon intentionnel multiphasé d'infirmières résidant dans un secteur facilement accessible, renseignant par l'analyse des variations qu'elles ont connues en s'adaptant à différentes conditions et offrant des renseignements à partir de leur situation propre (Deslauriers, 1991). Par conséquent, les entrevues de groupe constituent dans ce contexte une source privilégiée pouvant se révéler riche d'informations.

La collecte de données a été effectuée à l'automne 1997. Pour réaliser cette collecte, la chercheuse a obtenu des CLSC recrutés des informations supplémentaires comme le plan d'organisation, le dernier rapport annuel ou autres types d'informations pouvant la renseigner sur l'organisation du travail dans leur CLSC. Pour faciliter l'analyse du contexte, d'autres données ont été demandées comme les secteurs d'activités dans lesquels les infirmières exercent, leur niveau de formation en soins infirmiers, le statut qu'elles occupent, le nombre d'années et les expériences ou fonctions différentes exercées selon le cas dans le présent CLSC ou autres CLSC ou autres milieux de soins. Étant donné l'importance accordée par la littérature aux contextes sociaux et environnementaux des individus impliqués dans des changements organisationnels majeurs, des données sociodémographiques et contextuelles (annexe E) ont été recueillies pour décrire les infirmières participantes. Ces informations sont présentées plus loin avec l'analyse des résultats.

Ces entrevues furent semi-structurées et animées à partir d'un protocole d'entrevue (annexe F) basé sur le but et les questions de cette recherche. Ce protocole inspiré de la méthode d'analyse en psychodynamique du travail a été élaboré à l'aide des principaux éléments du cadre théorique, à savoir : les propriétés universelles des transitions, les conditions les influençant et les indicateurs de succès des transitions. Il contient également des thèmes reliés à l'organisation du travail comme le contenu significatif de la fonction, les contraintes d'activités, le soutien social au travail et les solutions proposées. D'une durée d'environ trois heures, ces entrevues se sont déroulées sur les lieux mêmes du travail et ont été enregistrées.

2.5 Méthode d'analyse des données

En recherche qualitative, l'analyse des données comporte certains principes et s'effectue selon un processus déterminé. Ainsi, la méthode d'analyse de la psychodynamique guidera la description de l'expérience des infirmières participantes à partir de leurs perceptions et des échanges qu'elles ont suscités. Les verbatims de la première entrevue dans les deux CLSC ont été enregistrés et transcrits. Les données recueillies furent analysées et interprétées à l'aide d'un cadre d'analyse de façon à dégager les significations communes et les divergences des propos des infirmières en regard du phénomène à l'étude, à savoir : la transition organisationnelle et l'influence de l'organisation du travail sur ce phénomène. Une deuxième entrevue de validation auprès des infirmières a servi à présenter les données recueillies afin de valider les interprétations de la chercheuse. L'analyse finale a tenu compte de ces deux entrevues.

Morse et Field (1995) affirment qu'il faut subir une immersion totale dans les données recueillies et en acquérir une compréhension profonde pour pouvoir interpréter correctement les résultats. Il s'agit d'un processus de conjoncture et de vérification, de correction et de modification et finalement, de suggestion et de défense comprenant des étapes de compréhension, de synthèse, de théorisation et de recontextualisation (Morse et Field, 1995).

Des étapes comme l'intuition, l'analyse, la description du phénomène à l'étude, l'observation des modes qui apparaissent et l'exploration du phénomène et finalement la réduction du phénomène et l'interprétation des significations apparaissent essentielles à ces auteurs. En conséquence, ces étapes guident l'analyse finale des données.

2.6 Critères de rigueur de la recherche

En recherche qualitative, la validité habituellement associée à la recherche quantitative correspond à la crédibilité et à la transférabilité tandis que la fidélité et l'objectivité correspondent à la constance interne et à la fiabilité (Pourtois et Desmet, 1988). Pourtois et Desmet (1988) maintiennent que les chercheurs qualitatifs accroissent la validité de leurs données en observant les sujets dans leur vie quotidienne, en les écoutant parler de leurs souvenirs ou en analysant les documents qu'ils produisent en vue d'obtenir des données non filtrées à travers des concepts, des définitions opérationnelles ou des échelles de niveau. Pour leur part, Morse et Field (1995) croient que la validité d'une recherche en phénoménologie repose sur la richesse de la discussion. Elles soutiennent que l'essence de la description réalisée doit avoir du sens pour d'autres infirmières qui en prennent connaissance. En méthodologie de la psychodynamique du travail, la rigueur s'obtient par la validation et la réfutation des données qui se fait généralement à deux reprises d'abord pendant l'enquête elle-même, c'est-à-dire au fur et à mesure du déroulement de l'entrevue puis, dans un deuxième temps, avec les personnes qui ont participé à l'enquête, dans une session spécifiquement organisée pour présenter une synthèse des résultats, des observations et des interprétations résultant du travail d'analyse (Dejours, 1987).

En se basant sur l'opinion de ces différents auteurs, il faut réunir les conditions nécessaires permettant de discuter les informations recueillies de manière à en assurer la crédibilité, la transférabilité, la constance interne et la fiabilité. Ainsi, pour donner un sens à l'analyse des

données recueillies et pour assurer une rigueur scientifique à la présente recherche, les critères retenus sont ceux de Pourtois et Desmet (1988).

2.6.1 Critère de crédibilité

Pour assurer la crédibilité des informations recueillies et après que la chercheuse eut procédé à l'analyse et à l'interprétation des entrevues, une validation des données a été réalisée auprès des participantes dans le cadre d'une nouvelle entrevue de groupe d'une durée d'environ trois heures. Cette deuxième entrevue a servi à valider la signification retenue par la chercheuse. Selon Pourtois et Desmet (1988), il s'agit d'une technique pour garantir la qualité des informations recueillies. Pour Dejours (1987), en psychodynamique du travail, il s'agit de la validation et de la réfutation de données. Finalement, pour assurer la cohérence interne des déductions, les résultats sont confrontés au cadre théorique de Schumacher et Meleis (1994), aux principaux éléments de la psychodynamique du travail ainsi qu'aux études et différents écrits ayant été utilisés comme matériel référentiel de base. Cette étape est appelée par Pourtois et Desmet (1988) la validité référentielle.

2.6.2 Critère de transférabilité

La transférabilité peut garantir une transmissibilité raisonnable des résultats de recherche même si elle est limitée (Pourtois et Desmet, 1988). Il faut, selon Pourtois et Desmet, que les participants à l'étude soient choisis en tenant compte de leurs caractéristiques personnelles par rapport aux objectifs de la recherche. Par exemple dans cette étude, les participantes ont comme caractéristiques communes le fait d'exercer la profession d'infirmière dans les CLSC impliqués dans une transition organisationnelle créant ainsi à la fois l'homogénéité requise par la méthodologie en psychodynamique du travail et le respect des caractéristiques personnelles des participantes en rapport avec les objectifs de la recherche.

Malgré un échantillon de participantes prévu entre dix et vingt, il est possible que la saturation théorique des données ne soit que partiellement atteinte. Étant donné qu'il s'agit d'une étude qualitative possédant des limites, il est peu probable que ces données soient généralisables dans leur entier à d'autres milieux. Pour permettre une possibilité de transfert des résultats à d'autres CLSC du Québec, il faudra tenir compte de la description des CLSC et des infirmières participantes.

2.6.3 Critère de constance interne

La notion de constance interne est proche de la stabilité dans la tradition positiviste et elle donne l'assurance qu'il existe une indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques telles que le temps, l'expérience et la personnalité du chercheur et d'autres variations (Pourtois et Desmet, 1988). Cette fois-ci, selon Pourtois et Desmet (1988), la technique de triangulation sert à assurer la constance interne. Les observations et les interprétations de la chercheuse devant servir à la technique de triangulation lors de l'analyse des données ont été notées dans un journal de bord complété immédiatement après l'entrevue.

2.6.4 Critère de fiabilité

La fiabilité consiste en l'indépendance de l'analyse par rapport à l'idéologie du chercheur (Pourtois et Desmet, 1988). À la base de la fiabilité, le chercheur reconnaît et met en lumière ses jugements en tant qu'éléments influençant ses analyses et ses interprétations. Ainsi, les informations complémentaires notées à ce sujet dans le journal de bord ont servi à confronter les données recueillies. Au moment de l'analyse et de l'interprétation des données, ces informations ont servi à la fois de guide et de support permettant à la chercheuse de contextualiser les données recueillies, d'être transparente et de conserver son indépendance par rapport à ses propres opinions, ses propres valeurs ou son idéologie personnelle. Si le travail

intersubjectif suppose que la subjectivité du chercheur soit mise à profit comme décripteur du sens des actions et perceptions des infirmières interrogées, cette subjectivité est sans cesse contrôlée par la subjectivité des participantes qui vivent la réalité du travail dont elles parlent. C'est dire que « la subjectivité ainsi mise à profit n'est pas libre de toute contrainte, c'est-à-dire qu'elle doit subir des épreuves de vérité » (Carpentier-Roy, 1995, p.40).

2.7 Considérations éthiques

Afin d'assurer la confidentialité et respecter les questions éthiques pouvant être soulevées dans le cadre de cette étude, les infirmières participantes ont reçu au préalable une lettre circulaire comprenant, entre autres, les bénéfices et les inconvénients de l'étude. Elles ont été informées de la possibilité de se retirer en tout temps si elles le désiraient. Elles ont également été assurées que les informations et opinions émises seraient traitées confidentiellement, que les entrevues seraient enregistrées mais que les résultats ne serviraient qu'à des fins de recherche et que les bandes sonores seraient détruites à la fin de l'étude. Un formulaire de consentement (annexe G) leur a également été présenté pour être signé au moment de la première rencontre.

CHAPITRE QUATRIÈME

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre présente les résultats et l'analyse de l'étude. L'éclairage de la psychodynamique du travail utilisée comme approche d'analyse du travail des infirmières de CLSC permet une lecture dynamique et adaptée aux organisations où elles pratiquent. En effet, la compréhension des liens existant entre l'organisation du travail et la santé mentale des infirmières a servi de base à la recherche qui a pu vérifier le pouvoir déstabilisant de certaines situations sur leur équilibre psychique. Toutefois, l'investigation des situations démontre aussi que certains facteurs organisationnels du travail dans les CLSC concernés jouent en faveur de la stabilité psychique, de l'équilibre mental et de la santé psychique et somatique de ces infirmières.

Ce chapitre comprend la description des infirmières participantes à l'étude, leur perception globale des changements organisationnels, les conditions de réalisation de la transition organisationnelle et l'influence de la transition organisationnelle sur ces infirmières.

1. DESCRIPTION DES INFIRMIÈRES PARTICIPANT À L'ÉTUDE

Au total pour les deux CLSC, treize infirmières ont participé à l'étude, dont six dans le premier groupe et sept dans le second. Elles ont, pour la plupart, une bonne expérience de la vie comme de la profession d'infirmière. Toutefois, bien que pour chacun des CLSC le profil des infirmières participantes soit à peu près semblable, le contexte culturel et organisationnel des CLSC où elles exercent leur profession est différent et donne une perspective particulière à leur expérience et à leur vécu au travail. Selon Schumacher et Meleis (1994), les transitions personnelles vécues par les acteurs impliqués dans une organisation en transition sont modelées par les réalités propres à ce milieu.

Sur le plan personnel, les données sociodémographiques révèlent que neuf infirmières participantes ont plus de 40 ans; quatre participantes seulement ont un âge inférieur. Par ailleurs, une des infirmières dans le premier CLSC a 39 ans et une autre dans le second a 38

ans; elles se rapprochent donc de la quarantaine; deux seulement se démarquent des autres en terme d'âge dont une par CLSC : l'une a 28 ans et l'autre, 26 ans. Parmi elles, sept sont mariées, trois ont un conjoint de fait et deux sont célibataires. Dans le premier CLSC, seulement une d'entre elles a des enfants et ils sont maintenant adultes. Une autre était enceinte au moment de l'étude. Dans le second, plusieurs d'entre elles ont des enfants à charge âgés d'un à trois ans.

Sur le plan professionnel, bien que la formation de ces infirmières varie d'une à l'autre, toutes ont au moins suivi des cours de niveau universitaire. Huit d'entre elles détiennent un baccalauréat en soins infirmiers et l'une d'elles détient en plus une maîtrise en administration publique tandis que les autres ont au moins un certificat soit en santé communautaire, en milieu clinique, en gérontologie, en santé mentale ou autres disciplines. Une seule infirmière dans les deux CLSC a moins d'expérience à titre d'infirmière (1 an et demi) et se distingue des autres par ses expériences professionnelles et sa préparation académique. Elle ne détient pas de poste permanent et vient de commencer des études au niveau du baccalauréat. À l'exception de celle-ci et d'une autre dans le premier CLSC qui a 8 ans et demi de pratique professionnelle, le nombre d'années d'expérience se situe entre 18 et 27 ans dans des milieux variés comme en centres hospitaliers, en centres de soins prolongés, en milieux éloignés, en santé mentale, dans une agence de soins infirmiers ou dans d'autres CLSC.

Globalement, leurs expériences en CLSC sont diversifiées et se situent dans les services suivants : accueil centralisé, maintien à domicile, enfance/famille, jeunesse, services courants et santé et sécurité du travail. Leurs expériences dans les programmes sont assez semblables dans les deux CLSC. Dans le premier, deux sont sur la liste de disponibilité et travaillent soit en services courants, en enfance/famille, en maintien à domicile ou en santé et sécurité du travail. Parmi les infirmières détenant un poste permanent, une travaille à l'accueil centralisé, trois en maintien à domicile dont une occupe un poste de chef de groupe en aide à domicile et une autre, de chef de groupe en soins infirmiers. Dans le second CLSC, deux sont sur la liste de

disponibilité et l'une d'elles a couvert l'ensemble des programmes du CLSC. Celles qui détiennent un poste ont travaillé dans plus de deux services. Au moment de l'étude, elles travaillent en services courants, en enfance/famille ou en maintien à domicile. Finalement, dans les deux CLSC, des infirmières participent ou ont participé activement aux activités du comité exécutif de leur CII.

2. PERCEPTION GLOBALE DES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS

L'analyse des données démontre qu'il existe une certaine homogénéité entre les perceptions de ces infirmières des changements organisationnels survenus en CLSC ces dernières années. Les infirmières des deux CLSC constatent qu'il ne s'agit pas de simples changements. La réforme de la santé et des services sociaux a transformé leur CLSC et leur vécu au travail à plusieurs égards; les infirmières du second CLSC qualifient elles-mêmes l'ensemble des changements de leur CLSC de bouleversement à cause de leur ampleur.

2.1 Direction des changements : étapes et processus psychologique

À la lumière du cadre théorique de Schumacher et Meleis (1994), l'expérience et le vécu des infirmières participantes révèlent qu'il existe bien une direction dans les changements qui prennent place dans leur CLSC comportant des étapes et impliquant un cheminement psychologique de la part des intervenantes.

De multiples événements se sont produits en CLSC depuis le début des années 1990, comme le transfert de personnels provenant des CSS, le regroupement d'établissements sur un même territoire ou la modification des conseils d'administration des CLSC. Au cours de 1995, deux événements furent particulièrement significatifs et constituèrent une étape déterminante. Ce sont le transfert vers les CLSC des services d'Info-santé et le virage ambulatoire. C'est davantage à partir de ce moment que les infirmières participantes réalisent ce que la réforme de la santé leur fait vivre à travers les différents changements dans leur organisation. Avant

l'implantation du virage ambulatoire, il apparaissait à ces infirmières que les changements survenaient plutôt par étapes et graduellement. Elles avaient donc le temps d'appivoiser les nouvelles réalités organisationnelles. Au début du processus de transition, elles avaient le temps de recevoir une préparation suffisante pour composer efficacement avec les nouvelles réalités de tous ordres, tant cliniques, professionnelles, relationnelles qu'organisationnelles. Aujourd'hui, elles constatent que les changements sont majeurs et permanents.

Sous l'influence de ces changements, les infirmières participantes des deux CLSC disent avoir traversé différentes phases psychologiques au cours de ces dernières années allant de la simple perte d'énergie en passant par l'insécurité, la peur, la colère, des frustrations, au regain d'énergie et à l'espoir d'influencer les changements et d'améliorer leur situation. Ces diverses réactions émotionnelles vécues par les infirmières recourent les réactions décrites lors de changements organisationnels intenses par différents auteurs comme Perlman et Takacs (1990), Schoolfield et Orduña (1994) et autres et rejoignent le point de vue de Schumacher et Meleis (1994), de Bridges (1991) et autres auteurs, à l'effet qu'une transition entraîne inévitablement un processus psychologique d'adaptation.

Dans les deux CLSC, les infirmières parlent d'étapes ou de phases importantes qu'elles ont dû franchir pour s'adapter aux divers changements comme par exemple l'ajout de clientèles à risques. Des programmes ont été touchés plus que d'autres par ces changements. En effet, bien que de nouvelles clientèles davantage ciblées en fonction des risques s'intégraient lentement aux différents programmes du CLSC, l'arrivée des clientèles à risques dans pratiquement tous les programmes a généré un surcroît de travail et nécessita une adaptation de la part des infirmières de ces services.

2.2 Nature et intensité des changements

La nature et l'intensité des changements les amènent à vivre une transition situationnelle. Dans les deux CLSC, les infirmières observent que la nature, l'intensité et la rapidité des changements, provoqués plus particulièrement par le virage ambulatoire et la situation financière en décroissance dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, leur font vivre un stress accru et beaucoup de tensions personnelles entraînant des modifications au niveau de l'identité, des rôles, des relations, des capacités et des modes de comportements des infirmières impliquées.

Elles maintiennent que le niveau actuel d'occupation des infirmières est plus élevé et que le type de clientèle à desservir a beaucoup changé. Auparavant, les services s'adressaient à des clientèles à la fois différentes et plus restreintes; par exemple, les infirmières du premier CLSC observent qu'en maintien à domicile, la clientèle était davantage féminine et âgée. Selon ces infirmières, la clientèle est actuellement plus variée, demande une intensité de soins accrus et est plus représentative de la population dans son ensemble. Elles sont d'avis qu'avant la réforme du début des années 90, elles ne rejoignaient pas l'ensemble de la population et que, bien souvent, elles ne rejoignaient pas non plus la clientèle à risques élevés. Bien qu'elles soient en accord avec l'importance de rejoindre ces clientèles, elles admettent que les nouvelles réalités qu'elles suscitent leur font vivre une pression supplémentaire dans leur travail.

De façon générale, la clientèle s'alourdit et la charge de travail augmente pour les infirmières. C'est encore plus évident pour elles depuis ces deux dernières années. Les clientèles souffrent de plus en plus de problèmes multiples de santé. Elles sont de plus en plus référées par les hôpitaux en provenance des services d'urgence, des services de chirurgie d'un jour ou d'autres services de courte durée faisant en sorte que les soins curatifs doivent être priorisés aux dépens de la prévention. Dans le second CLSC, des infirmières notent que dans certains programmes comme en enfance/famille et en scolaire, la clientèle dite normale est de

plus en plus délaissée aux dépens de nouvelles clientèles ayant des problèmes majeurs. Il est devenu nécessaire, quels que soient les programmes, de prioriser la clientèle à risques élevés.

Dans les deux CLSC, les infirmières affirment que la pression vient non seulement du nombre de dossiers à gérer et du nombre de visites à faire quotidiennement, mais aussi de l'intensité des soins, de la lourdeur des situations et de la rapidité avec laquelle il faut intervenir. Elles constatent que maintenant les mandats donnés aux infirmières sont de plus en plus nombreux et les délais pour les réaliser, de plus en plus courts. Elles ont des responsabilités accrues et des fonctions davantage diversifiées. Dans la plupart des secteurs d'activités, elles ont vécu des élargissements de la plage horaire suscitant des changements dans leur horaire de travail. Ces nouvelles réalités requièrent de nouveaux comportements et de nouveaux apprentissages de la part des infirmières.

La perception globale qu'ont les infirmières des changements multiples qui font aujourd'hui leur quotidien tant de leur vie professionnelle que de leur vie privée amène la chercheuse à interpréter les données recueillies en utilisant les concepts que des auteurs comme Schumacher et Meleis (1994) désignent sous l'appellation de transition organisationnelle.

3. CONDITIONS DE RÉALISATION DE LA TRANSITION ORGANISATIONNELLE

En conformité avec le cadre théorique de la transition en soins infirmiers (Schumacher et Meleis, 1994), certaines conditions comme les significations des changements pour les individus impliqués, leurs attentes, leur niveau de connaissances et d'habiletés au moment des changements favorisent ou défavorisent la réalisation d'une transition. La méthode d'analyse en psychodynamique du travail a permis de mettre au jour certains éléments rendant ces conditions favorables et moins favorables à la réalisation de la transition organisationnelle. Ces éléments ont été regroupés en fonction de conditions inhérentes aux infirmières, de conditions reliées à l'organisation du travail des infirmières et de conditions environnementales.

3.1 Conditions inhérentes aux infirmières

Parmi les principales conditions plus personnelles et inhérentes aux infirmières participantes à l'étude on retrouve les significations qu'elles donnent aux changements et les attentes qu'elles attribuent aux différents acteurs impliqués.

3.1.1 Significations des changements

Même si les infirmières n'utilisent pas le terme de transition organisationnelle, les mots utilisés sont très forts et font référence à des concepts de mouvance et d'instabilité. On parle de bouleversements, de situations et d'états de crise, de rapidité dans les changements qui exigent une adaptation psychologique constante. En conformité avec les différenciations conceptuelles que donne Bridges (1991) et Schumacher et Meleis (1994) d'un changement organisationnel et d'une transition organisationnelle, l'ensemble des changements organisationnels mis en place depuis le début des années 1990 correspondent donc davantage à une transition organisationnelle qu'à de simples changements organisationnels survenant au hasard des besoins de l'organisation.

3.1.2 Attentes des acteurs impliqués

Dans les deux CLSC, les infirmières participantes maintiennent ne pas avoir d'attentes particulières envers les gestionnaires de leur CLSC parce qu'elles jugent que les nouvelles réalités ne semblent pas plus faciles pour les gestionnaires que pour les infirmières. Elles les voient débordés par les impacts que ces réalités ont sur l'organisation et par les compressions budgétaires à mettre en place. Elles constatent qu'ils semblent avoir bien d'autres priorités que le soutien à donner à leur personnel.

Les infirmières du premier CLSC éprouvent plutôt de la compassion à leur égard. Elles expliquent que le manque de soutien de l'organisation provient plutôt du fait qu'il existe peu de

personnel d'encadrement et qui, face aux délais imposés de l'extérieur pour la mise en place de plusieurs changements importants, ne semble pas disposer du temps nécessaire pour prendre des mesures concrètes de support comme cela se faisait antérieurement dans cette organisation. Ces infirmières éprouvent de la sollicitude envers les gestionnaires en général qui sont aux prises avec les compressions budgétaires et qui doivent continuellement implanter de nouveaux changements dans les organisations. Elles jugent que leur rôle n'est pas facile puisqu'ils sont les premiers responsables visés par les coupures et se voient bien souvent en position de se battre pour faire survivre leur établissement et conserver leur emploi. En somme, elles ont peu d'attentes envers les gestionnaires de leur organisation et sont plutôt indulgentes à leur égard.

Les infirmières du second CLSC pensent que les gestionnaires s'attendent à ce qu'elles continuent à faire ce qu'elles faisaient avant la période intensive de changements en cours. Elles croient qu'ils espèrent qu'elles intègrent les nouvelles réalités qui prennent place dans leur CLSC de la même façon et au même rythme qu'auparavant tout en réalisant en plus les nouvelles tâches et les nouveaux mandats. Les infirmières jugent ces attentes irréalistes. Suite à certaines décisions prises par le personnel d'encadrement, ces infirmières finissent par croire qu'elles vivent dans deux mondes séparés qui leur semble parfois irréconciliables. L'infirmière est sur le terrain directement en lien avec la clientèle tandis que les gestionnaires évoluent dans des préoccupations leur apparaissant plus théoriques, administratives et loin de leur réalité. Elles se sentent donc parfois incomprises et aimeraient être consultées davantage, ce qui serait ressenti comme une manifestation de reconnaissance de leur savoir-faire et de leur culture de métier. Nous y reviendrons plus loin. Elles déplorent que même le CECII ne soit pas vraiment mis à contribution lors d'orientations ou de prises de décisions impliquant l'organisation du travail des infirmières. Elles souhaiteraient que le personnel d'encadrement crée des opportunités pour qu'elles puissent faire valoir leurs opinions et que celles-ci soient prises en compte dans les décisions administratives. Elles aimeraient également recevoir plus d'encouragement de leur part et se voir reconnaître davantage de pouvoir et d'emprise dans

leurs propres fonctions, et ce, au maintien à domicile plus particulièrement. Ayant expérimenté qu'elles étaient mieux comprises et davantage considérées lorsque le personnel d'encadrement était de formation infirmière, elles pensent qu'étant en plus grand nombre que les autres catégories de professionnels dans leur CLSC, on devrait voir des infirmières à tous les niveaux hiérarchiques et décisionnels.

3.2 Conditions reliées à l'organisation du travail

Dans les deux CLSC, les infirmières font face à la modification de leurs fonctions, à de nouveaux mandats, à une polyvalence plus grande et à une diversité de nouveaux rôles à jouer. Aujourd'hui, non seulement elles doivent s'adapter à de nouvelles tâches et responsabilités mais encore, elles doivent faire autrement ce qu'elles faisaient auparavant. L'autonomie et la maîtrise des rôles caractérisaient déjà la pratique infirmière en CLSC; les nouvelles conditions et le nouveau contexte les forcent donc à devenir davantage polyvalentes, autonomes et maîtres de leur pratique professionnelle. Dans cette perspective, les infirmières considèrent que l'implantation du modèle McGill en soins infirmiers pourrait faciliter la maîtrise de leurs rôles et leur autonomie.

En effet, les infirmières des deux CLSC estiment que l'implantation du modèle McGill en soins infirmiers peut les soutenir pour les aider à s'adapter à la vision actuelle de la prestation des services et à corriger des comportements surprotecteurs à l'égard de la clientèle nuisant à son autonomie et à la prise en main de sa santé. Par conséquent, ce modèle théorique s'avère un outil important pour aider les infirmières à maîtriser leurs rôles et à devenir des professionnelles capables de répondre aux besoins actuels de la société.

3.2.1 Nouveaux mandats et nouveaux rôles

Essentiellement, ces changements originent des transferts de technologies d'un type d'établissement à un autre type : des centres hospitaliers aux CLSC. À titre d'exemples,

mentionnons l'administration d'antibiotiques intraveineux à domicile, l'alimentation parentérale et autres. Au maintien à domicile, on a ajouté de nouveaux mandats comme le guichet unique d'accès aux soins de longue durée nécessitant de nouvelles façons d'entrer en relation avec les usagers et les partenaires du réseau. Dans certains services, comme aux services courants sans rendez-vous, on renoue avec la relation personnalisée où on peut encore intervenir de façon préventive et individualisée auprès des usagers. Des infirmières en santé et sécurité du travail du premier CLSC craignaient de perdre le volet prévention et d'être éventuellement retirées de ce service; ces événements n'étant pas survenus, ces infirmières ont retrouvé confiance. Parce que les infirmières ont une approche globale, elles se voient encore davantage utilisées qu'auparavant comme la première ligne dans les services. Elles ont, par exemple, davantage d'usagers à voir sur une base quotidienne que les autres professionnels du CLSC. Concrètement, cela veut dire pour celles-ci revoir des contenus de programmes, les adapter et revoir des méthodes de travail pour répondre aux clientèles diversifiées.

Les changements au niveau des clientèles contribuent également à complexifier leurs rôles. L'attitude de la population à l'égard des changements dans le réseau de la santé influence leur nouvelle réalité de travail. Par exemple, la clientèle demandant une plus grande intensité de soins a tendance à s'en remettre aux infirmières qui n'ont pas toujours la préparation suffisante pour faire face à des situations aussi complexes. Selon les infirmières du premier CLSC, elles passent maintenant davantage de temps à informer, à sécuriser les usagers et à négocier leurs interventions. Elles ont l'impression qu'auparavant elles pouvaient mettre des limites et se sentir confortables envers la clientèle et les partenaires du réseau et donner des soins et des services en fonction des ressources dont disposait leur CLSC. Actuellement, elles sentent qu'elles doivent répondre à toutes les demandes et chercher à toutes les satisfaire. Les infirmières du premier CLSC observent une augmentation des rapports à produire et une diminution de la valorisation par le travail. Selon celles-ci, l'organisation actuelle des services et l'approche clientèle commandent un changement d'attitudes. Par exemple, l'infirmière qui reçoit les demandes de services n'a plus de temps pour faire autre chose. Son travail consiste presque

exclusivement à recevoir les références des partenaires du réseau, principalement des centres hospitaliers avec lesquels il faut maintenant transiger ou négocier la continuité des services dans le respect des capacités du CLSC à répondre aux besoins des gens.

Les infirmières du maintien à domicile du second CLSC ont l'impression que les professionnels des autres disciplines exercent un pouvoir d'influence plus important que le leur sur les gestionnaires en place. Cette situation semble être une source de difficultés diverses et révèle tout au moins l'ambiguïté des rôles. On donne comme exemple la décision qui fut prise que désormais les infirmières devraient procéder, en plus de leurs tâches habituelles et sans ajuster leur réalité de travail, aux évaluations et aux demandes d'hébergements permanents antérieurement effectuées par les travailleuses sociales du service. Elles jugent que leur formation en soins infirmiers avec son approche globale peut faire en sorte qu'elles puissent être en mesure d'effectuer ce nouveau mandat en autant bien sûr qu'elles aient la formation et la préparation suffisantes. Toutefois, elles disent avoir reçu ce mandat sans formation ni préparation et surtout sans demander leur opinion ou sans prendre en compte la réalité de leur travail. Par ailleurs, il semble que l'opinion des autres professionnels de l'équipe ait prévalu laissant à ces infirmières un sentiment d'injustice, d'incompréhension et de mépris des réalités de leur travail.

Dans les deux CLSC, les infirmières participantes travaillant en enfance/famille ont fait remarquer d'autres types de changements de rôles, par exemple des programmes de prévention ont été remplacés par les vaccinations massives et par la nécessité de devoir s'occuper d'enfants avec problèmes à hauts risques. Avant cette période, les soins infirmiers en CLSC se différenciaient nettement des soins infirmiers en centres hospitaliers par leur approche préventive. Dans d'autres services comme en maintien à domicile et dans les services courants, la mise en place du virage ambulatoire fait en sorte que le volet préventif a tendance à diminuer. Les services sont maintenant davantage axés sur le curatif. Toutefois dans le second CLSC, elles considèrent que, si elles font moins d'enseignement, elles font encore de la prévention

mais de façon différente auprès d'autres types de clientèles. Cette modification des tâches est alors perçue et vécue positivement comme un enrichissement de tâches.

3.2.2 Polyvalence des infirmières

Les infirmières participantes des deux CLSC se perçoivent comme étant polyvalentes. Les infirmières du premier CLSC maintiennent qu'avant les changements dus au virage ambulatoire, l'esprit d'entraide et la polyvalence dans les tâches étaient facilités par la taille modeste du CLSC et que cela était une caractéristique de leur travail. Pour leur part dans le second CLSC, les infirmières disent qu'elles ont toujours été plus ou moins polyvalentes. Toutefois dans les deux CLSC, elles constatent qu'aujourd'hui, bon gré mal gré, elles sont polyvalentes et elles doivent l'être ou le devenir encore davantage.

Par exemple dans le second CLSC, lors de congés spéciaux ou pendant les périodes de vacances, les infirmières d'un secteur particulier comme en enfance/famille ou en scolaire se voient refuser des congés sans solde à cause des nouvelles règles en vigueur. Elles peuvent être déplacées dans un autre secteur comme le maintien à domicile ou les services courants pour effectuer des remplacements ou combler des surcroîts de travail.

Bien qu'elles jugent l'expérience intéressante et que certaines qualifient l'expérience de positive, il semble que plusieurs infirmières vivent un stress très important et que cette expérience requiert beaucoup d'énergie de leur part. Elles connaissent l'insécurité, la peur et certaines en ont même éprouvé de la difficulté à dormir. Malgré qu'elles aient reçu une brève mise à jour des principales techniques couramment utilisées, elles se voient obligées de donner des soins ou d'effectuer des interventions qu'elles connaissent peu ou qu'elles n'ont pas faites depuis de nombreuses années. Elles considèrent que ces mesures sont d'autant plus stressantes que ces remplacements se font de façon épisodique et sur des périodes très courtes ne leur laissant que peu de temps pour s'acclimater ou développer une expertise suffisante.

Toutefois, il semble que pendant ce temps les infirmières régulières écopent d'un fardeau de travail plus grand parce que les tâches plus faciles sont données aux remplaçantes venant des autres services. Par la force des événements, elles sont devenues plus polyvalentes, plus performantes et ont dû continuellement adapter leur pratique aux nouvelles réalités. Les contraintes et mêmes les embûches sont multiples et souvent imprévisibles. En conséquence dans ce CLSC, les infirmières participantes jugent que ce qui les caractérise le plus dans leurs nouveaux rôles est la débrouillardise.

3.2.3 Autonomie et maîtrise de rôles

Dans cette étude, la maîtrise de rôles correspond à l'impression de compétence et de confiance en soi qu'ont les infirmières en regard des connaissances, des habiletés cognitives, de la prise de décision et des habiletés psychomotrices. Le sentiment de maîtriser leurs différents rôles est vécu de façons différentes par les infirmières participantes selon les CLSC et les services du CLSC dans lesquels elles pratiquent. Les infirmières associent l'autonomie à la maîtrise de leurs rôles; l'autonomie dans leur pratique semble au cœur même de la maîtrise de leurs rôles. Elles jugent que l'autonomie dans leur travail favorise leur adaptation, constitue un moyen de réconfort et représente une force qui leur donne le sentiment d'avoir du contrôle sur les soins qu'elles dispensent.

Par ailleurs l'autonomie dont jouissent ces infirmières ne garantit pas à elle seule la maîtrise de leurs rôles; d'autres éléments entrent en jeu. Leurs comportements et la confiance en soi pour rencontrer les nouvelles exigences et remplir leurs nouveaux rôles semblent varier en fonction d'éléments comme la stabilité des infirmières dans leurs postes, la continuité dans les soins, leur statut professionnel et la formation suffisante. À titre d'exemple, les infirmières participantes du premier CLSC qui y pratiquent depuis un certain temps considèrent n'avoir pas besoin d'encadrement pour rencontrer les nouvelles exigences du travail. Elles suggèrent que

l'autonomie professionnelle et la connaissance du travail font en sorte que les infirmières d'expérience arrivent à faire leur travail même dans un contexte de changements importants.

Stabilité des infirmières et continuité dans les soins

L'autonomie des infirmières est affectée d'une certaine façon par l'instabilité du personnel infirmier et le manque de continuité dans les soins. Depuis ces dernières années, les infirmières participantes des deux CLSC ont noté de l'instabilité occasionnée par de l'absentéisme, des statuts précaires d'emploi et du roulement de personnel obligeant les responsables du CLSC à avoir souvent recours à du personnel d'agences. L'instabilité et le manque de continuité dans les soins semblent aussi s'expliquer par de nouvelles mesures administratives.

Dans le premier CLSC, les infirmières remarquent que, malgré qu'il y ait maintenant un plus grand nombre d'infirmières dans leur CLSC pour desservir la clientèle, l'instabilité des ressources entrave la continuité des soins infirmiers. Ce phénomène ainsi que la rotation des infirmières dans les différents services de leur CLSC ne semblent pas faciliter la relation des infirmières entre elles et entre les infirmières et les autres professionnels. Auparavant, les usagers pouvaient avoir la même infirmière qui s'occupait d'eux presque constamment, à l'exception des fins de semaine. Actuellement, les usagers changent d'infirmière autant sur semaine que la fin de semaine. Ces infirmières croient que ce phénomène contribue à créer un manque de continuité et de stabilité dans les soins et affecte par le fait même le niveau de confiance de la clientèle.

Les infirmières des deux CLSC constatent que, dans l'ensemble, la relation des infirmières entre elles est plutôt bonne. Toutefois, à cause du roulement parmi les infirmières et l'instabilité du personnel dans les services, elles ont l'impression de toujours investir dans de nouvelles relations; en conséquence, les infirmières du premier CLSC disent vivre bien souvent de la déception. À chaque fois que de nouvelles infirmières arrivent, elles tentent de faciliter leur

intégration dans l'équipe; elles y consacrent d'ailleurs temps et énergie tout en espérant un peu plus de stabilité. Puisqu'elles n'ont pas de postes permanents, ces infirmières finissent bien souvent par quitter pour une affectation plus avantageuse. Cette situation existe également dans le second CLSC. Des infirmières transférées sont reparties, d'autres sont demeurées; on a dû faire appel à du personnel d'agences pour répondre aux besoins des usagers. Aucun service n'a été épargné.

Dans les deux CLSC, les services de maintien à domicile semblent particulièrement affectés par l'instabilité des ressources en soins infirmiers. Selon les infirmières du premier CLSC, les infirmières de la liste de rappel travaillant en maintien à domicile sont plus souvent exposées que les autres infirmières aux sentiments d'incompétence. Leur statut de remplaçantes fait en sorte que bien souvent elles ont peu de temps à consacrer aux besoins observés comme le support ou la réassurance des usagers. De plus, ces infirmières observent que les méthodes de soins utilisées varient d'une infirmière à l'autre suscitant un manque de confiance ou de crédibilité. Elles disent être parfois confrontées à la déception des usagers tout simplement parce qu'elles ne sont pas leur infirmière habituelle. Ce phénomène fut également soulevé par les infirmières du maintien à domicile du second CLSC: selon elles, il faudrait créer de nouveaux outils et développer de nouvelles approches de travail pour composer avec les problèmes liés au manque de continuité dans les soins. Elles déplorent particulièrement le manque de temps pour procéder à la création d'outils devenus essentiels. Le manque de stabilité auprès des mêmes usagers fait en sorte qu'elles perçoivent de plus en plus que leur travail est axé presque exclusivement sur des soins curatifs.

Les nouvelles règles du jeu à l'égard de l'affichage de postes et les modifications de plages horaires préoccupent les infirmières participantes des deux CLSC et génèrent de l'incertitude. Elles pensent que les nouvelles règles du jeu à l'égard de l'affichage de postes les touchent davantage que les autres professionnels à cause de la nature de leur travail. Par ailleurs, des infirmières au statut précaire travaillant sur la liste de rappel se sont senties quelque peu

rassurées : bien qu'aucune ouverture de postes n'ait eut lieu depuis le début des années 1995, elles ont réalisé qu'il y avait malgré tout beaucoup de travail pour elles leur apportant tout au moins la sécurité financière.

D'autre part, les modifications des plages horaires provoquent de la déception. Dans le premier CLSC, les infirmières perçoivent les modifications des plages horaires comme une détérioration de leurs conditions de travail leur donnant l'impression d'un retour en arrière. Elles pensaient en avoir fini avec la rotation et aspiraient, avec le temps, à plus de stabilité dans leur carrière.

Niveau de connaissances, d'habiletés et besoins de formation

La formation et la préparation suffisante des infirmières jouent en faveur de l'autonomie des infirmières et de la maîtrise de leurs rôles. Les données recueillies vont dans ce sens et renforcent l'opinion de Mackenzie (1993) qui souligne l'importance du soutien continu par de la formation lors de changements organisationnels importants.

Toutes ces infirmières et particulièrement les infirmières travaillant en maintien à domicile témoignent parfois d'une certaine insécurité ou même de mécontentement parce qu'elles n'ont pas eu la formation nécessaire à la maîtrise de leurs nouveaux rôles ou que celle-ci leur fut donnée que trop peu et trop tard. Elles constatent que les services à donner précèdent régulièrement la formation. Lorsque la formation est disponible, les nouvelles clientèles et leurs situations particulières sont déjà une réalité quotidienne de leur travail. La plupart du temps ce sont les infirmières sur le terrain qui doivent trouver ou inventer rapidement des façons de faire. Elles déplorent l'absence ou la rareté de protocoles d'entente et de méthodes adaptées aux soins plus spécialisés.

Les infirmières du second CLSC réalisent que, lorsqu'on œuvre dans un milieu en mouvance, il est presque normal de ne pouvoir tout prévoir. Elles trouvent légitime d'insister

pour obtenir les formations nécessaires avant d'accepter de nouveaux mandats ou de demander une plus grande stabilité dans l'attribution des responsabilités. Les situations nouvelles exigent qu'elles se mettent continuellement à jour; par exemple, elles lisent beaucoup plus qu'auparavant sur des sujets reliés aux soins infirmiers. Parmi ces infirmières, celles qui ont participé à l'intégration des premières clientèles à risques élevés dans les programmes enfance/famille au début des années 1990, jugent que bien que les démarches entourant ces changements particuliers n'aient pas été faciles, elles ont développé des mécanismes appropriés pour y faire face retrouvant ainsi leur stabilité après quelque temps. Au-delà de la formation et de la préparation leur permettant d'affronter ces changements, l'implication des infirmières dans la réorganisation de leur travail apparaît avoir été un facteur qui a grandement contribué à leur adaptation aux changements. On rapporte que, bénéficiant de l'autonomie suffisante et du soutien du personnel d'encadrement, l'équipe réorganisa le travail de manière à pouvoir identifier les clientèles à risques et cela facilita leurs tâches.

3.3 Conditions environnementales

Les conditions de réalisation de la transition organisationnelle semblent varier également en fonction d'éléments contextuels de l'environnement tant internes qu'externes aux CLSC. Pour les infirmières participantes, ces changements étaient non désirés, non voulus et ils leur ont été imposés de l'extérieur. Dans le premier CLSC, ces infirmières reconnaissent qu'autant elles que la direction des CLSC n'ont que très peu de pouvoir sur les changements occasionnés par la transformation du réseau. Selon elles, les CLSC ont l'obligation de les implanter et de le faire dans les délais prévus avec les ressources dont ils disposent. Elles estiment que la Régie régionale et le MSSS sont les instances responsables des transformations en cours. Dans ce contexte, ces décideurs externes apparaissent aux infirmières comme des superstructures qui imposent des mesures sans toujours connaître les réalités concrètes de la prestation des services.

3.3.1 Changements dans les structures et les dynamiques

Les changements sont nombreux, souvent importants et intenses. Ils ont affecté la structure, les fonctions et les dynamiques des établissements et, selon toute vraisemblance, ils sont irréversibles.

Dans le premier CLSC, les principaux changements sont la création d'un centre de jour, l'implantation d'une maison des naissances, la mise en place du service d'Info-santé, l'ajout de nouvelles clientèles et le déménagement dans un nouvel édifice. Ces changements contribuèrent à l'accroissement de la taille de leur CLSC et ont eu des répercussions significatives sur leur vécu. Cet accroissement fut réalisé principalement avec du personnel provenant d'établissements qui ont dû fermer ou modifier leur mission. Le personnel transféré arrivait bien souvent à leur CLSC touché émotionnellement, frustré ou mécontent. C'est ainsi par exemple qu'avec l'ajout de ces ressources, le personnel du maintien à domicile est passé de trente à quarante-cinq employés. Au moment de l'étude, le deuxième CLSC est aussi en chantier car il doit s'agrandir pour répondre aux besoins de ses différents services.

La réforme de la santé ainsi que la situation difficile des finances du Québec amènent les établissements à se transformer. D'une part, on constate des fermetures d'établissements et on entend parler régulièrement de coupures dans les budgets et les services tandis que d'autre part, certains services sont en pleine expansion à cause de transferts de personnels et de budgets.

3.3.2 Rôles du personnel d'encadrement

La stabilité du personnel de direction et d'encadrement supérieur apparaît comme un facteur rassurant pour l'ensemble des infirmières participantes à l'étude. Le climat organisationnel résultant des différentes dynamiques d'une organisation s'est révélé un facteur qui influence le vécu et l'expérience des infirmières participantes à l'étude des deux CLSC.

Dans le premier CLSC malgré de nombreux changements, les infirmières vont même jusqu'à qualifier de familial le climat qui régnait au cours des dernières années. Elles maintiennent que des éléments comme la stabilité du personnel d'encadrement supérieur et intermédiaire, le fait qu'elles étaient majoritairement femmes et infirmières, la taille du CLSC et le manque chronique de ressources ont fait en sorte de développer un esprit de solidarité et d'équipe à tous les niveaux hiérarchiques et cet esprit persiste encore au moment de cette étude. Malgré le nombre et l'importance des changements, il semble que la direction et le personnel d'encadrement de l'époque aient constamment informé ou associé le personnel aux changements à implanter. Les infirmières participantes perçoivent leur CLSC comme une force qui s'avère être également un soutien. La personnalité du CLSC, l'esprit d'équipe, le climat familial qui y règne avec ses avantages et ses inconvénients, l'histoire antérieure vécue dans une situation de rareté de ressources ont fait en sorte de créer un environnement de solidarité, de force et de respect mutuel. Par ailleurs, un certain climat d'insécurité est perceptible dans les propos de ces infirmières. Ce climat, selon les infirmières, semble causé par une instabilité du personnel cadre de cet établissement qui était en réorganisation structurelle.

Dans le second CLSC, certains éléments comme la stabilité et le dynamisme reconnu des cadres supérieurs influencent particulièrement la manière dont les infirmières vivent ces changements. Bien que ce CLSC ait connu un certain roulement parmi leurs gestionnaires de niveau intermédiaire, ces infirmières accordent de la crédibilité à la direction de leur CLSC et au personnel d'encadrement. L'administration est perçue comme étant solide, capable de trouver des réponses aux difficultés qui se présentent. Elle est vue comme visionnaire, créative et innovatrice favorisant l'avancement et la reconnaissance du CLSC. Selon ces infirmières, le processus d'agrément qui a pris fin peu de temps avant cette étude confirme la qualité et la pertinence des services offerts à la population du territoire et crée un sentiment de fierté et d'appartenance. Ces infirmières ressentent de la fierté lorsqu'elles ont des échos positifs de la qualité des soins et des services de leur CLSC. Elles éprouvent de l'admiration et du respect pour le dynamisme et la créativité dont la direction et le personnel d'encadrement font preuve.

Elles apprécient les gestionnaires en autorité et respectent l'ampleur du travail accompli. Les infirmières constatent toutefois que les gestionnaires participent à de nombreuses réunions à l'extérieur et il semble que les informations qu'elles reçoivent et l'impact de ces informations sur les grandes orientations des différents services ne soient pas assez partagées avec les infirmières et qu'elles sont peu impliquées dans les décisions.

Un autre élément positif est apporté: il s'agit du rôle d'un cadre supérieur assumant les fonctions de RSI. Elles considèrent que sa position au sein de l'organisation peut fournir aux infirmières un moyen d'influence auprès de la direction et du personnel d'encadrement. Dans les deux CLSC, le CECII est apparu comme un lieu d'échanges et de rencontres où non seulement elles peuvent apporter des problèmes en toute confiance mais aussi s'entraider pour trouver des solutions.

3.3.3 Rôles des planificateurs des changements

Les infirmières du second CLSC partagent l'avis des infirmières du premier CLSC concernant le manque de planification dans la mise en place du virage ambulatoire. Dans les deux CLSC, elles imputent ce manque de planification qu'elles qualifient d'improvisation, aux instances gouvernementales et aux Régies régionales plutôt qu'aux administrateurs des CLSC. Elles croient que la rapidité avec laquelle le virage ambulatoire a été mis en place est plutôt due à des changements dans le tissu social comme le vieillissement de la population, l'émergence de nouvelles pathologies comme le sida et les difficultés financières du Québec. Toutefois, elles soutiennent que les instances politiques ont créé des attentes dans la population qui leur semblent impossibles à satisfaire. Elles sont d'avis que la campagne publicitaire sans précédent qu'ont connue les CLSC suite à la décentralisation d'Info-santé dans les CLSC a contribué à cette situation. Cette campagne vantait des services de CLSC qui bien souvent n'étaient pas encore en place.

Les infirmières participantes du premier CLSC comme leurs collègues du second CLSC notent qu'avant la publicité organisée et orchestrée par les décideurs des hautes instances, les services du CLSC étaient méconnus ou mal connus de la population en général et de la plupart des partenaires du réseau. Avant cette notoriété, les infirmières qui travaillaient déjà en CLSC se souviennent que les usagers qui découvraient les services du CLSC se montraient surpris et heureux des services; ils témoignaient davantage de gratitude envers les infirmières. Elles croient que les messages publicitaires ont contribué à élargir le fossé entre les CLSC et la population parce qu'ils lui ont fait miroiter de faux espoirs et ne représentaient pas la réalité de l'ensemble des CLSC. Ces messages véhiculaient notamment que les CLSC équivalaient à des hôpitaux à domicile et qu'ils étaient prêts à intervenir dans des urgences mineures. Dans la réalité, elles croient qu'encore à ce jour, peu de CLSC sont en mesure de donner totalement ces services. À leur connaissance, la situation varie énormément d'un CLSC à un autre et d'une région à une autre. Par conséquent, elles constatent que la population développe plus d'attentes envers leur CLSC et manifeste de l'insécurité, de la frustration et du mécontentement lorsqu'elle réalise que les services qu'elle pourra effectivement recevoir de la part de leur CLSC sont en-deçà de leurs attentes. Ces infirmières ont fini par croire que les instances responsables de la réforme et de ses changements connaissent sûrement peu les CLSC pour susciter de telles attentes.

Bien que ces infirmières perçoivent les infirmières de leur CLSC comme un groupe responsable et efficace, elles observent que, dans certaines circonstances, la rapidité et la manière dont certains changements sont mis en place influencent la qualité de leur pratique. Le niveau de planification dans certains programmes de leur CLSC comme le maintien à domicile semble être mis en cause : des infirmières de ce service provenant de milieux hospitaliers ont, semble-t-il, fini par croire que c'était une caractéristique du CLSC que d'apprendre sur le tas et d'improviser en fonction des situations de santé qui se présentent.

Les infirmières du premier CLSC estiment qu'elles ne pouvaient pas s'attendre à ce que des mesures spéciales de soutien soient mises en place dans leur organisation puisque les changements viennent d'ailleurs. Pour les infirmières d'hôpitaux transférées en CLSC, les décideurs responsables ne semblent pas s'être souciés de prendre les mesures nécessaires pour supporter les infirmières déracinées de leur milieu de travail. On a ainsi minimisé et même ignoré des impacts tant sociaux qu'organisationnels que devaient vivre ces infirmières.

3.3.4 Rôles des autres établissements du réseau

Les infirmières participantes attribuent les quelques améliorations constatées entre les partenaires du réseau, comme l'existence de quelques protocoles d'entente, davantage à certains établissements plutôt qu'à la Régie régionale qui ne semble pas, selon elles, avoir pris les moyens nécessaires pour faciliter les orientations proposées dans les cadres de référence. Elles croient que des protocoles d'entente devraient être développés en plus grand nombre de manière à favoriser une meilleure continuité de soins et de services et que la Régie régionale devrait avoir un leadership important dans ce domaine.

Les infirmières du premier CLSC font l'hypothèse que les hôpitaux qui n'ont pas été fermés sont trop occupés à se transformer pour répondre aux changements imposés par la réforme et à desservir un nombre accru d'usagers. Elles ont quelquefois l'impression que les hôpitaux cherchent à gagner du temps et à retarder l'admission d'usagers. Les infirmières participantes des deux CLSC pensent que la continuité des soins entre les centres hospitaliers et les CLSC serait moins problématique pour les infirmières des CLSC si la Régie régionale avait fait appliquer les principes véhiculés dans ses programmes cadres. Elles avaient compris et s'attendaient à ce que la Régie régionale organise la continuité des services inter établissements et standardise les modes de fonctionnement. Après plus de trois ans de virage ambulatoire, elles constatent qu'il y a peu de progrès réalisés. Les centres hospitaliers ont toujours des modes de fonctionnement différents entre eux, les équipements et les produits

utilisés ne sont toujours pas standardisés et les protocoles d'entente avec les CLSC, lorsqu'ils existent, sont différents d'un milieu à un autre. Certaines d'entre elles sont convaincues que ces situations, qu'elles attribuent à des jeux de pouvoirs entre établissements, contribuent à freiner et à rendre plus complexe le travail des infirmières en CLSC, entravent la continuité des soins et génèrent des coûts de système inacceptables. Elles y voient un manque de leadership de la part de la Régie régionale qui aurait dû, selon elles, donner des directives générales et fermes aux établissements.

Elles pensent également que les établissements du réseau n'étaient pas en mesure de faire face à des changements aussi importants et de façon aussi rapide. Par exemple, les infirmières du premier CLSC pointent la fermeture d'hôpitaux de Montréal réalisée dans des délais très courts. En conséquence, elles ont maintenant le sentiment que la population est désespérée, que les milieux hospitaliers ayant survécu sont débordés et que les CLSC ont peine à s'ajuster.

3.3.5 Réputation antérieure des CLSC

Les infirmières du premier CLSC jugent qu'un autre phénomène spécifique aux CLSC leur rend la vie parfois difficile. Il s'agit de la réputation que les CLSC traînent avec eux depuis leur création, il y a tout près de 25 ans. Ces établissements, mal connus de la population, peu ou pas reconnus et respectés par leurs principaux partenaires, les hôpitaux en général et les médecins en particulier, font en sorte que les infirmières doivent constamment se justifier, se défendre, voire même performer davantage pour tenter de donner une image positive de leur organisation. Ce phénomène semble influencer les stratégies des administrateurs de CLSC qui doivent toujours chercher à faire la promotion de leur propre organisation. Elles disent en éprouver une certaine lassitude parce qu'elles réalisent que ce phénomène leur fait vivre une pression supplémentaire dans leur travail.

3.3.6 Rôles des soutiens externes

Enfin dans les deux CLSC, les infirmières participantes affirment que le soutien de leur réseau familial les aide à vivre les nouvelles réalités du travail. Il semble que l'amour et l'attachement de leurs proches, le fait d'être bien entourées par leur réseau naturel les aident à conserver leur équilibre et à passer à travers les difficultés du travail. Certaines d'entre elles tentent de se consacrer davantage aux personnes qui ont de l'importance dans leur vie et de se donner une meilleure qualité de vie personnelle en dehors du travail. Toutefois, elles maintiennent que ces types de soutien ne suffisent pas toujours pour s'accomplir totalement comme personnes, le travail demeurant toujours un moyen important.

4. INFLUENCE DE LA TRANSITION ORGANISATIONNELLE SUR LES INFIRMIÈRES

Les entrevues confirment que la transition organisationnelle des CLSC influence les infirmières au niveau de leur bien-être personnel et professionnel et de la satisfaction de leurs relations. Comme conséquence, elles développent alors ce que des auteurs en psychodynamique du travail appellent des stratégies défensives.

4.1 Influence sur leur bien-être personnel

Le bien-être personnel, dont la signification est basée sur le cadre théorique de la transition selon Schumacher et Meleis (1994), correspond à l'impression qu'ont les infirmières interrogées de composer efficacement avec les changements, de conserver un sens de la dignité, de l'intégrité personnelle et de la qualité de vie. L'enquête révèle que le début de la mise en place de la réforme au cours des années 1990 ne semble pas avoir trop affecté la qualité de vie des infirmières et qu'elles ont réussi à faire face avec succès aux changements qui prenaient place. Par ailleurs, depuis l'implantation du virage ambulatoire, elles considèrent qu'elles ont été particulièrement affectées et bousculées. L'accroissement du stress et les pressions diverses

sur leur bien-être émotionnel et physique, la modification des conditions de travail et de leurs rôles et les difficultés relationnelles ont largement contribué à ces perceptions.

4.1.1 Réactions émotionnelles et physiques

Dans les deux CLSC, les infirmières ressentent des effets similaires sur leur bien-être émotionnel et physique, allant d'une simple perte d'énergie à des problèmes de santé plus ou moins sévères, en passant par toute une gamme de sentiments comme la déception, l'incertitude, l'inquiétude, l'insécurité, la peur, ou des sentiments de perte ou d'injustice. Dans les deux CLSC, les participantes à l'étude ont observé que des infirmières de leur CLSC ont connu des problèmes de santé comme des ulcères d'estomac, des difficultés à dormir, de l'épuisement professionnel ou autres. Au moment de la rencontre de validation des données, deux infirmières, une par CLSC, n'ont pu participer parce qu'elles étaient hospitalisées pour des questions de santé. Toutefois, il pourrait s'agir d'un hasard mais l'absentéisme pour cause de maladie semble en augmentation constante selon ces infirmières. Des réactions émotionnelles et physiques de cette nature sont en conformité avec ce qui est rapporté par plusieurs auteurs comme Bridges (1991), Lewin (1947), Lima-Basto (1995), Mackenzie (1993), Perlman et Takacs (1990) et Triolo et al. (1995).

Les infirmières du premier CLSC décrivent leurs réactions émotionnelles avec davantage d'intensité que celles du second CLSC. Elles maintiennent que souvent elles n'ont plus ni le temps ni la possibilité de donner leur opinion, qu'elles sont devenues plus tendues et qu'elles doivent davantage faire appel à leur capacité d'adaptation. Leurs réactions sont également plus vives selon qu'elles ont été transférées d'un établissement ayant fermé ses portes ou bien qu'elles travaillent au CLSC par choix personnel.

En effet, les premières mentionnent avoir vécu des sentiments divers comme l'insécurité, le désespoir, l'amertume, l'insatisfaction, du mécontentement et de la peur en passant par des

sentiments de blâme, de rejet, de perte d'espoir, de perte d'identité et de dévalorisation laissant supposer qu'elles vivent un deuil profond. Ces sentiments sont ressentis de façon plus ou moins aiguë en fonction des expériences vécues dans leur ancien milieu de travail. Il apparaît que plus elles étaient heureuses et satisfaites de leur travail antérieurement, plus le sentiment de perte est grand. Ces infirmières considèrent avoir vécu un traumatisme psychologique qui semble avoir eu un impact sur leur identité personnelle. Rien n'était plus pareil pour elles: une nouvelle culture organisationnelle, une nouvelle façon de dispenser les soins, une clientèle différente à desservir, de nouveaux collègues de travail, des embûches nouvelles pour se rendre au travail, des façons nouvelles de s'habiller, de fonctionner en équipe et bien d'autres réalités à affronter.

Ces infirmières rapportent l'expérience de collègues qui, dans des situations similaires, ont subi de graves préjudices pour leur santé comme des problèmes d'origine cardiaque et des dépressions laissant supposer que ces types de problèmes auraient tout aussi bien pu leur arriver. Dans ce contexte, une infirmière transférée dit vivre une perte d'espoir et ne plus croire dans ses possibilités d'avancement; elle maintient qu'elle n'a plus de plan de carrière. Malgré qu'elle se sente peu valorisée par son travail actuel, elle préfère subir la situation plutôt que de s'imposer d'autres changements. Certaines conséquences sont vécues comme un coup dur pour les infirmières transférées; elles se voient contraintes d'accomplir des tâches et de jouer des rôles ni voulus ni souhaités auprès d'une clientèle souvent frustrée, mécontente ou insatisfaite. Toujours dans ce CLSC, même les infirmières ayant fait le choix d'y travailler sont aussi affectées sur les plans émotionnel et physique de sorte que nous pouvons dire que la façon dont l'ensemble des infirmières se sentent traitées dans les changements du virage ambulatoire laisse place à un sentiment général d'amertume.

Dans le second CLSC, l'influence des changements sur la dignité, l'intégrité personnelle et la qualité de vie des infirmières se manifeste différemment. Dans l'ensemble, elles semblent moins affectées personnellement par les changements, elles réagissent plus positivement et semblent davantage en mesure d'y faire face. Quel que soit le service dans lequel les infirmières

participantes à l'étude exercent, elles constatent qu'elles aussi, comme les infirmières du premier CLSC, sont constamment confrontées à de nouvelles situations: davantage de clients, des clientèles mal connues, peu de temps de formation et des collègues nouveaux. Il s'agit pour elles de phénomènes qui nécessitent beaucoup d'énergie de leur part contribuant d'une certaine façon à miner leur bien-être personnel.

Dans le second CLSC, les infirmières ont remarqué que les problèmes de santé et d'épuisement semblent avoir été vécus de façon plus importante par les infirmières responsables d'encadrer et de coordonner le travail clinique et par les infirmières du service de maintien à domicile. Elles attribuent ces problèmes à la lourdeur du travail et aux conditions difficiles de la pratique infirmière qui prévalent dans ce secteur comme le climat de travail, l'instabilité et le roulement des infirmières, le manque de continuité dans les soins et autres. Il semble que les infirmières de ce service aient vécu des sentiments d'injustice; elles se disent parfois peu respectées, connaissent de l'essoufflement et se sentent souvent jugées et exploitées. À titre d'exemple, elles constatent qu'il est plutôt rare que les infirmières de ce service prennent leurs pauses-santé tandis, qu'à l'inverse, les membres des autres disciplines les prennent systématiquement. Ce phénomène semble rarement considéré lorsqu'on compare la charge de travail entre les différents professionnels du service. Elles mentionnent un autre exemple d'injustice: compte tenu de l'ampleur de leurs tâches, elles se voient souvent contraintes de faire du temps supplémentaire et les conventions collectives stipulent que, parce qu'elles ont un statut de bachelière, elles n'ont pas le droit d'accumuler du temps supplémentaire. Par ailleurs, les autres professionnels détenant aussi un baccalauréat ont ce droit. Elles se sentent donc essouffées et incomprises. Elles attribuent ces sentiments à l'incompréhension des personnes en autorité et à celle des professionnels des autres disciplines qui sont peu familiers avec les soins infirmiers, à l'organisation du travail et aux responsabilités accrues en regard des clientèles. Elles croient que cette réalité peut créer des situations précaires, voire même dangereuses pour les usagers et pour elles-mêmes. Pour leur part, des infirmières de ce CLSC travaillant dans d'autres services comme en enfance/famille, en jeunesse ou en services

courants affirment que les changements ont moins de répercussions négatives sur leur bien-être personnel.

4.1.2 Sentiments de compétence et de confiance en soi

Actuellement dans les deux CLSC, les infirmières participantes s'accordent pour dire qu'elles vivent des difficultés d'adaptation et qu'elles ressentent régulièrement un sentiment d'incompétence et de doute face à leur performance et aux nouveaux rôles à assumer. La plupart des infirmières du premier CLSC, incluant celles transférées en CLSC, disent qu'elles ne se sentent ni prêtes ni préparées adéquatement à vivre les nouvelles réalités engendrées par le virage ambulatoire. Dans le second CLSC, à l'exception des infirmières du maintien à domicile, ce sentiment est vécu de façon moins importante. Toutefois, dans les deux CLSC, malgré ces considérations quelquefois négatives, elles maintiennent qu'elles-mêmes et leurs collègues infirmières ont conservé leur motivation au travail.

Les nouvelles conditions entourant leur pratique professionnelle comme la précarité et l'instabilité d'emploi des infirmières semblent jouer en défaveur de leur bien-être émotionnel et physique puisque celles qui ne détiennent pas de postes permanents disent ressentir plus d'insécurité et souffrir davantage de problèmes de santé que les infirmières ayant un statut permanent. De plus, les outils trop peu nombreux et les moyens souvent mal adaptés pour répondre aux nouveaux besoins de la clientèle post opérée et post hospitalisée sortant beaucoup plus tôt de l'hôpital, donnent parfois à ces infirmières l'impression de faire un travail avec une mission impossible à réaliser. Ces infirmières se disent davantage préoccupées par les soins techniques à donner et par la façon différente de les dispenser que par l'enseignement et les autres aspects préventifs dispensés habituellement en CLSC. Elles recherchent toutes sortes de moyens pour économiser du temps afin d'être en mesure de remplir les mandats actuels en ne laissant pas tomber ce qu'elles faisaient auparavant. Mentionnons également une source de difficultés qui est liée à l'alourdissement et à la complexité plus grande des tâches: c'est le

sentiment de n'avoir jamais terminé le travail et de savoir qu'il serait toujours possible de faire plus et mieux. Ainsi, elles finissent par douter de leur capacité à produire un travail adéquat et efficace et questionnent constamment leur compétence professionnelle.

Les infirmières du premier CLSC manifestent de l'inquiétude pour leur avenir immédiat et éprouvent même quelquefois de l'impuissance devant les changements continuels dans leur CLSC. Par ailleurs, toutes les infirmières participantes maintiennent qu'elles travaillent de plus en plus dans un climat d'inquiétude et d'instabilité leur donnant l'impression que le système de santé va exploser. Il semble que ces inquiétudes soient constamment alimentées par les médias d'information. Selon les infirmières du second CLSC, elles apprennent bien souvent des informations sur certains changements par des sources extérieures plutôt que par le personnel d'encadrement de leur CLSC. Dans ce contexte, elles se sentent bien souvent inconfortables face à la clientèle qui leur demande de l'information sur la situation ou l'évolution des changements dans leur propre CLSC. Le fait de ne pas recevoir l'information suffisante ou adéquate de la part du personnel d'encadrement accentue leur sentiment d'impuissance, met en évidence leur préparation insuffisante pour répondre à la clientèle et contribue aux sentiments d'incompétence qui alimente d'une certaine façon le manque de confiance en soi.

Dans le second CLSC, des infirmières éprouvent parfois la sensation d'avoir atteint un niveau de saturation face à certaines activités comme la vaccination par exemple pouvant même aller jusqu'à du désintérêt. Cependant, elles considèrent que cette activité est maintenant intégrée et elle leur procure au moins une occasion de répit dans leur travail. Elles expliquent leurs réactions concernant la vaccination par l'importance de la place qu'elle occupe actuellement dans leur pratique en comparaison avec la période précédant la réforme et par son aspect davantage technique et répétitif. Elles expliquent qu'auparavant cette activité était davantage un prétexte, une opportunité de dépistage et d'enseignement auprès des usagers et elle leur donnait l'occasion de faire de la prévention primaire. Malgré ces observations, elles

pensent qu'ils est encore possible d'avoir un impact sur la prévention primaire au cours d'une activité comme la vaccination des jeunes enfants, même si les opportunités sont réduites.

Des infirmières de ce CLSC avouent également avoir vécu de la déception face au changement de clientèle. Elles avaient peur de perdre une partie de leurs rôles, de voir leur image se modifier. Elles croyaient qu'il était possible que la partie préventive de leurs rôles soit donnée à d'autres groupes comme des interprètes, des travailleurs communautaires ou des infirmières auxiliaires. Elles craignaient d'être obligées de faire davantage de soins curatifs et de délaisser le dépistage et la prévention primaire. Ces peurs étaient générées par la crainte de l'échec et d'une perte possible d'une partie de leurs rôles. Elles disent cependant avoir réussi à apprivoiser ces clientèles. En se questionnant et en analysant la nature de leurs réactions, elles ont fini par réaliser qu'il était encore possible de faire de la prévention primaire et du dépistage et que, si finalement leurs tâches se sont modifiées, personne ne les a remplacées dans leurs anciens rôles.

Au début, ces infirmières trouvaient plus difficile et moins gratifiant de travailler avec la clientèle à hauts risques parce que ces clientèles présentent souvent des drames personnels avec leurs lots d'histoires pénibles à vivre et à entendre. Souvent ces personnes vivent avec des handicaps physiques et intellectuels sévères, des problèmes de santé mentale, des désordres de la personnalité et autres. La prostitution, l'isolement, la violence, la négligence, les abus ou autres difficultés personnelles, familiales ou sociales font maintenant partie du travail quotidien de ces infirmières. Elles avaient quelquefois l'impression que ces clientèles venaient d'une autre planète, maintenant elles croient avoir réussi à accepter ces personnes et à s'adapter aux types de services à donner.

4.1.3 Sublimation et opportunités de croissance

Toutes ces infirmières disent également rechercher une source de gratification à travers la relation infirmière/client. Molinier (1996) affirme que les connaissances cliniques sur les collectifs infirmiers suggèrent que le don de soi peut permettre aux infirmières d'accéder à la dynamique de la reconnaissance du travail accompli. Pour ces infirmières, le fait d'aider un usager à cheminer et le fait de le soutenir dans la décision favorisant son bien-être représentent des sources de plaisir. Cependant, elles réalisent qu'avec les clientèles à hauts risques elles n'atteignent pas toujours les résultats escomptés dans leurs interventions. Toutefois, elles ont expérimenté que des attitudes positives, comme l'ouverture d'esprit et la tolérance, leur permettent d'en arriver à percevoir leur travail positivement.

Une profession de relation d'aide

Les infirmières des deux CLSC voient la profession infirmière comme une profession de relation d'aide où les infirmières finissent par s'investir personnellement dans les problèmes vécus par la clientèle. Elles constatent que, dans notre culture, c'est féminin de se préoccuper des autres et de leur venir en aide. Être infirmière, c'est pour la société une vocation, un don de soi. En effet, Molinier (1994) affirme que pour l'opinion publique, l'image de l'infirmière dévouée demeure toujours opérante et c'est par le dévouement que les infirmières ont été longtemps reconnues. Par ailleurs, elle ajoute que cette reconnaissance est problématique parce que le dévouement n'est pas considéré comme une compétence professionnelle mais plutôt comme une aptitude naturelle, une aptitude féminine. D'autre part, les infirmières des deux CLSC sont d'avis que les valeurs acquises lors de la formation de base et le type de personnalité influent aussi sur les comportements des infirmières et sur la nature des relations qu'elles ont avec la clientèle.

Lorsqu'il est question du rôle spécifique de l'infirmière, on note une divergence d'opinion parmi les infirmières du premier CLSC. Certaines croient que leur rôle élargi leur permet d'accomplir des tâches connexes et diversifiées. Lorsqu'il s'agit d'assurer le bien-être d'un usager, elles sont même prêtes à aller jusqu'à laver le plancher pour lui éviter une chute. Des infirmières considèrent que les attitudes positives tant à l'égard de certaines tâches auprès de la clientèle qu'avec les autres professionnels, et principalement les médecins, contribuent à se faire respecter. D'autres croient à l'inverse que c'est justement cette notion élargie du rôle de l'infirmière qui complexifie leur travail et les amène quelquefois à se sentir dévalorisées et à être mal perçues des autres professionnels et des médecins. Elles croient toutefois que ces différents facteurs peuvent contribuer à les soutenir dans leur pratique face à des difficultés comme celles attribuées aux changements ou leur nuire le cas échéant.

Femmes et infirmières

Elles croient que c'est parce qu'elles sont d'abord en majorité des femmes et aussi parce que les infirmières ont peu l'habitude de se défendre socialement qu'elles se laissent imposer des changements sans réagir. Les infirmières participantes se réfèrent à l'ensemble des infirmières comme communauté d'appartenance et relie ainsi l'imaginaire féminin des infirmières à l'imaginaire social. Carpentier-Roy (1995), affirme que l'imaginaire social est une source possible d'aliénation puisqu'il apparaît comme un complément de l'ordre social à travers sa double fonction de création de l'histoire et d'occultation des rapports de force structurant cette histoire. Elle maintient que dans la relation qu'ont les infirmières au pouvoir et à l'autorité, les infirmières oscillent par conséquent entre la dénonciation du pouvoir des autres sur leurs actes et l'adaptation dans la pratique à ce même pouvoir, c'est-à-dire son acceptation.

Les infirmières de l'étude perçoivent les infirmières de façon générale comme des altruistes qui consacrent davantage leur temps et leur énergie à aider leur clientèle et à se préoccuper du bonheur de leur propre famille. Ces caractéristiques spécifiques aux infirmières, selon les

infirmières du premier CLSC, leur laissent peu de temps pour mener des combats. Cette perception qu'ont les infirmières participantes d'elles-mêmes correspond à celle décrite par Molinier (1994) qui maintient que les infirmières, de par la définition de leur rôle, prennent l'engagement tacite d'assurer une présence qualitative auprès des usagers et que la rétribution attendue par elles ne se limite pas à la reconnaissance de leur savoir-faire technique mais doit provenir également de la gratitude des usagers en retour de la qualité de leur présence.

Lorsqu'elles constatent les ratés inévitables dans le réseau de la santé elles ont donc tendance à prendre sur elles les blâmes entendus et à se les approprier. Elles pensent que les situations rapportées par les médias d'information sont des faits isolés qui traduisent mal la réalité du travail effectué par les professionnels de la santé en général. Elles déplorent aussi que certains téléromans donnent une fausse image du travail des infirmières. Elles constatent que beaucoup d'efforts et de bonne volonté sont consacrés dans les différents milieux de la santé et chez les professionnels, notamment chez les infirmières, pour s'ajuster aux transformations du système de santé. Par ailleurs, elles mentionnent qu'un sondage effectué dans leur territoire révèle que la population se dit satisfaite des services de leur CLSC. Elles manifestent de la fierté à le mentionner parce que c'est dans la relation avec les usagers qu'elles trouvent le plus de gratification.

Pour certaines de ces infirmières, les nouvelles réalités relationnelles avec les usagers et la communauté les placent quelquefois en contradiction avec leurs valeurs de compassion et d'altruisme inhérentes au travail de l'infirmière correspondant à leur modèle idéal des soins infirmiers ou à leur éthique professionnelle. Les infirmières participantes des deux CLSC considèrent que la relation avec la clientèle était plus facile avant les changements et représentait pour elles une source importante de gratification dans leur travail. Les usagers qui recevaient leurs services collaboraient plus facilement et leur manifestaient couramment de la reconnaissance. Tant dans le premier que dans le second CLSC, l'imaginaire social des infirmières semble favoriser chez elles des attitudes positives, créant une force personnelle.

Une vision de l'humain

La profession d'infirmière constitue pour les infirmières des deux CLSC un enrichissement personnel qui les soutient dans l'ensemble de leur vie. Être infirmière leur donne une vision plus élargie des réalités humaines et influence leur vie personnelle. Ainsi, elles considèrent que leur profession leur donne une vision du monde les préparant à mieux réagir dans certaines circonstances, peu importe le milieu ou les difficultés de leur vie personnelle, familiale ou professionnelle. À travers les collectifs étudiés, Carpentier-Roy (1995) affirme que ce qui garde les infirmières au travail, c'est cette plate-forme à partir de laquelle elles peuvent jouer la sublimation, c'est le lieu où elles rencontrent et rejoignent l'être humain malade. Selon cet auteur, les femmes savent très bien sublimer si elles sont dans des conditions de travail qui rendent possible l'exercice d'ouverture sur le plaisir. La sublimation est, comme l'a démontré Laplanche (1983) un processus psychique qui ouvre sur la possibilité de dériver le désir insatisfait au travail vers des projets socialement valorisés. Par conséquent, l'organisation du travail des CLSC participants semble procurer aux infirmières des conditions suffisantes comme l'autonomie dans leur pratique professionnelle pour favoriser le plaisir et la sublimation des infirmières interrogées.

Opportunités de croissance

Les infirmières des deux CLSC voient des possibilités pour les infirmières de se faire valoir davantage comme professionnelles.

Les infirmières du premier CLSC pensent que certains développements dans les services pourraient donner l'opportunité aux infirmières de jouer pleinement leurs rôles et de se faire reconnaître, notamment à cause de l'importance que devraient prendre les cliniques avec et sans rendez-vous dans les services courants. Parmi les infirmières du second CLSC, certaines vont même jusqu'à considérer que les nouveaux défis du travail et ses embûches peuvent

s'avérer une source de réconfort et de soutien leur permettant de se dépasser en leur procurant la possibilité de faire des apprentissages nouveaux. Pour celles-ci, le travail d'infirmière constitue une force en soi surtout en période de changements intenses. Les infirmières du second CLSC croient également que dans cette période de changements importants et continus, les infirmières devraient profiter de ces opportunités pour maintenir, renforcer, accroître et promouvoir dans toutes les circonstances, les comportements professionnels des infirmières.

La recherche confirme donc, à l'instar de Crowley (1995), Norman (1995), Brown (1994) et autres, que des changements peuvent être perçus comme une opportunité de croissance chez certaines infirmières.

4.2 Influence sur la satisfaction de leurs relations

Les infirmières participantes reconnaissent que les différents changements de ces dernières années ont eu des répercussions sur la reconnaissance sociale de la profession infirmière dans la population et dans leurs relations de travail tant au niveau vertical qu'horizontal. Les répercussions les plus évidentes sont celles survenues au niveau de la clientèle, du personnel d'encadrement, des autres professionnels du CLSC, des médecins et des principaux partenaires du réseau de la santé.

4.2.1 Reconnaissance sociale

Les nouvelles attitudes observées chez la clientèle comme l'agressivité, la frustration et le mécontentement laissent croire aux infirmières du premier CLSC que la population vit également une crise ou tout au moins une période d'adaptation. La population reçoit de plus en plus ses services à domicile aussi, elle semble éprouver de la difficulté à réaliser qu'elle ne peut plus recevoir les soins et les services requis de la même façon qu'antérieurement, aux mêmes endroits et aux mêmes moments. La population est désormais confrontée à de nouvelles façons de faire qui sont différentes autant pour les infirmières que pour elle.

Les infirmières du second CLSC partagent également cette opinion. Bien qu'elles croient que dans l'ensemble la population apprécie encore le travail des infirmières et qu'elle reconnaît que les infirmières travaillent très fort, elles réalisent qu'elles ont moins de reconnaissance de la part de la population en général. Maintenant, lorsqu'elles disent publiquement qu'elles sont infirmières, souvent elles se font attaquer et blâmer de tout ce qui se passe dans le réseau de la santé. Elles maintiennent qu'auparavant ces phénomènes étaient plutôt rares. Certaines d'entre elles disent en ressentir de la tristesse, de la déception et parfois même de la colère. Cette nouvelle réalité diminue leurs sources de valorisation personnelle et créent quelquefois un sentiment de honte et de désillusion. Malgré les nouvelles réalités relationnelles avec les usagers, les infirmières du second CLSC disent avoir développé un sentiment d'appartenance à leur ville ou à leur quartier même si elles doivent intervenir dans une société où les problématiques sont multiples et souvent très graves. Celles qui habitent le territoire éprouvent une gratification accrue lorsque des usagers les interpellent dans des endroits publics en dehors des heures régulières de travail pour leur signifier tout simplement qu'on les reconnaît.

Ces infirmières croient que leurs divergences étalées récemment sur la place publique au sujet de la formation des infirmières nuisent à la reconnaissance sociale des infirmières en affectant leur image dans la population. Elles jugent également que ces divisions alimentent un manque de crédibilité auprès des décideurs et leur nuisent politiquement. Elles pensent que l'OIIQ a perdu le pouvoir d'influencer la population, les décideurs et les infirmières elles-mêmes parce qu'il n'a pu les rallier et les représenter socialement comme une force positive et essentielle aux soins de santé. Elles voient également une contradiction dans les rôles et mandats de l'Ordre: d'une part il défend le public et d'autre part, il tente de promouvoir la profession infirmière. Selon elles, les éléments corporatifs devrait relever du syndicalisme et non d'un ordre professionnel. Elles pensent que ce dernier devrait se soucier exclusivement de la qualité de l'acte professionnel et de la notion de compétence pour assurer les meilleurs soins possibles à la population.

4.2.2 Reconnaissance et relations verticales

Les relations verticales sont celles que les employés d'une organisation entretiennent avec les gestionnaires. Les infirmières des deux CLSC espèrent et trouvent important qu'ils reconnaissent les réalités qu'elles vivent: souvent les infirmières sont seules devant un usager et ne peuvent compter que sur leurs propres ressources pour résoudre non seulement des problèmes d'ordre professionnel mais aussi, supporter et conseiller des usagers dans leurs problèmes humains. Cependant, comme elles ont développé une grande autonomie dans leur pratique, elles ne considèrent pas cette reconnaissance essentielle pour composer avec leurs réalités du travail. Les infirmières du second CLSC disent n'avoir jamais été évaluées par leur gestionnaire en autorité. Elles pensent que des évaluations professionnelles peuvent représenter une source de reconnaissance. Des évaluations pourraient donner des opportunités aux gestionnaires de souligner leurs points forts et leurs points à améliorer, de reconnaître le travail qu'elles font et de planifier des formations adéquates.

Dans ce CLSC, il semble également que des infirmières, en raison soit de leurs expériences personnelles et professionnelles ou de leur type de personnalité, aient des opinions partagées sur le type d'encadrement et de soutien de la part des personnes en autorité. Certaines d'entre elles perçoivent que les gestionnaires en place, qu'ils soient de formation infirmière ou autre, font des efforts pour prendre en considération les réalités de leur travail. Ils n'ont parfois tout simplement pas le choix de prendre certaines décisions même impopulaires concernant les infirmières ou le personnel en général. Alors elles comprennent, acceptent et se conforment aux décisions. Elles reconnaissent que les infirmières du maintien à domicile vivent des situations plus souvent difficiles que dans d'autres services. Par ailleurs, elles croient que le personnel d'encadrement en place fait ce qu'il est en son pouvoir pour soutenir ces infirmières. Elles donnent comme exemple qu'à la fin du processus d'agrément, le gestionnaire responsable a su souligner de façon particulière la qualité et l'ampleur du travail des infirmières. En conséquence, elles se sont senties reconnues et valorisées.

D'autres cependant pensent que certains gestionnaires ne reconnaissent pas leur travail, ni la lourdeur et la complexité de leurs tâches. Des infirmières disent même qu'on répartit mal les tâches entre elles et vont jusqu'à dire qu'elles ne se sentent pas respectées ni reconnues dans leur travail. Ce sentiment provient, semble-t-il, de situations vécues comme des blâmes faits à des infirmières dans le cadre de litiges avec des médecins sans tenir compte des infirmières concernées. On aurait alors agi sur les seules plaintes des médecins. On aurait également imposé des tâches sans leur demander leur opinion au préalable. Conséquemment, ces infirmières affirment avoir des réticences à suivre les nouvelles directives, orientations ou consignes parce qu'elles se sentent parfois incomprises dans leur vie professionnelle. Ces différentes tensions sont augmentées lorsque le gestionnaire n'est pas de formation infirmière. Dans ces circonstances, ces infirmières ne se sentent ni entendues dans leurs réalités professionnelles ni supportées personnellement.

4.2.3 Reconnaissance et relations horizontales

En tant que généraliste, l'infirmière se retrouve souvent au centre d'une équipe interdisciplinaire où tous les autres professionnels interviennent selon leurs champs de compétence particuliers. Dans l'ensemble, les infirmières participantes se considèrent égales aux autres professionnels de leur établissement. Pour les infirmières participantes du premier CLSC, ce sont des collègues de travail de même niveau professionnel qu'elles. Par ailleurs, bien qu'elles ne peuvent l'expliquer, ces infirmières constatent que les autres professionnels semblent démontrer davantage d'assurance et de confiance en eux. On donne comme exemple le service de santé et sécurité du travail où les infirmières remarquent que leur travail n'est ni compris ni reconnu et que même elles ressentent du mépris de la part des professionnels de l'équipe. Bien que des moyens aient été mis en place par le gestionnaire en autorité, l'attitude des autres membres de l'équipe n'a guère changé. Par contre au maintien à domicile, des sessions d'informations ont été données aux autres professionnels par les infirmières et le travail interdisciplinaire s'est grandement amélioré.

Dans le second CLSC, il semble que les infirmières apprécient habituellement leurs relations avec les autres professionnels. Toutefois, la nature de leurs relations est inégale d'un service à l'autre. Par exemple en santé scolaire ou en enfance/famille, leur apport est très apprécié des infirmières. C'est particulièrement difficile dans le secteur du maintien à domicile où il ne semble pas pouvoir s'établir de complicités nécessaires au travail d'équipe. Au contraire, on sent de la méfiance quand ce ne sont pas des critiques négatives clairement exprimées. En somme, elles maintiennent que leurs relations avec les autres professionnels constituent plutôt une source d'insatisfaction et ces situations leur apportent peu de réconfort dans les situations difficiles. Elles expliquent ces difficultés par la nature de leur travail respectif, les lieux physiques et les regroupements des professionnels de même discipline qui ne favorisent pas les échanges interdisciplinaires. Des infirmières expérimentent une incompréhension en regard de leur travail. Toutefois, certaines infirmières admettent ne pas toujours bien connaître le travail des autres professionnels. Elles ont parfois l'impression qu'on leur ajoute des tâches de telle sorte qu'elles ont le sentiment que, dans leur CLSC et avec leurs principaux partenaires, interdisciplinarité est davantage associée à parallélisme qu'à une véritable interdisciplinarité. Un bon exemple fut rapporté pour le secteur scolaire où les professionnels non enseignants étant moins nombreux, les professeurs ont alors tendance à s'en remettre aux infirmières pour les situations d'étudiants problématiques.

Les infirmières souhaitent développer un rôle de véritable partenariat avec les médecins où chacun intervient dans son rôle propre. Dans le premier CLSC, les médecins sont en très petit nombre. Les infirmières travaillent donc la plupart du temps avec les médecins traitant des clients qui exercent dans un centre hospitalier ou en clinique privée. Bien qu'elles reconnaissent qu'il existe à l'occasion quelques divergences de vue et même parfois des conflits avec certains médecins, elles constatent que leurs relations sont courtoises. Ces infirmières admirent l'esprit de collégialité des médecins entre eux. Elles considèrent que la collégialité représente une force qui joue en leur faveur. Elles sont d'avis qu'au-delà de leurs formations respectives et de la question de la rémunération, il existe des différences fondamentales dans la façon de travailler

des infirmières et des médecins. Elles observent notamment que les infirmières ont tendance à être plus ouvertes que les médecins sur les problèmes de santé des usagers et communiquent plus facilement l'information les concernant. Ces différences contribuent quelquefois à susciter des difficultés de communication entre les médecins et les infirmières. Elles croient que la relation infirmière/médecin est une dynamique à influencer et à améliorer. Il est essentiel pour ces infirmières de considérer les médecins comme des collaborateurs et des collègues de travail qui partagent avec elles un objectif commun: le bien du client. Elles croient que leurs propres attitudes sont importantes dans leurs relations avec les médecins et qu'il leur appartient d'agir de manière à être respectées. Par conséquent, elles doivent adopter avec ceux-ci une attitude de collaboration plutôt qu'une attitude défensive et de compétition. Être professionnelles pour ces infirmières signifie également collaborer.

Dans le second CLSC, à cause de l'absence d'hôpitaux dans le voisinage immédiat, des services courants ont été développés très tôt, même avant la mise en place de la réforme. Par conséquent, des services médicaux ont été dispensés au CLSC depuis un bon nombre d'années. Il y existe un plus grand nombre de médecins dans ce CLSC que dans la plupart des CLSC de la région de Montréal. Par exemple dans les services courants, de nouveaux médecins se sont ajoutés suscitant ainsi une nouvelle dynamique avec les infirmières de ce service. Le nombre et la place qu'occupent maintenant les médecins semblent leur avoir fourni un pouvoir d'influence plus important auprès des gestionnaires, parfois même au détriment des infirmières.

Selon ces infirmières, la relation infirmières/médecins varie en fonction des personnes en place, des programmes et des différents contextes de travail. En général, les relations semblent meilleures lorsque les médecins sont des femmes. Dans les services courants, la situation a tendance à s'améliorer : les discussions de cas sont plus fréquentes mais les relations sont plutôt cordiales que de type partenariat. Elles constatent parfois des incompréhensions mutuelles où s'installe une dynamique de supérieur à inférieur suscitant des tensions et quelquefois même des litiges. Comme source de tensions elles mentionnent la vitesse avec

laquelle elles doivent procéder au triage pour que les médecins voient un plus grand nombre d'usagers. Pour leur part, les infirmières du maintien à domicile de ce CLSC ne semblent pas éprouver de difficultés particulières avec les médecins, qu'ils soient du CLSC ou qu'ils pratiquent ailleurs sur le territoire.

Les expériences variées des infirmières participantes du premier CLSC dans divers milieux de travail les amènent à constater qu'il existe une incompréhension quant aux rôles de l'infirmière dans le réseau de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, les relations des infirmières du CLSC avec les autres partenaires du réseau n'ont jamais été aussi intenses et fréquentes mais la nature des relations avec ceux-ci ne semble pas en être facilitée pour autant. Pour les infirmières des deux CLSC, c'est avec le personnel travaillant en centres hospitaliers qu'elles ont le plus de difficulté à communiquer. Elles constatent qu'ils méconnaissent les CLSC et qu'ils font quelquefois preuve de mépris envers les infirmières qui y pratiquent. Par exemple, elles observent que bien souvent par leur manque de connaissance et de compréhension du travail en CLSC, le personnel des milieux hospitaliers contribue à entretenir des attentes irréalistes chez les personnes qui quittent l'hôpital. Des échanges multidisciplinaires sont par conséquent souhaités avec les professionnels des différents établissements de santé avec qui les CLSC interviennent. Même si grâce aux infirmières de liaison la situation a tendance à s'améliorer, elles trouvent l'évolution trop lente. Les infirmières participantes des deux CLSC perçoivent positivement les infirmières de liaison des centres hospitaliers qu'elles voient comme des alliées. Par ailleurs selon elles, les autres professionnels de l'hôpital démontrent bien souvent que leur vision des soins et de la clientèle est nettement différente de celle des professionnels des CLSC. Ces différences semblent parfois même s'accroître dans le contexte actuel.

La dynamique des relations avec les différents collègues de travail oblige alors les infirmières à ajuster continuellement leurs comportements. Elles doivent constamment rétablir un équilibre qui menace d'être rompu.

4.3 Stratégies défensives

Devant l'ampleur des changements et leur répercussion sur leur bien-être personnel, ces infirmières ont cherché des façons de composer avec les changements et de survivre psychologiquement. Pour conserver leur sens de la dignité, de l'intégrité personnelle et de la qualité de vie, elles ont développé des stratégies individuelles et des stratégies collectives de défense dont la fonction est de conjurer les souffrances et les insatisfactions.

4.3.1 Stratégies individuelles

Les stratégies individuelles adoptées par les infirmières prennent des formes diverses. Par exemple des infirmières travaillant en CLSC depuis de nombreuses années et se sentant incapables de faire face aux nouvelles réalités du virage ambulatoire ont profité des offres gouvernementales, facilitant la prise de la retraite, pour quitter leur travail. Face aux changements de rôles, la plupart de celles qui sont demeurées au travail réalisent qu'avec leurs expériences personnelles et professionnelles variées, elles ont des atouts pour composer avec les situations et réalités nouvelles. Notre enquête révèle que les infirmières, et plus particulièrement celles du second CLSC, démontrent beaucoup de souplesse pour s'adapter et accepter leurs nouveaux rôles.

Ces infirmières croient qu'avec le temps elles acquièrent la maîtrise des situations et développent de nouvelles habitudes de travail créant ainsi une nouvelle période de stabilité jusqu'aux prochains changements. Elles donnent comme exemple l'utilisation des pompes volumétriques dans les services courants et au maintien à domicile. Au début, elles étaient craintives; aujourd'hui, ces pompes n'ont plus de secrets pour elles. Le temps, l'expérience, les efforts et la bonne volonté sont véritablement des moyens pour traverser les différentes étapes qui sont inévitables lors des changements de rôles. Cependant, toutes ces infirmières croient que les manifestations d'agressivité et les comportements défensifs jouent en défaveur des

infirmières. Elles croient également qu'elles ont le pouvoir de changer les choses et que c'est une question d'attitudes. Elles ont malgré tout confiance et conscience de cheminer à travers les changements qui surviennent.

Dans le premier CLSC, au moment des entrevues, les infirmières participantes considéraient que la situation demeurerait toutefois fragile dans certains programmes. De façon plus individuelle, il semble que dans les deux CLSC, des infirmières se soient prévaluées de congés spéciaux comme des congés d'étude ou des congés maternité et parentaux tandis que d'autres ont quitté pour des congés de maladie pendant des périodes plus ou moins prolongées. Des infirmières disent avoir développé d'autres sources d'intérêt en dehors de leur milieu de travail. Elles se sont tournées vers des activités de loisir qui génèrent du plaisir et de la gratification personnelle.

Des infirmières du premier CLSC sont d'avis que, lorsque des changements de cette envergure surviennent, il en résulte deux alternatives, soit qu'elles en sortent grandies ou qu'elles développent de l'amertume et en ressortent blessées. Il en résulte alors une baisse de motivation. Elles soutiennent qu'à partir du moment où les personnes concernées par ce genre de situation en prennent conscience, il leur reste alors le choix de persévérer dans leur travail et de rechercher leur motivation ailleurs ou abandonner psychologiquement et subir la situation avec des effets pervers comme la démotivation, le manque de confiance en soi ou un sentiment d'incompétence.

Les infirmières du premier CLSC, percevant qu'elles sont dans l'impossibilité d'influencer ou d'empêcher les changements actuels, se résignent et vivent une certaine forme de désenchantement qui se manifeste pour certaines d'entre elles par un sentiment de survie. La résignation et le désenchantement des individus impliqués peut engendrer des conséquences indésirables pour les organisations. Triolo et al. (1995) soutiennent que des sentiments de peur, d'insécurité, d'incertitude, de frustrations, de ressentiment, de colère, de tristesse, de dépression, de culpabilité, d'injustice, de méfiance et autres correspondent au syndrome du

survivant désabusé. Selon ces auteurs, le véritable danger de ce syndrome sont les séquelles qu'il entraîne comme la réduction de prise de risques, une faible productivité, la recherche constante d'informations, l'expression continue de blâmes, la perte de temps passé à se justifier et à s'expliquer et la chaîne de difficultés vécues à tous les paliers de l'organisation. Ces auteurs constatent que ces mécanismes ne sont pas sains pour les individus et sont improductifs pour les organisations.

Malgré l'existence d'un programme d'aide psychologique à court terme aux employés, ces infirmières estiment que les employeurs et les instances décisionnelles tant internes qu'externes n'ont pas mis en place les mesures suffisantes d'aide. Bien qu'elles reconnaissent la valeur d'un programme de ce type, elles le considèrent insuffisant avec sa limite de six rencontres seulement. Pour permettre au personnel le plus affecté de survivre aux effets psychologiques difficiles rencontrés par certaines infirmières, il devrait comporter d'autres mesures comme l'accès à un psychologue selon les besoins. Cette insuffisance de soutien amène les infirmières à trouver leurs propres ressources tandis que d'autres souffrent d'épuisement professionnel ou s'endurcissent.

4.3.2 Stratégies collectives et collectifs de travail

Dans le premier CLSC, les infirmières participantes considèrent qu'une attitude mentale positive aide à faire face aux différentes situations. Elles décrivent ainsi cette attitude par la capacité d'autonomie où l'infirmière ne compte pas sur ses collègues pour réaliser son travail, mais possède un esprit d'équipe développé et travaille de concert avec l'équipe. Elle consulte au besoin, planifie et organise son travail et s'assure de se donner les moyens nécessaires pour mener son travail à terme. Selon ces infirmières d'expérience en CLSC, l'approche globale centrée sur la personne et ses besoins, son implication et celle de son réseau naturel sont des atouts permettant aux infirmières de s'ajuster plus facilement aux changements tout en travaillant en équipe et en assurant des soins plus techniques.

Ce mécanisme de protection semble se développer de plus en plus dans le second CLSC, tant au niveau des services que pour l'ensemble du CLSC. Les infirmières se tournent vers le travail en équipe qu'elles jugent supportant. Dans certains programmes, des infirmières travaillent davantage en équipe que dans d'autres. Elles reconnaissent les bienfaits de ce type de soutien. Elles définissent alors ainsi le travail d'équipe comme une relation de confiance entre les infirmières où règnent un esprit commun, de la solidarité, de l'entraide et de l'humour. Elles disent ressentir le besoin comme groupe de créer de nouvelles solidarités entre elles et de renforcer celles déjà existantes. Par ailleurs, les infirmières croient que le travail en équipe est possible seulement lorsqu'il existe une certaine stabilité de personnel. Elles considèrent que la stabilité dans une équipe de travail en favorise l'efficacité. Ces infirmières ont alors utilisé des stratégies collectives de défense leur servant de moyens d'identification et de conjuration des difficultés générées par les divers changements.

Bien qu'elles reconnaissent qu'elles obtiennent peu de résultats rapidement observables, donc moins de gratifications immédiates avec les clientèles à hauts risques, elles ont fini par développer entre infirmières des mécanismes de soutien leur permettant de composer efficacement avec les nouvelles réalités. Ainsi, elles verbalisent les sentiments que ces clientèles leur font vivre, renforcent leurs bons coups et se partagent des moyens de mieux intervenir et d'augmenter leurs possibilités de vraiment aider ces clientèles. Encore une fois, elles utilisent le collectif de travail comme soutien cognitif et affectif .

Plus que tout autre facteur, c'est la solidarité d'équipe qui semble avoir permis aux infirmières du premier CLSC de faire face aux nouvelles réalités organisationnelles. La qualité de l'accueil de la part du personnel du CLSC a permis aux infirmières transférées de se sentir acceptées et a contribué à faciliter leur intégration. Les infirmières du premier CLSC ont observé que les nouvelles règles du jeu au niveau de l'octroi de postes ont des conséquences sur la relation des infirmières entre elles. Cette nouvelle dynamique relationnelle s'observe plus particulièrement entre les infirmières en redéploiement en CLSC et les infirmières de la liste de

rappel. Selon celles-ci, une profonde solidarité d'équipe existe entre les infirmières qui ont choisi de travailler en CLSC, aussi des alliances se créent naturellement aux dépens des infirmières transférées qui se sentent quelquefois isolées. On voit ici que certaines pratiques managériales liées aux réorganisations du travail, qui supposaient du redéploiement de personnels, fragilisent les collectifs et peuvent conduire à l'isolement et à l'individualisme.

Dans le second CLSC, les infirmières se disent satisfaites et heureuses des liens d'amitié et professionnels qui existent entre elles. Quels que soient les services où elles doivent s'intégrer, elles se disent bien accueillies et soutenues par leurs collègues. Toutefois, au maintien à domicile, on constate à l'occasion des rivalités. Cela peut s'expliquer par les très, et peut-être même trop, lourdes charges de travail, alors elles sont portées à faire des comparaisons entre elles. Cependant depuis quelques mois, elles remarquent que de nouvelles complicités se créent et de nouveaux liens se tissent entre des infirmières. Elles soulignent qu'un esprit d'équipe est en train de naître parmi les infirmières du maintien à domicile tandis que dans d'autres services, comme dans les services courants, les échanges, le partage et la camaraderie semblent avoir persisté au-delà des événements et s'être même renforcés. De façon générale, elles sont d'avis que les infirmières communiquent de plus en plus entre elles et de manière de plus en plus efficace.

Dans cette perspective où les infirmières doivent s'entraider et développer des collectifs de travail on aurait pu s'attendre à ce que les syndicats apparaissent comme d'importants moyens collectifs d'entraide et de défense des droits. Il est étonnant que les propos des infirmières des deux CLSC voient la syndicalisation comme étant plutôt en contradiction par rapport à leur statut professionnel. Par exemple, elles déplorent que le syndicat s'objecte à la reconnaissance de la notion de compétence pour l'octroi des postes. Elles comprennent et sont d'accord pour que les syndicats s'occupent des questions de relations de travail soit de négocier des conventions collectives, d'améliorer leurs conditions de travail, de protéger les droits acquis

et d'aider certaines infirmières en difficultés. Toutefois, les syndicats ne sont pas vus comme étant des moyens de mise en œuvre de collectifs de travail.

CHAPITRE CINQUIÈME

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Le cinquième chapitre fait état des discussions et des recommandations aux infirmières de CLSC et aux instances impliquées dans l'implantation des changements de la réforme. Ce chapitre présente également les limites méthodologiques de l'étude.

1. IMPLICATIONS DE LA RECHERCHE

Les discussions et les recommandations portent plus particulièrement sur les implications de cette recherche pour les infirmières de CLSC, pour leur formation, pour la gestion des soins infirmiers en CLSC et pour les instances décisionnelles externes au CLSC. Dans cette section, le développement des connaissances et de la recherche en soins infirmiers est aussi traité.

1.1 Implications pour la pratique infirmière

La réussite de la transition organisationnelle en cours est garante de l'adaptation des CLSC aux nouvelles réalités. Rocheleau et Hagan (1993) soutiennent que l'adaptation de la pratique des soins infirmiers aux réalités changeantes des personnes et de l'environnement physique et sociopolitique constitue un enjeu majeur pour les infirmières. Cette recherche pose alors un regard attentif aux expériences des infirmières participantes à l'étude. La contribution de ces infirmières donne ainsi la possibilité à d'autres infirmières travaillant en CLSC de réfléchir sur leur propres expériences, d'identifier des moyens pouvant contribuer à enrichir leur pratique et leur vécu et d'utiliser à leur profit les moyens positifs expérimentés dans d'autres CLSC favorisant ainsi leur adaptation aux réalités nouvelles.

L'étude identifie des moyens suggérés par les infirmières participantes et des atouts qu'elles jugent être favorables aux infirmières pour qu'elles ajustent aux changements et améliorent leur crédibilité. Parmi les éléments favorables constituant une force, les infirmières du premier CLSC constatent chez un grand nombre d'infirmières en CLSC le souci professionnel habituellement constant chez les infirmières et l'approche globale et interdisciplinaire inhérente à leur pratique

professionnelle. Ces infirmières croient que la mise en valeur de ces différents atouts et l'implication des infirmières dans les changements occasionnés, notamment par le virage ambulatoire, peuvent jouer en faveur de la reconnaissance sociale des infirmières. Elles pensent même que comme groupe les infirmières du Québec pourraient accroître leur crédibilité auprès de leurs principaux partenaires et du public en général. Toutefois, elles sont d'avis que les infirmières doivent d'abord se prendre en charge elles-mêmes et être suffisamment responsabilisées et se donner les moyens pour faire face aux changements. Dans ce contexte et pour l'ensemble des infirmières participantes, le CII apparaît comme un excellent levier pour faire valoir leurs idées, leur permettre de s'impliquer, améliorer les soins et services à la clientèle et pour influencer les instances décisionnelles.

Pour les infirmières du premier CLSC, il apparaît important de créer, à l'instar des médecins, un esprit de collégialité entre elles. Elles pensent que cela pourrait être possible si elles se donnaient des mécanismes pour discuter de leurs désaccords entre elles plutôt que de faire des débats sur la place publique. Cela veut dire créer des espaces de paroles à l'interne. Ces mécanismes seraient susceptibles de favoriser la recherche de solutions. Elles pensent également que les infirmières ne devraient jamais critiquer d'autres infirmières en présence des usagers. Elles y voient non seulement une question d'éthique mais aussi une question de confiance à transmettre à la population. Elles croient qu'il leur faut reconnaître les forces de chacune d'entre elles plutôt que de constamment dénoncer leurs faiblesses. Elles doivent, au-delà de leurs connaissances et de leurs habiletés, faire en sorte de mettre en commun leurs différentes expertises et développer des comportements positifs face aux difficultés qui se présentent dans les soins de santé. Elles estiment que l'ensemble des forces des infirmières constitue un véritable atout pour la profession et une assurance de qualité pour les services offerts à la population.

Pour leur part, les infirmières du second CLSC jugent que les infirmières devraient développer leur pouvoir d'influence sur les décisions administratives concernant leur travail au

sein de leur CLSC de façon à permettre la recherche de solutions concertées avec le personnel d'encadrement en vue d'améliorer les services à la population. Pour ce faire, elles préconisent le développement des connaissances des mécanismes influençant les pouvoirs décisionnels tant dans l'établissement qu'à l'extérieur de l'établissement. Elles pensent que les infirmières doivent trouver des moyens d'être mieux informées des changements qui prennent place souvent à leur insu, de leurs enjeux, des conséquences à prévoir sur l'organisation de leur travail et partant des conséquences à prévoir sur la qualité des services à la population.

Dans les deux CLSC, les infirmières souhaitent être respectées et être acceptées comme de véritables partenaires par les médecins et les autres professionnels. Les principaux moyens considérés parmi les plus importants pour atteindre cet objectif sont de faire connaître et de promouvoir la contribution professionnelle des infirmières à l'intérieur de leur CLSC et de maintenir ou développer des attitudes qui incitent au respect. Pour les infirmières du second CLSC, elles disent ne plus vouloir tolérer ni accepter que des médecins écrivent sur les notes des infirmières ou modifient des outils de travail qui leurs sont propres. Les infirmières des deux CLSC soutiennent d'un commun accord que les infirmières doivent être encore davantage solidaires entre elles et prendre la place qui leur revient dans leur organisation respective. Pour y arriver, les infirmières du premier CLSC suggèrent de se faire accepter et respecter en contribuant à la création d'une dynamique positive de collaboration.

1.2 Implications pour la formation des infirmières

La formation des infirmières exigée par les nouvelles réalités de travail et la formation continue requise en cours d'emploi apparaissent dans cette étude comme des moyens importants et essentiels pour favoriser l'intégration des nouvelles fonctions et des nouveaux rôles des infirmières en CLSC.

Les perceptions des infirmières participantes méritent d'être prises en considération par les milieux de formation comme les CEGEP et les universités. Les infirmières de l'étude croient que

ces instances devraient harmoniser la formation dispensée aux infirmières de façon à leur permettre de relever les nouveaux défis et mieux répondre aux nouvelles exigences du réseau de la santé qui vit une mutation majeure risquant de se poursuivre encore pendant plusieurs années. Elles jugent que les milieux d'éducation devraient offrir des formations où les méthodes et les contenus d'enseignement ont la souplesse nécessaire pour s'adapter tant aux besoins changeants des clientèles qu'à ceux des intervenants et des établissements comme les CLSC dans un contexte de virage ambulatoire.

Pour faciliter l'acquisition de nouvelles connaissances et habiletés requises et pour être en mesure d'exécuter de nouvelles fonctions, de nouveaux mandats ou accepter de nouveaux rôles, les infirmières du second CLSC croient qu'elles bénéficieraient à être davantage proactives au niveau de leur formation. Elles pensent que des personnes ressources pourraient être choisies parmi elles. Elles remarquent que plusieurs infirmières travaillant en CLSC ont souvent de grandes compétences qui pourraient être mises à profit au sein de leur organisation. Les établissements pourraient ainsi utiliser comme base les expertises de leurs infirmières et les compléter par celles des médecins ou d'autres professionnels lorsque requis.

Dans un autre domaine, les infirmières du premier CLSC, suggèrent qu'une formation sur la manière de communiquer en période de crise pourrait aussi les aider à diminuer la pression qu'elles vivent dans les relations à tous les niveaux mais surtout avec la clientèle. Il leur apparaît important de pouvoir exprimer correctement et en sécurité leurs sentiments profonds.

1.3 Implications pour les gestionnaires

La méthode d'analyse de la psychodynamique du travail a permis de dégager, dans les propos des infirmières participantes, des informations susceptibles d'intéresser le personnel responsable de la gestion des soins infirmiers en CLSC. Pour les infirmières interrogées, il est

crucial pour les CLSC de tenir compte de l'expérience des infirmières dans leurs processus de gestion. Les expériences des infirmières peuvent ainsi se révéler une source précieuse d'informations à être considérée par les gestionnaires. Parmi les informations recueillies, il est question de priorités qu'elles jugent essentielles dans le contexte actuel, de moyens qu'elles suggèrent pour être impliquées davantage dans l'organisation de leur travail, d'attitudes qu'elles privilégient chez les gestionnaires et de la nature du soutien qu'elles aimeraient obtenir d'eux.

Les infirmières des deux CLSC croient que la polyvalence des infirmières contribue à augmenter leur compétence. Elles sont donc d'avis que le personnel d'encadrement doit continuer de la développer et de la favoriser à la condition absolue que cette polyvalence s'accompagne de la formation adéquate. Sans cela, on évacue de la polyvalence son pouvoir de revalorisation ne lui laissant que son pouvoir anxiogène (Carpentier-Roy, 1995). Elles estiment également que la priorité des différents secteurs d'activités où l'on retrouve un plus grand nombre d'infirmières, comme le maintien à domicile et les services courants, devrait être la création d'outils de travail favorisant l'efficience, la compétence des infirmières, la continuité et la qualité des soins. Voici quelques exemples qui ont été apportés: des grilles de suivis, des procédures disciplinaires, des règles de soins et des programmes d'intégration au travail et de mise à jour des connaissances. Compte tenu de l'ampleur des besoins de la clientèle, elles croient que du temps devrait leur être accordé par le personnel d'encadrement pour développer les outils nécessaires. Elles maintiennent que le temps consacré à ces activités serait du temps économisé par la suite puisqu'il permettrait aux infirmières d'être plus efficaces et efficientes. Elles sont convaincues que l'absence de ces mesures risque d'être sérieuse à plus ou moins long terme. Les infirmières du second CLSC appréhendent même des incidents dont les usagers pourraient être victimes.

Pour les infirmières du second CLSC, il serait bénéfique que la direction et le personnel d'encadrement mettent en place des mesures favorisant davantage le respect et la reconnaissance du travail spécifique des infirmières de leur CLSC. Elles considèrent qu'ils

devraient accorder aux infirmières une plus grande emprise sur les décisions touchant les réalités liées à l'organisation de leur travail. Les infirmières du second CLSC estiment notamment que pour mieux respecter le travail des infirmières il serait souhaitable que les services où les infirmières sont en majorité soient coordonnées par des gestionnaires de même profession qu'elles. Elles sont convaincues que le personnel d'encadrement gagnerait à les écouter davantage et à les encourager dans leur travail au sein du CLSC. Elles suggèrent des moyens comme l'instauration de réunions régulières d'infirmières par secteurs d'activités; des réunions dans le cadre des activités du CECII afin de trouver des solutions aux difficultés de travail touchant l'ensemble des infirmières, de créer, s'il y a lieu, des sous-comités du CECII axés sur des problèmes spécifiques et avec des échéanciers précis. Finalement, elles proposent l'implication des infirmières dans les décisions administratives lorsque celles-ci concernent directement les réalités de leur travail et suggèrent que des mesures soient prises par la direction et le personnel d'encadrement pour favoriser la stabilité des infirmières et la continuité dans les soins. Toutes ces suggestions sont reliées à la nécessaire reconnaissance de la culture de métier, c'est-à-dire à la reconnaissance des savoirs théoriques et pratiques liés à leur profession.

Les infirmières des deux CLSC croient que les attitudes du personnel d'encadrement favorisent un sentiment d'appartenance et un esprit d'équipe chez les infirmières. Par exemple, les infirmières du premier CLSC ayant vécu un changement important au niveau du personnel d'encadrement ajoutent qu'elles souhaitent que le personnel d'encadrement actuel continue de valoriser le travail des infirmières. Elles espèrent conserver le dynamisme qu'elles ont connu antérieurement et qui continue encore à les soutenir.

1.4 Implications pour les connaissances et la recherche

Selon Meleis (1991), la transition est un des concepts qui se situe au cœur de la discipline infirmière (Kérouac et coll., 1994). Schumacher et Meleis (1994) croient que l'utilisation de la

transition comme concept central avec ses caractéristiques de processus, d'identités et de rôles amène les infirmières et par extension les organisations, à considérer des modes de réponses plutôt que des réponses uniques pour identifier les points critiques et vulnérables au cours d'une transition. En considérant le concept de la transition comme un concept central et en reconnaissant sa pertinence en soins infirmiers, cette recherche améliore ainsi les chances d'associer le concept de la transition aux concepts du métaparadigme en soins infirmiers.

Schumacher et Meleis (1994) affirment que le concept de la transition organisationnelle est peu développé. Ces auteurs associent à ce phénomène des éléments habituellement considérés comme caractéristiques des autres types de transition. À travers l'expérience d'infirmières en CLSC, cette étude renforce et confirme l'existence du phénomène de la transition organisationnelle. L'analyse compréhensive de l'expérience des CLSC vécue par des infirmières a permis de mettre au jour des éléments reliés à des transitions vécues dans ces organisations. Dans le contexte particulier de la transition organisationnelle en cours dans les CLSC, des éléments spécifiques à la transition organisationnelle ont pu être identifiés à travers l'information transmise par les infirmières participantes. Il s'agit d'éléments comme des conditions propres aux infirmières, des conditions reliées à l'organisation du travail des infirmières et des conditions reliées à des facteurs environnementaux.

Les entrevues ont permis de mettre en lumière des facteurs qui ont favorisé ou non, selon les circonstances, la transition organisationnelle en cours comme les significations qu'elles donnaient aux changements et leurs attentes. Pour ce qui est des conditions reliées à l'organisation du travail, la nature des nouveaux mandats et celle des nouveaux rôles ont aussi eu des répercussions chez les infirmières. L'autonomie et la maîtrise des rôles ont également été affectées par le manque de stabilité et de continuité dans les soins, le manque de connaissances et de formation et l'absence de modèle de soins infirmiers pour guider leurs interventions.

À la lumière de la psychodynamique du travail et du cadre théorique de la transition en soins infirmiers, les éléments identifiés dans cette étude peuvent être associés ou mis en parallèle avec les concepts du métaparadigme en soins infirmiers : la personne, la santé, l'environnement et les soins. Dans ce contexte de transition organisationnelle, le concept de la personne correspond aux infirmières de CLSC impliquées. Le concept de la santé correspond aux différentes réactions émotionnelles, physiques et aux sentiments de compétence et de confiance en soi vécus par des infirmières qui aspirent à la normalité mais qui sont sous l'influence des changements organisationnels de leur CLSC. Le concept de l'environnement correspond aux conditions de l'environnement, c'est-à-dire aux changements dans les structures et les dynamiques en cours dans les CLSC, aux rôles du personnel d'encadrement, aux rôles des planificateurs des changements, aux rôles des autres établissements du réseau et à la réputation antérieure des CLSC. Finalement, le concept des soins correspond aux interventions de gestion qui doivent être apportées par les gestionnaires en soins infirmiers à l'organisation du travail des infirmières; ce concept correspond aux mesures prises par les gestionnaires pour aider les infirmières à réussir la transition organisationnelle en cours.

Cette étude démontre ainsi la place prépondérante du phénomène de transition dans les CLSC impliqués et ses répercussions sur les infirmières participantes. Dans ces établissements, les changements constants ne sont pas de simples changements (Bridges, 1991), ils ont réellement entraîné une transition organisationnelle.

1.5 Implications pour les instances décisionnelles externes

L'étude révèle l'importance pour les infirmières interrogées d'être reconnues socialement. On ne peut donc pas passer sous silence le rôle que les infirmières participantes souhaitent voir jouer par les instances décisionnelles extérieures à leur milieu de travail immédiat comme les Régies régionales, le MSSS, l'OIIQ, les syndicats d'infirmières ainsi que les milieux d'enseignement que sont les CEGEP et les universités. On a vu, au cours de cette recherche,

que les infirmières se sont senties dévalorisées, ignorées et même quelquefois méprisées par des décisions de la Régie régionale et du MSSS et qu'elles avaient des attentes à l'égard de ces organismes. Même si les grandes décisions relatives à la transformation du réseau sont d'origine ministérielle, il reste que leur actualisation se fait par les Régies régionales qui deviennent concrètement l'instance décisionnelle réelle tant de la transformation du réseau, des coupures budgétaires que du virage ambulatoire. Il est donc normal que les infirmières, ressentant de l'impuissance face à l'ampleur des changements, attribuent aux instances décisionnelles extérieures la cause de plusieurs de leurs soucis, inconforts et inquiétudes.

Par ailleurs, il a été porté à notre connaissance que la Régie régionale des Laurentides a mis sur pied une Commission infirmière régionale (CIR) à l'instar de la Commission médicale régionale (CMR) qui est déjà prévue dans la loi. On veut ainsi associer les infirmières, comme les médecins le sont déjà, à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux (Régie régionale des Laurentides, 1998). Dans cette région, la CIR devient ainsi un canal systématique de consultation, donne une possibilité d'expression aux infirmières en leur permettant d'exercer une influence sur les décisions. La CIR permet aussi une meilleure coordination des soins et des services par les acteurs majeurs du système de santé que sont les médecins et les infirmières. Cette initiative d'une Régie régionale répond grandement aux espoirs exprimés par les infirmières participantes.

2. Limites méthodologiques

La présente étude comporte certaines limites méthodologiques. Ces limites concernent notamment les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières participantes, le nombre d'infirmières et de CLSC participants, le moment choisi pour le déroulement de l'étude, le temps écoulé entre les entrevues, les liens ténus entre certains éléments du cadre théorique sur la transition entre eux et ceux de la psychodynamique du travail et finalement la transférabilité de l'étude à d'autres milieux.

La chercheuse se questionne sur la justesse du choix des participantes à l'étude dans les deux CLSC. La description des participantes a révélé une homogénéité importante dans leurs caractéristiques personnelles et professionnelles. Il s'agissait dans l'ensemble de femmes avec une bonne expérience de la vie possédant une formation de niveau universitaire. Ces similitudes s'expliquent probablement par les critères et les exigences d'embauche assez semblable d'un CLSC à l'autre. Toutefois, la chercheuse croit qu'il est possible que la qualité des informatrices ait orienté la nature des résultats obtenus. Elle se demande si avec des participantes moins homogènes, davantage en début de carrière et avec un niveau de formation moins élevé si elle aurait trouvé les mêmes résultats. Bien que le nombre de treize infirmières participantes dans deux CLSC différents se situe dans les limites estimées suffisantes entre dix et vingt par Morse et Field (1995), il eut été souhaitable d'obtenir un nombre plus près de vingt que de dix participantes. Un nombre plus élevé de participantes aurait peut-être pu favoriser une plus grande diversité d'informations.

Une deuxième limite observée correspond au moment choisi pour réaliser l'étude. Malgré que les changements de la réforme aient commencé au début de 1990, les infirmières participantes éprouvent une certaine difficulté à regarder en perspective les changements survenus dans leur organisation depuis le commencement de la réforme. Elles en sont à une étape bien précise au moment des entrevues: elles vivent des changements reliés au virage ambulatoire, aux coupures budgétaires et au redéploiement de la main-d'œuvre. La chercheuse craint que cet ensemble de situations ait eu pour effet de polariser les expériences et d'amplifier les perceptions.

Une troisième limite relève du temps écoulé entre les premières entrevues réalisées et les entrevues de validation: environ quatre mois pour chacun des CLSC. Les infirmières ayant cheminé et vécu beaucoup d'événements entre les entrevues, avaient d'autres expériences à communiquer, éprouvaient parfois certaines difficultés à se rappeler certaines informations transmises ou exprimaient à l'occasion des opinions contradictoires. Cet écart entre les

entrevues est directement relié aux conséquences des changements provoqués par la réforme dans le travail des infirmières et des gestionnaires en CLSC: rendre disponible plusieurs infirmières au même moment relève d'un tour de force.

Les liens ténus qui existent entre les éléments du cadre théorique de la transition entre eux et avec ceux de la psychodynamique du travail représentent une quatrième limite rendant plus complexe l'analyse des résultats et l'identification de modes de réponses des acteurs-sujets impliqués. À titre d'exemple, dans le cadre théorique sur la transition, on retrouve parfois les mêmes thèmes sous plus d'un élément: dans les propriétés universelles de la transition, on aborde la question des rôles et des relations sous l'angle de l'évolution qu'ils ont subie tandis que dans les indicateurs de succès d'une transition, les rôles et les relations sont abordés en fonction de leur niveau de maîtrise et de satisfaction. On retrouve également des similitudes entre les thèmes abordés sous les éléments du cadre théorique de la transition et ceux de la psychodynamique du travail. Par exemple, au chapitre des relations, la psychodynamique du travail pour sa part divise les relations en relations verticales et horizontales.

Finalement la dernière limite identifiée concerne la transférabilité de l'étude. Il existe des différences importantes entre les CLSC québécois. Chacun d'eux a des caractéristiques propres en lien avec des réalités locales. Bien que les deux CLSC à l'étude soient différents, la recherche identifie que les infirmières avaient des perceptions et vivaient des expériences de façons similaires. Au-delà du nombre d'infirmières participantes et de leur représentativité, il eut été intéressant de regarder les réalités organisationnelles et le phénomène de transition organisationnelle à travers un nombre plus élevé de CLSC en s'assurant d'avoir une représentation de l'ensemble des CLSC. Toutefois, cette recherche étant réalisée dans le cadre d'études de deuxième cycle, la chercheuse ne disposait pas du temps et de la disponibilité nécessaires pour vérifier si les résultats auraient pu être différents de ceux obtenus. Rappelons, en terminant, que c'est l'appropriation ou non des résultats par l'ensemble des infirmières des autres CLSC qui statuera sur la représentativité des résultats de cette recherche.

CONCLUSION

Les services de santé du Québec ont connu plusieurs transformations depuis des décennies. Ils ont dû notamment s'ajuster à un monde devenant de plus en plus urbain, laïque et cosmopolite. Extérieurement, les changements passés furent spectaculaires à plusieurs égards : constructions massives d'hôpitaux, développement de spécialités, arrivée de personnels laïques et autres. Malgré l'expérience antérieure dans les services de santé du Québec, les transformations actuelles du réseau apparaissent tout aussi importantes mais de nature différente.

La présente recherche a donc tenté de déterminer la nature de ces changements et pourquoi ils remettaient en question tant les façons de faire que les personnes elles-mêmes, tant les pratiques que les principes philosophiques qui les sous-tendent. De telles questions, hypothèses ou observations peuvent être abordées par de multiples voies. L'entrevue préparée et dirigée avec deux groupes d'infirmières a été la méthode choisie pour cette étude. Il est apparu clair qu'il ne suffisait pas de recueillir des réponses et des informations ou encore d'extrapoler des conclusions d'autres études. Il fallait saisir l'humain qui était derrière les réponses et les réalités de vie qui étaient derrière les actes professionnels.

Dans cette recherche, il est clairement démontré que ce que vivent les infirmières de deux CLSC du Québec, en cette fin de siècle est vraiment une transition profonde mue par des paradigmes nouveaux. Il ne faut surtout pas ni minimiser ni amplifier les réactions des infirmières provoquées par les changements actuels mais plutôt les considérer dans toute leur vérité dans leurs répercussions sur la vie et la pratique professionnelle des infirmières.

Cette prise de conscience pourra amener tant les infirmières que les décideurs, planificateurs et autres à prendre les décisions qui s'imposent pour permettre aux infirmières et, sans doute à tous les professionnels de la santé, de mieux vivre, de mieux exercer leurs professions et partant, d'offrir de meilleurs soins et services de santé à la population.

RÉFÉRENCES

Biddle, B.J. (1979). Role theory: expectations, identities and behaviors. New York: Academic Press.

Bourbonnais, R. (1997). Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centres hospitaliers au Québec. Québec: PUL.

Bourbonnais, R., Carpentier-Roy, M-C., Dumais, L., Gilbert, M-A., Malenfant, R., Maranda, M-F., Vézina, M. (1995). Plaisir et souffrance. Dualité de la santé mentale au travail. Montréal: Edition ACFAS.

Boutet, J. (1995). Paroles au travail. Paris: Editions L'Harmattan.

Bridges, W. (1991). Managing Transitions. Making the Most of Change. Massachusetts: Addison - Wesley Publishing Company, Inc..

Brown, B. (1994). From the editor. Nursing Administration Quaterly, 18 (3), v-vi.

Carpentier-Roy, M.C., (1995). Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier. Saint-Laurent, Québec: Éditions Liber.

Carpentier-Roy, M.C., (1992). Organisation du travail et santé mentale chez les enseignantes et les enseignants du primaire et du secondaire. Rapport de recherche. Communications CEQ.

Carpentier-Roy, M.C., (1992). La psychopathologie du travail: une lecture différente du rapport travail-santé mentale. Revue canadienne de santé mentale communautaire, 11 (2), 109-121.

Chanlat, J.F., (1992). Théorie du stress et psychopathologie du travail. Revue Prévenir, 20, 117-125.

Cloutier, L. (1995). Guide d'évaluation et d'intervention. L'infirmière et la famille. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

Crowley, S. (1995). Professional development and change in a learning organization. Journal of Advanced Nursing, 21, 965-974.

Crowley, J. (1995). The changing pattern of employment in nursing. Professional Nurse, 11 (3), 163-164.

Davezies, P. (1993). Éléments de psychodynamique du travail. Education Permanente, 116, 33-46.

Desjean, G. et Doucet, T. (1989). La maladie chronique, le handicap physique permanent, la dissonance cognitive et les soins infirmiers. Montréal: Rapport de recherche, Université de Montréal.

Dejours, C. (1980 a). Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Paris : Le Centurion.

Dejours, C. (1987). Plaisir et souffrance dans le travail, Tome I. Paris: CNRS.

Dejours, C. (1993). Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Paris: Éditions Bayard.

Dejours, C. (1995). Le travail humain: comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail. Quarterly Journal, 55-63.

Dejours, C. (1995). Le facteur humain. Le point des connaissances actuelles. Paris: PUF.

Deslaurier, J.P. (1991). Recherche qualitative. Guide pratique. Montréal: Chenelière/McGraw-Hill.

Desrosiers, G. (1993). Le système de santé canadien, Montréal: Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B. K. et Beaudet, L. (1994). Factors Related To Nursing Burnout: A Review of Empirical Knowledge. Mental Health Nursing, 15, 337-358.

Fédération des CLSC (1994). Cadre de référence. Les CLSC, la première ligne publique au Québec. Montréal: Fédération des CLSC.

Fortin, M.F., Taggart, M.E, Kérouac, S. et Normand, S. (1988). Introduction à la recherche. Auto-apprentissage assisté par ordinateur. Montréal: Université de Montréal.

Gouvernement du Québec, L.R.Q. chap. S-4.2 (1991). Loi sur les services de santé et des services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Québec: Éditeur officiel du Québec.

Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux (1989). Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). Une réforme axée sur le citoyen. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). La politique de la santé et du bien-être. Québec: Bibliothèque nationale du Québec.

Haynes, S. (1992). Let the change come from within. The process of change in nursing. Professional Nurse, July, 636-638.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. et Major, F. (1994). La pensée infirmière. Québec : Éditions Études vivantes.

Kawamoto, K. (1994). Nursing leadership: to thrive in a world change. Nursing Administration Quarterly, 18 (3), 1-6.

Lanctôt, S. (1996). Les attentes quant au rôle d'infirmière spécialisée en santé communautaire chez les infirmières en CLSC, programme enfance/jeunesse/famille. Mémoire non publié. Montréal: Université de Montréal.

Laplanche, J. (1983). Problématiques III, La sublimation. Paris : PUF.

Levy, R., (1994). Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 1, 92-100.

Lima-Basto, M. (1995). Challenges of Nurses' Professional Behaviour Change Process. Scandinavian Journal Caring Sciences, 113-118.

Mackenzie, J. (1993). Effects of change on sisters/charge nurses. Nursing Standard, 7, (36), 25-27.

Maddi, S. R. et Kobasa, S. C. (1984). Sources of Resistance to stressful events, in S. R. Maddi et C. Kobasa. The Hardy Executive : Health under stress. Homewood, IL: Dow-Jones-Irwin.

Marquis, B. L. et Jergensen Huston, C. (1994). Planned Change. Management Decision-Making for Nurses. Second edition, 92-97.

Molinier, P. (1994). Le travail entre souffrance des patients et souffrance des soignants. L'information psychiatrique, 4,336-342.

Molinier, P. (1996). Autonomie morale subjective et construction de l'identité sexuelle : l'apport de la psychodynamique du travail. Revue Internationale de Psychologie, III (5), 53-62.

Morse, J.M., et Field, P. A. (1995). Qualitative Research Methods for Health Professionals. Second Edition, London : Sage Publications.

Norman, A. (1995). Professional leadership in community nursing services. Health Visitor, 28 (10), 21-23.

Organisation mondiale de la santé (1978). Les soins de santé primaires, Genève: OMS.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1992). Une réalité à saisir. Montréal: Ordre des infirmiers et infirmières du Québec.

Ordre des Infirmiers et infirmières du Québec (1994). L'exercice infirmier en CLSC. Constats et recommandations. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1994). Rapport-synthèse des visites d'inspection professionnelle auprès des infirmières en santé communautaire, Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1996). Perspectives en soins infirmiers. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Perlman, D. et Takacs, G. J. (1990). The 10 Stages of Change. Nursing Management, 21 (4), 33-38.

Pourtois, J.P. et Desmet, H. (1988). Épistémologie et instrumentation en sciences infirmières. Liège : Pierre Mardaga Éditeur.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux des Laurentides, (1998). Règlement de la commission infirmière régionale. Saint-Jérôme : Régie régionale des Laurentides.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (1995). Recommandations : L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal. L'atteinte d'un nouvel équilibre. Montréal: Direction des relations avec la communauté, Régie régionale de Montréal-Centre.

Rocheleau, L. et Hagan, L. (1993). Le point sur les orientations de la pratique des soins infirmiers en CLSC. Nursing Québec, 13 (3), 40-46.

Sample, S. A. (1994). Guest editorial. Nursing Administration Quarterly, 18 (3), vii-viii.

Schoolfield, M.. et Orduña, A. (1994). Understanding Staff Nurse Responses to Change: Utilization of a Grief-Change Framework to Facilitate Innovation. Clinical Nurse Specialist, 8 (1), 57-62.

Schumacher, K. I., Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing, IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 26 (2), 119-127.

Sheehan, J. (1990). Investigating Change in a Nursing Context. Journal of Advanced Nursing, 15, 819-824.

Stew, G. (1996). *New Meanings: a Qualitative Study of Change in Nursing Education*. Journal Advanced Nursing, 23, 587-593.

Triolo, P. K., Allgier, P. A. et Schwartz, C. E. (1995). Layoff Survivor Sickness. Minimizing the Sequelae of Organizational Transformation. Journal of Nursing Administration, 25 (3), 56-63.

Turner, R. H. (1956). Role-taking, Role standpoint, and Reference Group Behavior. American Journal of Sociology, 61, 316-328.

ANNEXES

ANNEXE A

Phases de Perlman et Takacs (1990) et Lewin (1947)1. Phases de Perlman et Takacs (traduction libre)

La première phase, celle de l'équilibre, se manifeste par un niveau élevé d'énergie. L'état émotionnel et intellectuel se trouve à ce moment-là en équilibre; les membres de l'organisation ressentent alors une paix intérieure, personnelle et professionnelle, en synchronisme avec les buts de l'organisation.

Lorsqu'un processus de changements organisationnels survient, les personnes font face à une deuxième phase, soit celle du déni. L'énergie est alors drainée par un mécanisme de défense tendant à nier la réalité du changement. Les employés expérimentent alors des aspects négatifs comme des changements dans leur santé physique, émotionnelle et dans leur manière de se comporter.

La phase qui suit est la colère. L'énergie est utilisée pour résister ouvertement aux changements. Des sentiments comme la frustration, la colère, la rage, l'envie et le ressentiment peuvent faire leur apparition. Cette troisième phase progresse habituellement vers le marchandage qui canalise l'énergie en vue d'éliminer les changements en cours. La nature du marchandage est la plupart du temps irréaliste. Ce mécanisme est destiné à compromettre les changements et à les évacuer de son existence.

Puis survient une phase de chaos. Pendant cette phase, l'énergie est diffuse et suscite des sentiments d'impuissance, d'insécurité, un sens de désorientation et une perte d'identité et de direction. Il reste alors peu d'énergie pour produire des résultats.

Les mécanismes habituels de défense n'opèrent plus. On assiste alors à des phénomènes de dépression s'exprimant par l'apitoiement, l'évocation du passé, la désolation et un sentiment de

vide et d'inutilité. L'énergie consacrée à l'acceptation passive conduit finalement les individus à un manque d'enthousiasme: ils se résignent enfin aux changements.

Par la suite, l'énergie se renouvelle créant ainsi une ouverture réelle aux changements. Les individus sont prêts désormais à investir cette énergie nouvelle dans les rôles qui leur étaient destinés lorsque des changements sont survenus. La volonté de consacrer l'énergie à explorer de nouveaux événements permet alors la réunification de l'intellect avec les émotions. Les énergies sont ainsi canalisées vers de nouveaux intérêts, produisent des sentiments personnels d'engagement et de responsabilisation. Les employés deviennent davantage proactifs; ils initient de nouveaux projets et de nouvelles idées, c'est la réémergence.

2. Phases de Lewin

Le modèle de Lewin (1947) sur les changements planifiés comporte trois phases (Marquis et Jorgensen Huston, 1994, p.93).

La première phase constitue la période de *dégel*, considérée par Lewin comme la phase de sensibilisation des acteurs impliqués par les changements. Pour que le changement se produise, cette phase doit servir à briser l'ancien état d'équilibre existant, soit le statu quo. La seconde phase est celle de *gel* ou de mouvement. Il s'agit d'une phase d'action et d'implantation des changements. Finalement, la dernière phase représente la phase de *rege*l constituant l'intégration des changements. Cette phase devient une phase de soutien de la part des gestionnaires pour les personnes concernées.

Ce modèle ne décrit pas les réactions des individus de façon spécifique. Ces phases semblent être principalement destinées à soutenir les gestionnaires lors de l'implantation de changements dans une organisation. Par ailleurs, avec ce modèle nous savons que les individus sont d'abord dans un état d'équilibre, qu'ils subissent un mouvement vers les changements souhaités par l'organisation et qu'ils ont besoin d'être soutenus pour les réaliser.

ANNEXE B

Objet : lettre de présentation du projet de recherche aux directeurs généraux des CLSC

Madame, Monsieur,

Je travaille en CLSC depuis plusieurs années et je poursuis des études à la maîtrise en Sciences infirmières à l'Université de Montréal. Je fais mon mémoire sur les expériences vécues par des infirmières de CLSC suite à la réforme des services de la santé et des services sociaux commencée au début des années 1990. Mon devis de recherche exige la participation de deux ou trois CLSC. Il s'agit d'une étude qualitative influencée par la méthode et l'approche théorique en psychodynamique du travail. C'est dans ce cadre que je sollicite votre collaboration. Pour que votre CLSC puisse correspondre aux critères de sélection, il doit offrir l'ensemble des programmes de base et avoir procédé à des réaménagements organisationnels ou à des modifications des lieux de travail pour rencontrer les exigences actuellement demandées aux CLSC. Par ailleurs, si le nombre requis de CLSC et de participantes est atteint au moment où vous signalez votre intérêt, vous pourrez si vous le désirez sans participer à la collecte des données, m'inviter à présenter les résultats de cette étude à votre CLSC lorsqu'elle sera complétée.

Je crois qu'il peut être dans l'intérêt des CLSC de connaître comment toutes les transformations vécues peuvent influencer sur la vie humaine et professionnelle des infirmières. Cette étude devrait permettre une description précise des expériences des infirmières. La recherche vise à connaître leur perception et la manière dont elles vivent individuellement et collectivement ces changements ainsi que l'influence qu'ils ont sur leur bien-être personnel, sur le sentiment de maîtrise de leurs rôles et sur la satisfaction de leurs relations. La mise en lumière de ces éléments permettra une meilleure compréhension de leurs attitudes et comportements et ouvrira sur de possibles ajustements. Pour mettre en contexte les informations

obtenues, je devrai également avoir accès à des informations supplémentaires de nature organisationnelle comme le plan d'organisation, le dernier rapport annuel ou d'autres types d'informations pouvant le mieux me renseigner sur l'organisation du travail. J'ai également acheminé une lettre d'information à la responsable des soins de votre établissement lui expliquant mon projet de recherche. Avec votre accord, je pourrais par la suite envoyer une lettre d'information aux infirmières et rencontrer la responsable des soins pour échanger sur le fonctionnement de votre CLSC, les programmes en place ainsi que sur l'organisation et le climat de travail. Lors de cette visite, je pourrai également rencontrer les infirmières pendant quinze à vingt minutes pour leur fournir des renseignements supplémentaires sur le déroulement de ma recherche et sur leur participation éventuelle.

Les données recherchées seront obtenues par des entrevues de groupe d'une durée d'environ trois heures avec les infirmières intéressées. Elles se dérouleront à votre CLSC. Elles seront semi-structurées à partir d'un protocole d'entrevue revu et agréé par ma directrice de recherche. Une deuxième entrevue aura lieu par la suite dans les mêmes conditions quelques semaines après la première. Tous les renseignements recueillis pour cette étude demeureront confidentiels. Le nom de votre CLSC et des infirmières participantes n'apparaîtront sur aucun document. De plus, l'ensemble des documents seront détruits à la fin de cette recherche. Une formule de consentement pour participer à la recherche spécifiant le respect de la confidentialité devra être signée par vous et les participantes. Votre CLSC et les participantes seront libres de se retirer en tout temps. Pour participer à cette recherche, je vous prie de communiquer avec moi au numéro de téléphone suivant : 639-0660 poste 242. Je vous remercie à l'avance de votre collaboration et suis disponible pour répondre à vos questions. Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués,

Louissette Lamontagne

Étudiante à la maîtrise en Sciences infirmières, Université de Montréal.

ANNEXE C

Objet : lettre de présentation du projet de recherche aux RSI des CLSC

Madame, Monsieur,

Je travaille en CLSC depuis plusieurs années et je poursuis des études à la maîtrise en Sciences infirmières à l'Université de Montréal. Je fais mon mémoire sur les expériences vécues par des infirmières de CLSC suite à la réforme de la santé et des services sociaux commencée au début des années 1990. Mon devis de recherche exige la participation de deux ou trois CLSC. J'ai fait parvenir une lettre de présentation du projet de recherche à votre directeur général afin de solliciter la participation de votre CLSC. Il s'agit d'une étude qualitative influencée par la méthode et l'approche théorique en psychodynamique du travail. Pour participer à cette étude, les infirmières intéressées doivent être prêtes à faire preuve de transparence. Avec l'accord de votre directeur général, je pourrai leur envoyer une lettre d'information et vous rencontrer pour échanger sur le fonctionnement de votre CLSC, les programmes en place ainsi que sur l'organisation et le climat de travail. Lors de cette visite, j'aimerais aussi rencontrer les infirmières pendant quinze à vingt minutes pour leur fournir des renseignements supplémentaires sur le déroulement de ma recherche et leur participation éventuelle.

Je crois qu'il peut être dans l'intérêt des CLSC de connaître comment toutes les transformations vécues peuvent influencer sur la vie humaine et professionnelle des infirmières. Cette étude devrait permettre une description précise de leurs expériences. Je cherche plus particulièrement à obtenir de celles-ci la description et leur compréhension des transformations effectuées dans leur CLSC. Je cherche également à connaître leur perception et la manière dont elles vivent individuellement et collectivement ces changements ainsi que l'influence qu'ils ont sur leur bien-être personnel, sur le sentiment de maîtrise de leurs rôles et sur la satisfaction de leurs relations. Pour mettre en contexte les informations obtenues, je devrai avoir accès à des

informations de nature organisationnelle comme le plan d'organisation, le dernier rapport annuel ou d'autres types d'informations pouvant le mieux me renseigner sur l'organisation et le climat de travail de travail dans votre établissement.

Les données recherchées seront obtenues par deux entrevues de groupe d'une durée d'environ trois heures avec les infirmières intéressées. Elles se dérouleront à votre CLSC et auront lieu à lieu à la fin de la journée de travail. Elles seront semi-structurées à partir d'un protocole d'entrevue revu et agréé par ma directrice de recherche. La deuxième entrevue aura lieu quelques semaines suivant la première entrevue dans les mêmes conditions; elle servira à la validation de l'analyse et de l'interprétation que j'aurai faites suite à la première entrevue. Tous les renseignements recueillis pour cette étude demeureront confidentiels. Seule ma directrice de recherche prendra connaissance des informations recueillies. Le nom de votre CLSC et des infirmières participantes n'apparaîtront sur aucun document. De plus, l'ensemble des documents, tant écrits que sonores, seront détruits à la fin de cette recherche. Une formule de consentement pour participer à la recherche spécifiant le respect de la confidentialité devra être signée par votre directeur général et les infirmières participantes. Ceux-ci seront libres de se retirer en tout temps. Je communiquerai avec vous dès que votre directeur général m'aura fait connaître l'intérêt de votre CLSC pour participer à ma recherche.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués,

Louissette Lamontagne

Étudiante à la maîtrise en Sciences infirmières, Université de Montréal.

ANNEXE D

Objet : informations à transmettre aux infirmières des CLSC

Madame, Monsieur,

Je travaille en CLSC depuis plusieurs années et je poursuis des études à la maîtrise en Sciences infirmières à l'Université de Montréal. Je fais mon mémoire sur l'expérience vécue par des infirmières de CLSC suite à la réforme de la santé et des services sociaux commencée au début des années 1990. Dans votre CLSC vous vivez sans doute divers changements tant au niveau professionnel qu'organisationnel. Aussi, avec l'accord de votre directeur général, je vous invite, peu importe le secteur d'activités où vous exercez, à participer à des entrevues de groupe pour partager vos expériences de travail. Je cherche à obtenir la description et la compréhension que vous vous faites des transformations et changements qui sont survenus à votre CLSC. Je cherche plus particulièrement à connaître votre perception et la manière dont vous vivez ces changements ainsi que l'influence qu'ils ont sur votre bien-être personnel, sur le sentiment de maîtrise de vos rôles et sur la satisfaction de vos relations.

Il s'agit d'une étude qualitative influencée par la méthode et l'approche théorique en psychodynamique du travail. Pour participer à cette étude, deux conditions sont essentielles : être particulièrement intéressée par le sujet et être prête à faire preuve de transparence. Si vous acceptez, vous devrez participer à deux entrevues de groupe d'une durée approximative de deux à trois heures chacune et remplir un questionnaire comprenant à la fois des données sociodémographiques et des données contextuelles en lien avec votre milieu de travail. Ce questionnaire vous sera remis lors de notre première entrevue. Des entrevues semi-structurées seront faites à partir d'un protocole d'entrevue et auront lieu à votre CLSC à la fin de votre journée de travail. Tous les renseignements recueillis pour cette étude demeureront confidentiels. Seule ma directrice de recherche prendra connaissance des informations

recueillies. Votre nom et celui de votre CLSC n'apparaîtront sur aucun document. L'ensemble des documents vous concernant, tant écrits que sonores, seront détruits à la fin de cette recherche. Vous serez libres de vous retirer en tout temps de cette étude.

Votre participation est importante pour la recherche en sciences infirmières. Les résultats de cette étude devraient permettre une meilleure compréhension de votre réalité dans un contexte de changement organisationnel majeur. Ils pourront également contribuer à enrichir votre travail à titre d'infirmières et vous donner la possibilité d'identifier des moyens d'améliorer votre contribution dans votre milieu de travail. Lors d'une rencontre prochaine avec la responsable des soins infirmiers de votre CLSC, je vous rencontrerai pendant quelques minutes en vue de vous fournir des renseignements supplémentaires sur le déroulement de ma recherche et sur votre participation éventuelle.

Vous remerciant à l'avance de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués,

Louissette Lamontagne,

Étudiante à la maîtrise en Sciences infirmières, Université de Montréal.

ANNEXE E

Questionnaire de données sociodémographiques et contextuelles

Informations personnelles: Âge : _____ F : ____ M : ____

Statut : _____ Nombre de personnes à charge : ____

Formation professionnelle: Dernier diplôme obtenu : _____

Institution : _____ Année: _____

Formations connexes:

_____ Année: _____

_____ Année: _____

Expériences de travail (à titre d'infirmière):

Nombre total d'années d'expérience comme infirmière: _____

Postes actuels :	_____	Depuis ____ Année(s)
	_____	Depuis ____ Année(s)
Postes antérieurs au CLSC ou dans d'autres établissements :		
	_____	Durant ____ Année(s)
	_____	Durant ____ Année(s)
	_____	Durant ____ Année(s)

Réalisations particulières et mandats spéciaux:

ANNEXE F

Protocole d'entrevueListe des thèmes utilisés**A. Les propriétés universelles des transitions:**

- changement de direction dans le processus (phases psychologiques traversées de 1990 à ce jour)
 - intensité et nature des changements
 - nature des réactions et sentiments vécus face à ces changements à travers le temps
 - modifications au niveau de l'identité, des rôles, des relations, des capacités et des modes de comportement

B. Les conditions pouvant influencer l'expérience des transitions:

- significations données aux changements (désirés ou non)
- contexte culturel de l'organisation entourant les changements (description; modification ou non)
- attentes face aux changements (réalistes ou non)
- niveau de connaissances et d'habiletés face aux changements (suffisants ou non)
- environnement
- importance, utilité et pertinence des ressources de support à l'intérieur du milieu de travail et à l'extérieur tant au niveau personnel, collectif qu'interpersonnel:
 - support social au travail
 - soutien cognitif: réseaux d'information verticale et horizontale existants ou non
 - soutien affectif: des collègues, du personnel hiérarchique (la nature des relations)
 - soutien hors du travail
 - soutien affectif: sentiment vécu à cet égard avec les proches
 - soutien du syndicat (soutien cognitif et affectif)

- niveau de planification des changements au CLSC
 - avant
 - pendant
 - identification de personnes clés
 - qualité de la communication

C. Le contenu significatif de la tâche/contraintes d'activité et imaginaire social des infirmières:

- degré de liberté, de responsabilité, de pouvoir sur l'acte et d'autonomie dans les fonctions
- reconnaissance sociale à l'interne
- reconnaissance des savoir-faire et des faits
- reconnaissance des compétences (le personnel d'encadrement, les pairs, les autres professionnels, la clientèle, soi-même) :
 - intérêt des fonctions occupées
 - désir de réussite/désir d'être utile
 - sentiment ou non d'utiliser ses connaissances
 - les éléments les plus importants de la profession infirmière en CLSC
 - investissement fait dans la vie au travail et dans la vie privée
 - statut professionnel, mobilité dans la profession et sécurité d'emploi
 - sentiment par rapport à l'évolution de la profession infirmière
 - la question des salaires
 - sources de plaisir au travail
 - sources de difficulté au travail

D. Les indicateurs de succès des transitions:

- bien-être personnel

- façon de composer avec les changements, de conserver un sens de la dignité, de l'intégrité

- qualité de la vie

- maîtrise des rôles
 - les comportements en regard des rôles

 - la perception en regard de la compétence et de la confiance en soi pour remplir **les rôles formels**: en programmation, en éducation, en consultation, en recherche, dans la liaison et dans les activités politiques et **les rôles informels**: dans les différents rôles sociaux

 - les connaissances

 - les habiletés cognitives

 - la prise de décision

 - les habiletés psychomotrices

- satisfaction des relations
 - hiérarchisation, sentiment vécu et nature des relations

 - rapport infirmières/gestionnaires (relation au pouvoir et à l'autorité)

 - rapport infirmières/autres professionnels du CLSC

 - rapport infirmières/infirmières

 - rapport avec les usagers

 - rapport vie privée/vie publique ou de travail

E. Les solutions:

- ce qu'il faut protéger dans l'organisation du travail

- ce qu'il faut changer dans l'organisation du travail
 - solutions à court terme

 - solutions à long terme

ANNEXE G

FORMULES DE CONSENTEMENT :

1 - À l'intention de la direction des CLSC

Je, _____, (personne autorisée du CLSC) autorise
Louisette Lamontagne à effectuer une recherche auprès d'infirmières de notre CLSC dans le
cadre de ses études à la maîtrise en Sciences infirmières.

Il est entendu que cette recherche est volontaire et qu'elle se fera au CLSC mais en dehors
des heures de travail et qu'en aucun cas et sur aucun document ni le CLSC ni les infirmières ne
seront identifiés et qu'à la fin de cette recherche, tout document écrit ou sonore sera détruit.

Une copie de la recherche sera remise aux autorités du CLSC et à chaque infirmière
participante.

Date

Signature

2 – À l'intention des infirmières participantes

Je,, accepte de façon volontaire de participer à l'étude effectuée par Louise Lamontagne dans le cadre de ses études à la maîtrise en Sciences infirmières. J'accepte de partager mon expérience de travail en CLSC suite à la réforme de la santé et des services sociaux. Mon engagement consiste à compléter un questionnaire de données sociodémographiques et contextuelles et à participer à deux entrevues de groupe d'une durée approximative de deux à trois heures chacune qui auront lieu après mes heures de travail.

Je sais qu'en aucun temps mon nom et celui de mon CLSC n'apparaîtront sur aucun document et qu'à la fin de cette recherche, tout document écrit ou sonore sera détruit et qu'une copie de ce mémoire de maîtrise me sera remise.

Date

Signature