

Université de Montréal

**La signification de la qualité de vie au travail
d'infirmières œuvrant en milieu clinique**

par

Julie Gascon, inf. B.Sc.

Faculté des sciences infirmières

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

Juillet 2001

©Julie Gascon, 2001



WY

5

N58

2001

N. 015

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

**La signification de la qualité de vie au travail
d'infirmières oeuvrant en milieu clinique**

présenté par :

Julie Gascon, inf. B.Sc.

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Gagnon, inf. Ph.D. : président rapporteur

Chantal Cara, inf. Ph.D. : directrice de recherche

André Duquette, inf. Ph.D. : membre du jury

Mémoire accepté le 13 août 2001

REMERCIEMENTS

Je voudrais d'abord remercier sincèrement ma directrice de thèse, Dr. Chantal Cara, pour sa confiance, ses encouragements et son dynamisme afin de mener à terme ce projet de recherche. Dr. Cara s'est impliquée activement dans la réussite de ce mémoire en manifestant un dévouement hors du commun.

Un merci spécial aux membres du comité d'approbation, les Drs. André Duquette et Chantal Viens, qui ont su me guider dans l'élaboration initiale de ce projet de maîtrise. De même, je tiens à remercier les membres du jury final, les Drs. Louise Gagnon et André Duquette, qui ont bien voulu enrichir cette recherche grâce à leurs précieux commentaires.

Je suis reconnaissante envers les cinq infirmières soignantes qui ont accepté de collaborer à cette étude afin de m'aider à comprendre la signification du phénomène de la qualité de vie au travail.

Un merci également à mon amie Johanne Therrien pour son soutien, son écoute et ses suggestions dans la rédaction de ce mémoire.

Finalement, je désire remercier ma famille pour leurs encouragements ainsi que mon conjoint, Jean-François, sans qui ce mémoire de maîtrise n'aurait pu voir le jour.

Sommaire

Les infirmières soignantes occupent une place de premier choix dans le fonctionnement du système de santé québécois. Dans un contexte de restructuration des soins, il semble primordial de s'intéresser au phénomène de la qualité de vie au travail, tel que perçu par celles dont le principal mandat consiste à offrir des soins de qualité à la clientèle. Ceci peut dès lors inciter les chercheurs, administrateurs et cliniciens à se pencher sur les conséquences de la qualité de vie au travail, comme par exemple les difficultés d'attraction et de rétention au sein de la profession. Toutefois, au niveau de la discipline infirmière, il existe peu d'études traitant spécifiquement du concept de la qualité de vie au travail, d'où la pertinence de réaliser la présente recherche. Par ailleurs, les écrits disponibles semblent accorder davantage d'importance à la qualité de l'environnement de travail et à la satisfaction au travail. Ainsi, le but de cette recherche phénoménologique consiste à décrire et comprendre la signification du phénomène de la qualité de vie au travail pour l'infirmière oeuvrant en milieu clinique.

Cette étude qualitative a été effectuée auprès d'un échantillon de convenance formé de cinq infirmières soignantes issues de quatre types de milieux cliniques différents. Afin d'explorer la perception des infirmières face au phénomène de la qualité de vie au travail, la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999) a été utilisée comme toile de fond dans la présente étude. En utilisant la méthode de recherche phénoménologique de Giorgi (1979, 1997), quatre thèmes ont émergé suite à l'analyse des données. Il apparaît ainsi que la qualité de vie au travail peut être tributaire de la capacité de l'infirmière soignante à s'actualiser. Ce premier thème s'articule autour de six sous-thèmes considérés importants par les participantes, dont : 1) l'actualisation ; 2) la satisfaction au travail ; 3) le bien-être psychologique ; 4) l'énergie et 5) l'équilibre. De

plus, en vue de promouvoir le maintien d'une qualité de vie au travail élevée, les infirmières interrogées accordent une attention particulière à la reconnaissance de leur compétence. Ce deuxième thème regroupe, pour sa part, les cinq sous-thèmes suivants : 1) la reconnaissance ; 2) la possibilité de formation continue ; 3) les responsabilités ; 4) l'enseignement à la clientèle et 5) la relation d'aide client-famille. Par ailleurs, les infirmières soignantes témoignent de l'importance des relations de *caring* dans leur environnement de travail. Ce troisième thème comprend quatre sous-thèmes importants : 1) le soutien des pairs, des supérieurs et de l'équipe multidisciplinaire ; 2) la communication ; 3) l'engagement et 4) l'appartenance au groupe. Enfin, les infirmières s'avèrent être préoccupées par le maintien des conditions de travail favorables dans leur environnement de travail, lesquelles modifient leur qualité de vie au travail. Ce dernier thème inclut six sous-thèmes : 1) la salubrité de l'environnement de travail ; 2) le temps suffisant pour compléter le travail ; 3) la charge de travail adaptée ; 4) les ressources humaines et matérielles suffisantes ; 5) la convention collective équitable et 6) la capacité du milieu à résoudre les problèmes. À la lumière des résultats obtenus, il apparaît ainsi que l'essence de la qualité de vie au travail élevée chez les infirmières soignantes correspond à l'harmonie de la personne au travail. Les décideurs, administrateurs et cliniciens doivent prendre conscience de l'importance de ces résultats afin de considérer, dans la formulation des politiques de leur établissement, autant les aspects individuels qu'organisationnels. D'autres recherches, qualitatives et quantitatives, auprès de différentes populations d'infirmières seraient enfin souhaitables afin de préciser la signification du concept de la qualité de vie au travail.

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre premier La problématique	4
Le but de l'étude	13
La question de recherche.....	13
Chapitre deuxième La revue des écrits	14
Le travail infirmier	15
Le contexte de la transformation du travail infirmier	15
Les enjeux majeurs de la profession infirmière	17
La qualité de vie au travail.....	25
La qualité de vie en général	25
L'historique du concept de la qualité de vie au travail dans le domaine industriel ...	27
Le concept de la qualité de vie au travail en sciences infirmières	29
Le modèle de O'Brien-Pallas et Baumann (1992)	35
La philosophie du <i>caring</i> de Watson	38
La vision de la personne.....	39
La vision de l'environnement	41
La vision de la santé.....	42
La vision du soin.....	43
Chapitre troisième La méthode de recherche.....	49
La pertinence de la phénoménologie en sciences infirmières	50
La philosophie phénoménologique	51
La méthode phénoménologique	53

Le milieu	55
La population cible.....	55
L'échantillon	56
Les critères d'inclusion	56
Le recrutement des participantes.....	56
Le déroulement de l'étude.....	57
L'analyse des données.....	58
Les considérations éthiques	61
La rigueur scientifique	62
Les limites de l'étude	63
Chapitre quatrième La présentation des résultats.....	66
Le profil des participantes.....	67
Participante #1 : Annabelle.....	67
Participante #2 : Véronique	67
Participante #3 : Caroline.....	68
Participante #4 : Florence	69
Participante # 5 : Barbara.....	69
Les sous-thèmes et thèmes émergeant des entrevues.....	70
L'actualisation du potentiel de la personne.....	70
La reconnaissance de la compétence de l'infirmière	75
L'importance des relations de <i>caring</i> dans l'environnement de travail.....	80
Le maintien des conditions de travail favorables.....	85
L'essence du phénomène	91

Chapitre cinquième La discussion des résultats.....	95
L'actualisation du potentiel de la personne.....	96
La reconnaissance de la compétence de l'infirmière	99
L'importance des relations de <i>caring</i> dans l'environnement de travail.....	104
Le maintien des conditions de travail favorables.....	108
L'essence du phénomène	112
Les implications pour la gestion, la pratique, la recherche et l'éducation en sciences infirmières.....	115
Les implications pour la gestion et la pratique	115
Les implications pour la recherche et l'éducation.....	116
Les recommandations pour la gestion, la pratique, la recherche et l'éducation en sciences infirmières.....	118
Les recommandations pour la gestion et la pratique en sciences infirmières	118
Les recommandations pour la recherche et l'éducation.....	120
Conclusion	123
Références.....	125

Liste des appendices

Appendice A

Structure conique de la qualité de vie au travail en fonction de la qualité de vie en général.....	135
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Appendice B

<i>Bracketing</i> de l'étudiante-chercheure sur le phénomène étudié	137
---------------------------------------------------------------------------	-----

Appendice C

Renseignements aux participantes	142
----------------------------------------	-----

Appendice D

Formulaire de consentement	147
----------------------------------	-----

Appendice E

Questionnaire socio-démographique.....	149
----------------------------------------	-----

Appendice F

Guide d'entrevue.....	151
-----------------------	-----

Appendice G

Entrevue de Barbara.....	153
--------------------------	-----

Appendice H

Certificat d'éthique	157
----------------------------	-----

Appendice I

Données socio-démographiques sur chacune des participantes.....	158
-----------------------------------------------------------------	-----

Appendice J

Sous-thèmes pour chacune des participantes	160
--------------------------------------------------	-----

Appendice K

Thèmes et sous-thèmes pour l'ensemble des participantes..... 163

Appendice L

Exemple du processus d'analyse phénoménologique 165

Introduction

La réforme du réseau de la santé s'inscrit d'abord dans un courant de restrictions budgétaires et de rationalisation des ressources humaines (A.H.Q., 1999 ; M.S.S.S., 1996, 1997). Elle bouleverse ainsi les modes de pratique et l'environnement de travail pouvant perturber la qualité de vie au travail des infirmières soignantes. Dorénavant, celles-ci doivent faire face à des « enjeux » majeurs au sein de la profession, tels que la division, la désertion, la difficulté des conditions de travail, la déqualification et la démotivation (Dallaire, O'Neill, & Lessard, 1994). La revue des écrits, réalisée dans le cadre de cette recherche qualitative, amène l'étudiante-chercheuse à constater qu'il existe peu d'études traitant spécifiquement de la qualité de vie au travail au niveau de la discipline infirmière. Or, dans le domaine industriel, ce concept est toutefois reconnu par Elizur et Shye (1990) comme représentant un phénomène multidimensionnel. Malgré les difficultés évidentes à préciser ce terme, les chercheurs semblent partager une vision commune sur l'existence de certains facteurs influençant la qualité de vie au travail des infirmières. Par ailleurs, tel que mentionné par McNeese-Smith (1999), ce concept semble résulter de l'atteinte du besoin d'actualisation de soi de l'infirmière, lequel est situé en haut de la hiérarchie des besoins de l'être humain selon Watson (1985, 1988). La philosophie du *caring* de Watson, utilisée comme toile de fond dans la présente étude, encourage l'étudiante-chercheuse à explorer la perception des infirmières face au phénomène étudié. Le but de cette recherche phénoménologique consiste à décrire et à comprendre la signification de la qualité de vie au travail pour l'infirmière oeuvrant en milieu clinique. Ce projet s'inscrit dans une perspective novatrice puisque peu d'auteurs semblent avoir étudié les éléments positifs influençant la qualité de vie au travail des infirmières. En plus d'améliorer les connaissances sur un tel concept, les résultats obtenus pourront

encourager les cliniciens, les administrateurs et les décideurs à développer des stratégies visant à améliorer la qualité de vie au travail des infirmières.

Ce mémoire de maîtrise contient cinq chapitres. Le premier présente la problématique, le but de l'étude et la question de recherche. Le deuxième chapitre dresse une revue des principaux écrits sur le contexte du travail infirmier ainsi que sur le phénomène de la qualité de vie au travail. Il expose ensuite le modèle conceptuel utilisé comme toile de fond dans cette étude. Le troisième chapitre présente la méthode de recherche retenue. Les résultats sont enfin révélés au quatrième chapitre puis discutés au cinquième chapitre à l'aide des principaux écrits scientifiques consultés. Le dernier chapitre aborde finalement diverses implications et recommandations pour les sciences infirmières, lesquelles sont suivies d'une conclusion générale sur la présente recherche.

Chapitre premier

La problématique

Dans les années 1990, les travaux de la Commission Rochon ont considérablement modifié le fonctionnement du système de santé québécois. Selon l'Association des hôpitaux du Québec (A.H.Q., 1999) ainsi que le Ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S., 1996, 1997), la transformation du réseau de la santé s'inscrit dans un courant de restrictions budgétaires et de rationalisation des ressources humaines. Elle vise principalement à opérer un virage ambulatoire capable de limiter les hospitalisations et de réduire significativement la durée de séjour des usagers (A.H.Q., 1999 ; M.S.S.S., 1996, 1997). Cependant, une telle réorganisation ne s'effectue pas sans créer des bouleversements majeurs dans les modes de pratique infirmière [Association des infirmières et infirmiers du Canada (A.I.I.C.), 1998, 1999; Conseil du Statut de la Femme (C.S.F.), 1996 ; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.), 1999a] et, conséquemment, sans perturber l'environnement de travail du personnel soignant. Dorénavant, l'infirmière doit faire face à des « enjeux » majeurs au sein de la profession, tels que la division, la désertion, la difficulté des conditions de travail, la déqualification et la démotivation (Dallaire, O'Neill & Lessard, 1994). Elle doit aussi posséder des compétences accrues de même qu'un esprit critique et créatif qui, selon l'A.H.Q. (1999), lui permettent de répondre aux problèmes de santé complexes de la clientèle.

Les observations de l'étudiante-chercheuse et des témoignages d'infirmières oeuvrant dans le milieu clinique tendent à démontrer que cette réorganisation a des conséquences négatives sur la qualité de vie du personnel soignant. En effet, des études réalisées auprès de divers groupes révèlent que les infirmières éprouvent beaucoup de morosité et plusieurs d'entre elles parlent d'épuisement, de souffrance et de détresse émotionnelle (Bédard & Duquette, 1998; Bourbonnais, Comeau, Viens, Laliberté,

Malenfant, Brisson, & Vézina, 1998; Carpentier-Roy, 1991; Duquette, Kérouac, Saulnier & Sandhu, 1994, 1995). Dans leur rapport de recherche soumis au M.S.S.S., Bourbonnais et al. (1998) spécifient également que presque 39% des infirmières interrogées ont mentionné envisager un changement d'orientation professionnelle depuis la transformation du réseau. L'O.I.I.Q. (1999a) déplore quant à elle les difficultés à attirer et à retenir les infirmières dans le système de santé. En effet, l'étude exploratoire de l'O.I.I.Q. (1999b) portant sur l'ensemble de ses membres fait ressortir une baisse significative des infirmières qui déclarent « être en pratique », passant de 61 582 membres en 1991-1992 à 59 096 membres en 1998. Ce rapport tient également compte des mises à la retraite survenues au cours des dernières années. Ainsi, la réduction considérable des effectifs infirmiers devrait-elle encourager les chercheurs, les administrateurs et les cliniciens à étudier le phénomène de la qualité de vie au travail surtout dans un contexte environnemental difficile, de façon à promouvoir le maintien à l'emploi des infirmières?

À l'échelle nationale et internationale, des statistiques alarmantes sur les effectifs infirmiers (A.I.I.C., 1998 ; Buerhauss, 1998) révèlent un grave malaise dans la profession. La qualité de vie au travail des infirmières semble être perturbée à un tel point que, dans sa lettre adressée aux ministres canadiens de la santé, Jeans (1999), directrice de l'A.I.I.C., affirme que 56% des infirmières nouvellement diplômées ont émigré aux États-Unis en 1996. Ceci amène l'A.I.I.C. (1998) à s'interroger sur les impacts négatifs d'un tel exode sur la qualité et la continuité des soins prodigués aux usagers. Malgré ce mouvement d'émigration des infirmières canadiennes, la situation qui sévit aux États-Unis n'est guère mieux. En effet, à partir des données recueillies dans le *National Sample Survey of the Population of RNs* (1994), Buerhauss (1998) constate également une

diminution notable des effectifs infirmiers. Selon Desrosiers (2000), la pénurie d'infirmières au Québec constitue une occasion inespérée d'apporter des changements majeurs au sein de la profession et du système de santé. La qualité de vie au travail des infirmières apparaît comme une préoccupation majeure du réseau de la santé puisqu'elle s'avère tributaire d'une pratique infirmière permettant d'assurer des soins de qualité à la population.

Depuis 30 ans, la qualité de vie au travail a fait l'objet de multiples investigations dans le domaine industriel (Andrew & Withey, 1974 ; Bergeron, 1982 ; Bowditch & Bouno, 1987 ; Elizur & Shye, 1990 ; Flanagan, 1992 ; Goodale, Hall, Burke, & Joyney, 1975 ; Havlovic, 1991 ; Kierman & Marone, 1996 ; Goode, 1989 ; Loscocco & Roschelle, 1991 ; Sashkin & Burke, 1987 ; Stepp, 1985 ; Turcotte, 1982 ; Zeffane, 1994) sans pour autant permettre de dégager avec unanimité une définition de ce concept. Plusieurs auteurs ayant réalisé une revue des écrits (Kierman & Marone, 1996 ; Goode, 1989 ; Havlovic, 1991 ; Stepp, 1985) révèlent que, dans les **années 1960**, le phénomène de la qualité de vie au travail a initialement été développé dans une perspective de productivité et de rentabilité. D'autres recensions des écrits (Bergeron, 1982 ; Flanagan, 1992 ; Loscocco & Roschelle, 1991 ; Zeffane, 1994) précisent que le concept de la qualité de vie au travail a été défini à cette époque comme représentant la satisfaction d'une personne au travail. Durant les **années 1970 et 1980**, un courant plus humaniste amène certains auteurs à définir la qualité de vie au travail selon une autre dimension, soit celle du bien-être psychologique (Andrew & Withey, 1974 ; Bowditch & Bouno, 1987 ; Goodale et al., 1975 ; Sashkin & Burke, 1987 ; Turcotte, 1982). Pour Andrew et Withey (1974), ainsi que Goodale et al. (1975), la qualité de vie au travail s'illustre par des sentiments

d'énergie, de détente, de plaisir et d'intérêt au travail. Dans les **années 1990**, à partir de leurs résultats de recherche, Elizur et Shye (1990) définissent la qualité de vie au travail comme représentant un haut niveau d'efficacité de la personne dans ses dimensions physique, psychologique, sociale et culturelle et ce, à travers les différentes formes d'interactions qu'elle a avec son environnement. Or, la revue des divers écrits dans le domaine industriel, effectuée ci-haut, semble démontrer que les auteurs éprouvent des difficultés à clairement définir la qualité de vie au travail. En effet, selon Kiernan et Knutson (1990), ce concept ne peut se réduire à un seul aspect. Ces auteurs reconnaissent qu'il constitue plutôt un phénomène multidimensionnel.

Au niveau de la discipline infirmière, il existe très peu d'études sur le concept de la qualité de vie au travail. De plus, ces écrits se concentrent principalement sur la satisfaction au travail des infirmières. En effet, Blegen (1993) de même que Peddicord Witley et Putzier (1994) examinent la qualité de vie au travail sous l'angle de la satisfaction en insistant davantage sur les aspects sociaux de la qualité de l'environnement de travail des infirmières. Également, l'A.I.I.C. et l'A.H.C. (1990) effectuent une revue des principales études sur le maintien des effectifs infirmiers et sur la qualité de vie au travail. Ces organismes constatent une augmentation du degré de mécontentement des infirmières au cours des dix dernières années, ce qui les amènent à examiner ce concept à partir de différents écrits sur la satisfaction au travail. Dans son mémoire de maîtrise, Delmas (1999) réalise une étude quantitative visant à décrire les niveaux de qualité de vie au travail et de hardiesse de même que les stratégies de *coping* utilisées par les infirmières. Outre l'étude de Delmas (1999), il existe très peu d'écrits visant à décrire spécifiquement le phénomène de la qualité de vie au travail auprès de populations

d'infirmières. La plupart d'entre eux ont essentiellement examiné les facteurs influençant l'environnement de travail des infirmières. Ainsi, O'Brien-Pallas et Bauman (1992) présentent un modèle théorique où elles décrivent les caractéristiques individuelles, sociales et administratives susceptibles d'agir sur l'environnement de travail des infirmières. Elles considèrent également les demandes des bénéficiaires, les politiques de santé et le marché du travail. À l'aide de ce modèle, ces auteures tentent d'explorer le phénomène de la qualité de vie au travail au moyen d'une description des facteurs de satisfaction reliés à l'environnement de travail des infirmières (O'Brien-Pallas, Bauman & Villeneuve, 1994).

Plusieurs facteurs de satisfaction et d'insatisfaction influencent la qualité de vie au travail des infirmières (Attridge & Callahan, 1990 ; Blegen, 1993; Cavanagh, 1992; Knox & Irving, 1997; McNeese-Smith, 1999; O'Brien-Pallas, Baumann & Villeneuve, 1994 ; Peddicord Whitley & Putzier, 1994; Tovey & Adams, 1999). En effet, selon Blegen (1993), le stress et l'engagement représentent les deux facteurs les plus reliés à la qualité de vie au travail. De même, l'autonomie (Blegen, 1993; Sovie, 1993; Grant et al., 1994) et le style de gestion (Cara, 1997; Delmas, 1999 ; Duquette, Kérouac & Michaud, 1994; Morrison, Jones & Fuller, 1997; Moss & Rowles, 1997) constituent d'autres facteurs étroitement associés à ce concept. Des soins infirmiers de qualité, un environnement de travail sain et agréable, une charge de travail adaptée, des relations de travail amicales avec les collègues et les autres professionnels de la santé constituent certains des facteurs de satisfaction identifiés par Attridge et Callahan (1990) puis repris par McNeese-Smith (1999). Sous l'angle de la satisfaction au travail, McNeese-Smith mentionne également que la qualité de vie au travail résulte de l'atteinte du besoin d'actualisation de soi, lequel

est situé en haut de la hiérarchie des besoins humains de Maslow (1970) et de Watson (1985, 1988).

Par ailleurs, Watson (1985, 1988) fait également référence aux besoins d'autonomie, de croissance personnelle, de contrôle, d'émancipation et de liberté de l'infirmière. Ceux-ci dépendent toutefois de la satisfaction des besoins d'ordre inférieur ainsi que du contexte dans lequel la personne vit (Watson, 1985). De même, cette théoricienne reconnaît que l'actualisation de soi d'une personne est tributaire de sa qualité de vie. Une qualité de vie élevée devient également associée, selon cette dernière, à un niveau accru de prise de conscience de soi, d'engagement et d'émancipation. Watson (1985, 1988) reconnaît enfin que le *caring* favorise la satisfaction des besoins humains, lesquels contribuent à promouvoir l'harmonie corps-âme-esprit de la personne. Cette harmonie engendre un respect de soi, une connaissance de soi, un soin envers soi et une autoguérison (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994) qui peuvent paraître essentiels au développement et au maintien d'une qualité de vie au travail pour l'infirmière soignante. Ainsi, la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999) semble être une toile de fond appropriée à l'étude du phénomène de la qualité de vie au travail des infirmières oeuvrant en milieu clinique.

Afin d'accroître la qualité de vie au travail des infirmières, plusieurs auteurs ont suggéré différentes interventions. Tout d'abord, Duquette, Ducharme, Pepin, & Kérouac, 1992 proposent d'instaurer des horaires de travail flexibles et autogérés, de modifier les postes offerts, d'offrir des primes et des avantages sociaux adéquats et de créer des cercles de qualité. Cette dernière stratégie consiste à former des groupes de 5 à 10 employés afin de résoudre des problèmes relatifs à la qualité de vie au travail des individus (Cotton,

1997 ; Dessler & Turner, 1992 ; Duquette et al., 1992).

Puis, d'autres solutions visent à informatiser les divers documents utilisés par les infirmières, à promouvoir une augmentation entre le minimum et le maximum de salaire, à établir un plan de carrière en milieu clinique, à adapter les systèmes de prestation (soins infirmiers intégraux, gestion de cas) et enfin à modifier la philosophie de gestion de l'établissement vers la décentralisation (Duquette et al., 1992). Pour ces chercheurs, une telle philosophie apparaît comme sous-jacente au succès des hôpitaux dits magnétiques. Il s'agit d'établissements américains reconnus pour leur capacité à recruter et à maintenir en place des infirmières (Ganley, 1991 ; Gleason Scott, Sochalski, & Aiken, 1999 ; Kramer & Schmalenberg, 1990). Il apparaît que l'environnement de travail représente un élément déterminant de la qualité de vie au travail des infirmières oeuvrant en milieu clinique.

Selon plusieurs auteurs (Cara, 1997 ; Greenleaf, 1991 ; Montgomery, 1993 ; Nyberg, 1991 ; Ray, 1989), l'environnement dans lequel les soins sont dispensés influence l'engagement de l'infirmière auprès du client et de sa famille, ce qui peut dès lors avoir un effet sur la pratique du *caring* de l'infirmière. Ainsi, d'après Montgomery (1993), un environnement favorable au *caring* contribue à promouvoir l'estime de soi ainsi que le sentiment d'émancipation de l'infirmière. À la lumière des travaux de recherche effectués, Knox et Irving (1997) reconnaissent l'influence prépondérante de l'environnement sur la qualité de vie au travail. Ces auteurs mentionnent qu'un environnement de travail humaniste permet à l'infirmière d'atteindre des niveaux élevés de croissance continue en plus d'améliorer ses performances au travail. De plus, il apparaît qu'un environnement favorable au *caring* peut accroître la satisfaction professionnelle des soignantes en maintenant en poste les infirmières et en favorisant

l'embauche des nouvelles employées (Valentine, 1989). Enfin, cet environnement de *caring* semble contribuer à la promotion du développement et du maintien des effectifs infirmiers, tout en favorisant la qualité de vie au travail des soignantes.

Dans sa philosophie, Watson (1985, 1988, 1999) définit le *caring* comme un idéal moral qui nécessite une présence et un engagement de l'infirmière auprès du client et de sa famille. Cet engagement, dit-elle, peut seulement être démontré et pratiqué à l'intérieur de relations interpersonnelles. Dans son étude qualitative, McNeese-Smith (1999) reconnaît, pour sa part, l'importance du soutien social comme facteur de satisfaction au travail. D'après cette auteure, la satisfaction au travail provient souvent d'un sentiment d'interdépendance ou de solidarité avec les collègues, les usagers et les membres de la famille. Il devient dès lors possible, selon McNeese-Smith, de satisfaire le besoin d'actualisation de soi de l'infirmière par le biais des expériences vécues auprès des usagers ainsi que par l'atteinte d'une croissance personnelle et professionnelle. Ceci amène l'étudiante-chercheure à croire qu'une pratique basée sur le *caring* peut contribuer à promouvoir une qualité de vie au travail chez l'infirmière.

Compte tenu des connaissances diversifiées sur la qualité de vie au travail des infirmières et en dépit des interventions entreprises pour promouvoir son développement dans les milieux de soins, l'étudiante-chercheure constate qu'il existe une diminution notable des effectifs infirmiers. La situation actuelle vécue par les infirmières semble bien loin de s'améliorer. Toutefois, peu d'auteurs ont étudié les éléments positifs qui contribuent à promouvoir la qualité de vie au travail des infirmières. Ceci représente l'un des aspects novateurs de la présente étude. De plus, la plupart des écrits ont examiné la qualité de l'environnement de travail en sciences infirmières et les facteurs influençant cet

environnement de travail auprès de populations d'infirmières. Les auteurs ont ainsi énoncé de nombreux éléments « externes » à l'infirmière pouvant agir sur sa qualité de vie au travail. À la lumière des recherches effectuées, l'étudiante-chercheuse constate qu'aucune étude n'a exploré les éléments « internes » attribués au phénomène, tel que la signification de la qualité de vie au travail pour l'infirmière soignante. Il semble alors pertinent de réaliser une étude qualitative de type descriptif afin de mieux comprendre la situation vécue au travail par les infirmières oeuvrant en milieu clinique.

La philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988) préconise une approche existentielle et phénoménologique permettant d'identifier la perception qu'a la personne de sa situation. En effet, selon l'approche phénoménologique, cette théoricienne encourage la compréhension du vécu de l'individu dans le langage de l'expérience humaine comme elle apparaît à la conscience. La méthode de recherche phénoménologique, telle que développée par Giorgi (1979, 1997), est celle qui semble permettre le mieux de décrire la perception de l'infirmière quant à sa qualité de vie au travail.

Le but de l'étude

Le but de cette recherche consiste à décrire et à comprendre la signification de la qualité de vie au travail pour l'infirmière oeuvrant en milieu clinique.

La question de recherche

Quelle est la signification de la qualité de vie au travail pour l'infirmière oeuvrant en milieu clinique?

Chapitre deuxième

La revue des écrits

Ce chapitre sur la revue des écrits comprend d'abord une description du contexte du travail infirmier suivie d'une analyse des principaux écrits sur la qualité de vie au travail. La philosophie du *caring* de Watson, utilisée comme toile de fond dans la présente étude, constitue la dernière section de ce chapitre.

Le travail infirmier

Cette partie du texte expose les principaux aspects du contexte de la transformation du travail infirmier ainsi que les enjeux majeurs de la profession infirmière.

Le contexte de la transformation du travail infirmier

Durant les années 1990, le travail infirmier a subi de profondes transformations au Québec. Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S., 1996), la réorganisation s'articule autour de plusieurs pôles. Elle vise d'abord une plus grande efficience administrative. Ceci a été réalisé par la réduction du nombre d'établissements dans le réseau, par la diminution des dépenses de soutien au profit des services directs à la population et par la mise en commun de certains services offerts. Par ailleurs, le virage ambulatoire représente un des éléments les plus déterminants de la transformation. D'après l'Association des hôpitaux du Québec, « le virage ambulatoire réfère à un ensemble de pratiques qui permettent de soigner les personnes sans avoir à les hospitaliser ou en réduisant, de façon significative, la durée de leur hospitalisation » (A.H.Q., 1999, p. 3). Ce virage permet donc de développer des options alternatives à l'hospitalisation, telles que le maintien à domicile de la clientèle (A.H.Q., 1999 ; C.S.F., 1996 ; M.S.S.S., 1996, 1997). Par contre, le virage ambulatoire ne comporte pas uniquement des avantages. Il a aussi pour effet de créer une pression sur les autres composantes du système de santé

(A.H.Q., 1999 ; C.S.F., 1996 ; M.S.S.S, 1996, 1997) en obligeant les intervenants à modifier leurs modes de prestation des services. Il exige de profondes modifications en ce qui a trait aux mandats et aux responsabilités des établissements de santé ainsi qu'à ceux du personnel infirmier (C.S.F., 1996).

Dans son rapport final du groupe de travail sur les soins infirmiers, le M.S.S.S. (1997) dresse un portrait global des impacts de la transformation du réseau sur les besoins en soins infirmiers. Ce rapport présente les orientations, les implications générales, les portées administratives, les incidences sur les soins infirmiers et les indications concernant la prévision des ressources requises en soins infirmiers et ce, pour chacun des trois types d'établissements de santé retenus. Il s'agit des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (C.H.S.G.S.), des centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) ainsi que des centres d'hébergement et de soins de longue durée (C.H.S.L.D.). En ce qui a trait aux soins infirmiers, l'analyse de l'impact de la transformation du réseau a permis de faire ressortir des constats spécifiques aux milieux cliniques. D'abord, en C.H.S.G.S., les soins infirmiers sont le plus souvent prodigués à des clientèles dont la condition de santé est instable, ce qui nécessite des services plus spécialisés. Ces services requièrent également un suivi systématique des usagers avant, pendant et après l'hospitalisation. De même, la planification des congés ainsi que le développement et la mise en œuvre des programmes d'enseignement et de suivi de la clientèle ambulatoire constituent d'autres éléments importants résultant de la transformation. Alors que la pratique en C.L.S.C. est beaucoup moins encadrée, les soins infirmiers exigent quant à eux de l'autonomie et de la polyvalence de la part des intervenantes. Ce milieu connaît également une augmentation de la demande de soins infirmiers de première ligne (Info-

Santé, par exemple). Il nécessite aussi un plus grand besoin de soutien aux activités de la vie quotidienne auprès des clientèles en perte d'autonomie et présentant des problèmes chroniques de santé. Enfin, les soins infirmiers en C.H.S.L.D. doivent prendre en considération l'alourdissement de la clientèle.

Au-delà de l'analyse spécifique des impacts de la transformation du réseau dans chacune des catégories d'établissements, les échanges du groupe de travail du M.S.S.S. ont aussi fait ressortir un certain nombre de constats plus généraux. Il apparaît ainsi que toutes les catégories d'établissements ont manifesté le besoin de développer une plus grande polyvalence du personnel en soins infirmiers. Dans une revue des écrits portant sur le marché du travail en soins infirmiers depuis 1995, Dussault, Fournier, Zanchetta, Kérouac, Denis, Bojanowski, Carpentier et Grossman (1999) identifient certains éléments fondamentaux intrinsèques à la pratique en milieu clinique. Ceux-ci comprennent la polyvalence, la connaissance, la responsabilité et l'expertise technologique. Par contre, avec les récents changements apportés au réseau de la santé, les milieux cliniques éprouvent, entre autres, des difficultés à redéployer les différentes ressources en soins infirmiers afin d'assurer la polyvalence du personnel infirmier (M.S.S.S., 1997).

Les enjeux majeurs de la profession infirmière

Selon une perspective socio-politique, Dallaire, O'Neill et Lessard (1994) ont fait état des enjeux majeurs de la profession au début de cette période de transformation. Ils ont convenu d'appeler ces enjeux les cinq « D » des soins infirmiers au Québec : la division, la désertion, la difficulté des conditions de travail, la déqualification et la démotivation. Ces auteurs ont principalement fait ressortir les points négatifs du travail infirmier, lesquels peuvent influencer la qualité de vie au travail des infirmières oeuvrant

en milieu clinique.

En premier lieu, la **division** au sein de la profession infirmière s'explique par l'existence de nombreux conflits entre divers groupes intraprofessionnels (Dallaire et al., 1994). Par exemple, ces auteurs mentionnent les conflits entre l'O.I.I.Q. et les syndicats, entre les infirmières cadres et les syndiquées, entre les infirmières « bachelières » et les « techniciennes », de même qu'entre les différentes spécialités de soins infirmiers. Dallaire et al. (1994) identifient aussi une autre source de division, soit celle « d'être la seule profession au Québec à avoir deux niveaux de formation donnant accès au même champ de pratique professionnelle » (p. 248). En effet, selon les statistiques de l'O.I.I.Q. (1998), 57,8% des membres détiennent un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers (D.E.C.) ou un diplôme d'hôpital, 15,6% d'entre elles ont au moins terminé un certificat de premier cycle, 20,8% des infirmières possèdent un baccalauréat et, enfin, 5,8% des membres sont titulaires d'un diplôme de 2^e ou de 3^e cycle. Cette division au niveau de la formation suscite des tensions entre l'O.I.I.Q. et le syndicat (Dallaire et al., 1994). Ce dernier défend, selon ces auteurs, les intérêts socio-économiques de ses membres parmi lesquels on retrouve une majorité d'infirmières possédant une formation collégiale. Par ailleurs, l'O.I.I.Q. évalue les démarches de professionnalisation, appuyées très majoritairement par un groupe d'infirmières formées à l'université (Dallaire et al., 1994). Malgré ces divisions inévitables, la collaboration chez les infirmières existe. Dans son ouvrage intitulé « Corps et Âme », Carpentier-Roy (1991) décrit des collectifs de travail observés dans les hôpitaux montréalais. Elle souligne la coopération et la solidarité constante qu'exige le travail infirmier. Par exemple, elle mentionne la redistribution des patients au moment des repas et le roulement des bénéficiaires entre les équipes de soins

des différents quarts de travail. Selon Carpentier-Roy (1991), ces attributs (coopération et solidarité) protègent les infirmières contre l'individualisme pouvant détruire le collectif de travail.

Par ailleurs, le second enjeu, la **désertion** de la profession infirmière constitue une préoccupation majeure des chercheurs, des associations et des ordres professionnels (A.I.I.C., 1998 ; Buerhauss, 1998 ; Dallaire et al., 1994 ; Desrosiers, 1999 ; Dussault et al., 1999 ; O.I.I.Q., 1999 ; Ryten, 1997). À la lumière de ces écrits, il est possible d'observer certains constats relatifs aux capacités d'attraction et de rétention de la profession ainsi qu'à la pénurie imminente de main-d'œuvre infirmière. Ainsi, selon Dallaire et al. (1994) de même que Ryten (1997), les soins infirmiers semblent éprouver de plus en plus de difficultés à attirer de nouvelles candidates. Ceci s'avère confirmé par de récentes données publiées par la *Canadian Association of University Schools of Nursing* (1998, cité dans Dussault et al., 1999) où le nombre de demandes d'admission au Québec décroît significativement, passant de 4175 candidates en 1991 à 2587 nouvelles infirmières en 1997. Au cours de cette même période, on note également une diminution des demandes d'admission pour l'ensemble du Canada, passant de 7909 à 6737 personnes. Ceci amène Ryten (1997) à constater que les soins infirmiers représentent de moins en moins une carrière de premier choix. Cette auteure reconnaît que, jusqu'en 1985, la profession d'infirmière occupe le premier rang, parmi l'ensemble des choix de carrière disponibles, pour plus de 80% des jeunes alors qu'en 1996, c'est le cas pour 72% des personnes et pour seulement 68% des candidates en 1997. Une telle observation soulève d'importantes questions quant à la capacité des établissements d'attirer des candidates de qualité (Dussault et al., 1999) et, par la suite, de leur offrir une qualité de

vie au travail susceptible d'assurer la rétention du personnel infirmier.

De plus, au Québec, des statistiques de l'O.I.I.Q. (1999) révèlent qu'une nouvelle diplômée sur quatre ne travaille pas comme infirmière et que près de la moitié d'entre elles ont abandonné la profession depuis 1994. Au Canada et dans la moitié des provinces, la main d'œuvre en soins infirmiers a également diminué de 2,8% entre 1992 et 1998 (A.I.I.C., 1998). Aux États-Unis, selon le *National Sample Survey of the Population of Registered Nurses* (1994, cité dans Buerhauss, 1998), on constate également une diminution des effectifs infirmiers de 1984 à 1994. Pourtant, ce phénomène d'attrition de la profession n'est pas nouveau. Déjà en 1989, l'O.I.I.Q. reconnaissait les principales raisons d'abandon, soit : un manque d'emploi régulier, une fatigue physique et psychologique liée à un emploi non valorisé sans perspective d'avenir, de même qu'un désir de réorientation. Dix ans plus tard, la présidente de l'O.I.I.Q. (1999) déclare que la continuité et l'individualisation des soins de même que les qualifications spécialisées sont complètement « occultées ». Elle ajoute : « la notion même d'expertise est niée. La crédibilité de la profession s'en trouve entachée » (Desrosiers, 1999, p. 4).

Le vieillissement des effectifs contribue aussi, dans une certaine mesure, à l'attrition de la profession. Selon Ryten (1997) et Buerhauss (1998), les infirmières sont de plus en plus âgées. La proportion d'infirmières âgées de plus de 45 ans a presque doublé depuis 1982, passant de 23% en 1982 à 34% en 1992 (Ryten, 1997). Or, compte tenu que l'âge moyen à la retraite chez les infirmières est actuellement de 56 ans, Ryten prévoit que le nombre d'infirmières qui vont désertir la profession va augmenter considérablement au cours des prochaines années. Ryten (1997) et Buerhauss (1998) constatent également que les nouvelles diplômées effectuent une entrée plus tardive sur le

marché du travail. Conséquemment, d'après ces auteurs, la durée de la vie professionnelle des jeunes infirmières ira en diminuant. Selon les hypothèses formulées par Ryten (1997), il y aura des pénuries de l'ordre de 59 000 à 113 000 infirmières d'ici 2011. Cette pénurie imminente semble résulter des difficultés associées aux conditions de travail et du manque de préoccupation des administrateurs relativement à la qualité de vie au travail des infirmières.

Cependant, aux États-Unis, les hôpitaux dits « magnétiques » (Ganley, 1991 ; Gleason Scott, Sochalski & Aiken, 1999 ; Kramer & Schmalenberg, 1990) parviennent à attirer et à retenir les infirmières. Ces auteurs reconnaissent que ces milieux de travail dénotent des taux élevés de satisfaction, un faible taux de roulement, de bas niveaux d'absentéisme et la perception d'un niveau d'autonomie satisfaisant. Ils identifient aussi des attributs reliés à ce type d'environnement de travail : la spécialisation des champs de pratique, un ratio infirmières/patients élevé, un modèle de gestion participatif, une certaine flexibilité au niveau de l'organisation du travail et une représentativité des infirmières au sommet hiérarchique de l'hôpital. Comprendre le succès de ces hôpitaux dits « magnétiques », dans lesquels il semble exister une qualité des environnements de travail, peut prévenir l'exode des soignantes pour pallier éventuellement à la pénurie imminente d'infirmières prévue au cours de l'actuelle décennie.

Ainsi, l'enjeu suivant, la **difficulté** des conditions de travail provient des restructurations subséquentes apportées au système de santé (Dallaire et al., 1994 ; Dussault et al., 1999). D'après Dussault et al. (1999), l'ampleur des restructurations dans le réseau de la santé et le rythme rapide du développement des technologies peuvent être associés à une diminution des postes offerts aux infirmières ainsi qu'à une augmentation

des postes à temps partiel. Ces deux facteurs contribuent, selon ce groupe de chercheurs québécois, à la désillusion des infirmières quant à la qualité de leur environnement de travail. Au Québec, en 1997, seulement 40% des infirmières dans le secteur public occupent un emploi régulier à temps complet, 35% ont un emploi régulier à temps partiel et 25% détiennent un statut d'occasionnelles (O.I.I.Q., 1999b). Selon Dussault et al. (1999), ce pourcentage élevé d'infirmières à temps partiel constitue un indicateur du niveau élevé de précarité de l'emploi. Hormis le fait qu'il s'agisse d'un choix volontaire, ce statut d'emploi représente une importante source d'insatisfaction qui peut mener éventuellement à l'abandon de la pratique infirmière.

Dallaire et al. (1994) reconnaissent l'importance accordée aux fonctions dépendantes de même qu'aux fonctions indépendantes du travail infirmier. Selon ces auteurs, les restrictions budgétaires surviennent en même temps que la profession infirmière décide de promouvoir le caractère autonome des soins infirmiers. En 1993, Dallaire déclare que la pratique indépendante est souvent laissée pour compte aux dépens d'une pratique dépendante. Elle mentionne que les fonctions indépendantes de l'infirmière relèvent de l'approche globale, de la relation d'aide et du soutien à l'autonomie alors que les fonctions dépendantes concernent l'application des protocoles médicaux. Selon Dallaire (1993), l'absence de reconnaissance de la contribution indépendante du travail infirmier comporte de sérieuses conséquences sur la qualité des soins et sur les conditions de travail. Il apparaît donc que la qualité de vie au travail des soignantes peut être altérée par les difficultés des infirmières à exercer pleinement leurs fonctions indépendantes.

Préserver le caractère autonome des soins infirmiers représente un défi de taille auquel doit s'ajouter un autre enjeu important, soit celui de la **déqualification** au sein de la profession. Cet enjeu se définit comme la « méconnaissance du rôle des infirmières et le manque de reconnaissance de leur contribution » (O.I.I.Q., 1989, p.45). L'O.I.I.Q. (1989) ajoute que la déqualification des infirmières représente l'impossibilité de satisfaire un idéal qui ne correspond pas au rôle d'exécutante technique qu'on exige d'elles dans l'équipe médicale. Cet idéal moral de soins, que Watson (1985, 1988, 1999) appelle le *caring*, contribue dans une large part à la satisfaction ou à l'insatisfaction au travail des infirmières. Toutefois, il peut devenir difficile d'atteindre cet idéal dans une structure hiérarchisée et patriarcale qui semble se préoccuper davantage du *cure* que du *care* (Watson, 1990, 1999). Par ailleurs, suite aux transformations apportées au système de santé, le Ministère de l'Éducation du Québec (M.E.Q.) a créé en 1998 un comité conseil afin d'examiner la question de la formation des infirmières. Selon le M.E.Q. (1999), la formation collégiale actuelle ne permet pas de satisfaire aux attentes des milieux hospitaliers et communautaires. Cette formation ne fait qu'« effleurer » certains sujets, tels que l'épidémiologie, l'immunologie, la microbiologie, les sciences infirmières, la recherche, la chimie, les statistiques et la pharmacologie (Dussault et al., 1999). Par contre, pour ces chercheurs, « la formation universitaire prépare l'infirmière à devenir polyvalente, à évoluer dans divers milieux, à intervenir avec plus d'autonomie dans l'exercice de ses fonctions et à se rendre imputable des soins qu'elle dispense » (Dussault et al., 1999, p.41). Ainsi, compte tenu du besoin de polyvalence exprimé par les établissements suite à l'analyse spécifique des impacts de la transformation du réseau de la santé (M.S.S.S., 1997), la formation universitaire semble davantage appropriée. De

plus, celle-ci préconise l'autonomie de la pratique infirmière, un élément-clé favorisant la satisfaction au travail et, conséquemment, la qualité de vie au travail des soignantes oeuvrant en milieu clinique spécialisé (Freeman & O'Brien-Pallas, 1998 ; Leipter, 1996). Également, selon Dussault et al. (1999), les changements actuels dans le système de santé modifient le mandat traditionnel, les valeurs et les rôles des infirmières. Celles-ci doivent dorénavant développer de nouvelles compétences pour satisfaire aux exigences de la clientèle (A.H.Q., 1999 ; Dussault et al., 1999). En 1997, le *National Nurse Competency Project* (cité dans Dussault et al., 1999) énonce des compétences minimales requises pour la formation en sciences infirmières. Ce groupe de travail approuve plusieurs compétences, telles que : 1) assurer un environnement de *caring* ; 2) reconnaître les limites de sa propre compétence ; 3) démontrer un engagement vis-à-vis la profession d'infirmière ; 4) se rendre imputable de ses propres actions et décisions ; 5) pratiquer en harmonie avec les instances régulatrices, etc. L'étudiante-chercheuse croit que la maîtrise de ces compétences peut promouvoir la qualité de vie au travail des infirmières soignantes. Elle devrait sans doute représenter un pré-requis pour toute infirmière exerçant dans l'un des trois types d'établissements cités dans une section précédente.

Enfin, le dernier enjeu, la **démotivation**, semble résulter de l'accumulation des quatre « D » précédents : la division, la désertion, la difficulté des conditions de travail et la déqualification (Dallaire et al., 1994). La démotivation s'explique, entre autres, par la faible valeur sociale accordée à la profession infirmière, comme peuvent en témoigner l'absence de plans de carrière ou le peu de formation en cours d'emploi (Andrews, 1991 ; A.I.I.C., 1998). Selon May, Champion et Austin (1991), les perspectives de carrière offertes actuellement dans le domaine des soins infirmiers demeurent loin derrière celles

proposées par d'autres professions en termes d'incitatifs, de respect, d'autonomie et d'exercice du leadership. Alors que la discipline infirmière détient un solide corps de connaissances formé des sciences biologiques, psychologiques et sociales, Grossman (1999, cité dans Dussault et al., 1999) reconnaît que l'environnement de travail ne permet pas aux infirmières d'exercer leur pratique conformément aux attentes de leur discipline. La démotivation représente donc un dernier enjeu susceptible d'altérer la qualité de vie au travail des infirmières oeuvrant en milieu clinique.

La qualité de vie au travail

Cette partie du texte présente d'abord un bref exposé sur la qualité de vie en général et sur l'historique de la qualité de vie au travail dans le domaine industriel. Puis, elle dresse un bilan des études réalisées sur le concept de la qualité de vie au travail en sciences infirmières. Elle élabore finalement sur le modèle de O'Brien-Pallas et Bauman (1992) afin de comprendre les différents éléments influençant la qualité de vie au travail des infirmières oeuvrant en milieu clinique.

La qualité de vie en général

Une revue attentive des écrits sur la qualité de vie révèle qu'il existe plusieurs significations différentes, de nature objective ou subjective, données à ce concept. La difficulté à dégager une unanimité dans la définition et dans l'évaluation du terme réside dans l'utilisation multidisciplinaire et surtout équivoque d'indicateurs, tels que la satisfaction et le bien-être (Hass, 1999). De plus, elle s'explique par l'influence des valeurs culturelles, éthiques, religieuses et personnelles sur la signification qu'un individu accorde à sa qualité de vie (Zhan, 1992). Ce constat fait ressortir le caractère subjectif de la qualité de vie, auquel se sont intéressés de nombreux chercheurs (Calman, 1987;

Ferrans, 1990; Gagnon, 1988; Haas, 1999; Meeberg, 1993; Mount & Cohen, 1995; Oleson, 1990; Schipper, Clinch, & Powell, 1990; Taylor & Bogdan, 1990). Selon Ferrans (1990), la qualité de vie constitue un sentiment de bien-être associé à un état de satisfaction ou d'insatisfaction envers divers aspects de la vie jugés importants pour un individu. Le bien-être et la satisfaction constituent, d'après Haas (1999), deux éléments majeurs du concept de la qualité de vie. Suite aux résultats de leur étude exploratoire, Wilcock, van der Arend, Darling, Scholz, Siddall, Snigg et Stephens (1998) définissent plus précisément le bien-être de la façon suivante: « une perception individuelle d'un état de bonheur, d'estime de soi et de santé physique ainsi que mentale (...) » (traduction libre, 1998, p. 80). Quant à la satisfaction, elle désigne la réalisation d'un but ou le sentiment de pouvoir y accéder (Sartorius, 1987 ; Zhan, 1992). Pour Haas (1999), la qualité de vie ne peut se réduire à un seul aspect. Elle se définit comme étant une évaluation multidimensionnelle du sentiment de bien-être, lequel englobe les domaines physique, psychologique, social et spirituel de la personne.

Par ailleurs, suite aux recherches dirigées par Elizur et Shye (1990) auprès de travailleurs hongrois, il existe des liens statistiques entre les concepts de qualité de vie en général, de satisfaction au travail et de qualité de vie au travail. Ces concepts ont été ordonnés dans l'espace à l'aide de tests statistiques spécifiques (plus petit espace de Guttman). Puis, ces auteurs ont illustré, sous la forme d'une structure conique (voir appendice A), les interactions entre les différents concepts cités ci-haut. Il apparaît que la qualité de vie en général occupe la base du cône alors que la qualité de vie au travail se trouve au sommet de la structure. Également, la satisfaction au travail représente un concept intermédiaire dans leur étude. Ceci confirme l'importance d'étudier le

phénomène de la qualité de vie au travail des infirmières puisque ce concept semble étroitement lié à la satisfaction au travail et à la qualité de vie en général. La prochaine section présente maintenant un résumé de l'évolution du concept de la qualité de vie au travail depuis les années 1960.

L'historique du concept de la qualité de vie au travail dans le domaine industriel

Le concept de la qualité de vie au travail a été examiné et débattu pendant plus de trente ans par les sociologues, les psychologues et les administrateurs (Beer & Walton, 1987 ; Braus, 1992 ; Facheux, Amado, & Laurent, 1982 ; Loscocco & Roschelle, 1991 ; Nadler & Lawler, 1983 ; Sashkin & Burke, 1987 ; Seashore, 1975), sans qu'il puisse se dégager une unanimité dans la définition du concept. En effet, Kiernan et Marrone (1996) démontrent que ce phénomène de la qualité de vie au travail a reçu une série de définitions divergentes au cours des années.

À la fin des **années 1960**, *General Motors* et *United Auto Workers* utilisent le terme qualité de vie au travail pour décrire le niveau de satisfaction au travail des employés. Diverses approches ou programmes sont alors mis sur pied afin de maximiser la performance ainsi que la productivité au travail des employés. Par exemple, les administrateurs intègrent à leurs stratégies de gestion des programmes d'amélioration des conditions de travail et d'implication du personnel dans les prises de décision sur des sujets les concernant (Bowditch & Bouno, 1982; Goode, 1989). Au milieu des **années 1970**, les gestionnaires modifient leur vision du concept de la qualité de vie au travail. La revue des écrits révèle que celui-ci n'apparaît plus uniquement comme une manière d'accroître la productivité des employés mais bien comme une façon de développer un sentiment d'identification, d'appartenance et de fierté au travail (Davis & Cherns, 1975;

Sashkin & Burke, 1987). Selon Charland (1986) et Gadon (1984), d'autres recensions des écrits, réalisées au cours de cette époque, apportent quelques exemples d'une nouvelle approche dans le domaine industriel, soit : le travail d'équipe, les groupes autonomes, l'enrichissement au travail et les changements socio-technologiques. Ces programmes reflètent aussi la présence d'interactions entre les différents niveaux hiérarchiques de l'organisation (Kanter, Summers, & Steins, 1986 ; Modic, 1987 ; Sashkin & Burke, 1987 ; Taylor, 1987). Durant les **années 1980**, des chercheurs (Bowditch & Bouno, 1982 ; Sashkin & Burke, 1987 ; Turcotte, 1982) associent davantage la qualité de vie au travail à une dynamique organisationnelle et sociale du travail. D'après Turcotte (1982), une telle dynamique de l'organisation permet de maintenir ou d'accroître le bien-être physique et psychologique de l'individu. Ce dernier énumère également quelques critères de qualité de vie au travail reliés à la tâche, soit : l'autonomie, les facteurs physiques, l'usage du potentiel/croissance, l'identité et la rétroaction. L'introduction de méthodes participatives permet, selon Bergeron (1982), de modifier un ou plusieurs aspects du milieu du travail afin de créer une situation nouvelle, plus favorable à la satisfaction des employés. Turcotte et Bergeron semblent utiliser à nouveau les termes satisfaction ou bien-être pour définir la qualité de vie au travail sans pour autant démontrer un quelconque consensus dans la description du phénomène étudié. Enfin, durant les **années 1990**, Elizur et Shye (1990) définissent la qualité de vie au travail comme représentant un haut niveau d'efficacité de la personne dans ses dimensions physique, psychologique, sociale et culturelle et ce, à travers les différentes formes d'interaction qu'elle a avec son environnement.

La revue des écrits, présentée dans le paragraphe précédent, fait ainsi ressortir deux notions importantes intrinsèques aux définitions de la qualité de vie au travail. La qualité de l'environnement de travail comprend les éléments externes à la personne, tels que le travail d'équipe, les programmes d'amélioration des conditions de travail et d'implication du personnel, etc. La qualité de vie au travail précise, pour sa part, les éléments internes à la personne, soit : l'identification, le bien-être, la satisfaction, etc. Il apparaît à l'étudiante-chercheuse que les auteurs ont défini la qualité de vie au travail en s'appuyant successivement sur des éléments externes et internes au cours des dernières années.

Le concept de la qualité de vie au travail en sciences infirmières

Au niveau de la discipline infirmière, peu d'études (Attridge & Callahan, 1990 ; Delmas, 1999 ; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992 ; Villeneuve, Semogas, Peereboom, Irvine, McGillis Hall, Walsh, O'Brien-Pallas, & Baumann, 1995) ont examiné le concept de la qualité de vie au travail. De plus, ces écrits se concentrent principalement sur la satisfaction au travail des infirmières (A.I.I.C. & A.H.C., 1990 ; Blegen, 1993 ; Peddicord Witley & Putzier, 1994 ; McNeese-Smith, 1999).

Aux États-Unis, Blegen (1993) effectue une méta-analyse de différents écrits portant sur la satisfaction au travail des infirmières. Elle recense plus de 200 études publiées et 50 études non publiées. La sélection des 48 études pour la méta-analyse s'effectue alors selon certains critères déterminés par l'auteur. Ces études forment un échantillon de 15 048 infirmières réparties sur 173 hôpitaux américains. Aussi, Blegen utilise 13 indicateurs pour mesurer la satisfaction au travail des infirmières. Parmi les plus importants, elle mentionne des indicateurs internes et externes à la personne, tels que le

stress, l'engagement, la communication, l'autonomie, la reconnaissance, la routine, etc. Suite à l'analyse effectuée à l'aide des tests de Pearson, il apparaît que les indicateurs les plus en lien avec la satisfaction au travail sont le stress ($r=-0,609$, $p<0,01$), l'engagement ($r=0,516$, $p<0,01$), l'autonomie ($r=0,419$, $p<0,01$) et la reconnaissance ($r=0,415$, $p<0,01$).

Peddicord Witley et Putzier (1994) dirigent une étude quantitative visant à mesurer la qualité de la vie au travail et principalement, la qualité de l'environnement de travail. Cette étude implique un échantillon de 245 infirmières américaines oeuvrant sur une unité de soins aigus. Comme dans l'étude précédente, ces chercheurs considèrent le concept étudié sous l'angle de la satisfaction au travail. Ils utilisent le *Work Quality Index* de Mueller et McCloskey (1990) pour mesurer la qualité de vie au travail et la qualité de l'environnement de travail des infirmières. Ce questionnaire comporte six indicateurs internes et externes à la personne : 1) l'environnement de travail ; 2) l'autonomie ; 3) la valeur du travail ; 4) les relations de travail ; 5) la reconnaissance du rôle professionnel et 6) les bénéfices. L'analyse des résultats, au moyen des tests de Pearson, révèle que l'environnement de travail représente un élément primordial pour assurer la satisfaction au travail des infirmières.

En 1999, McNeese-Smith réalise une étude qualitative, basée sur la méthode d'analyse de contenu, auprès de 30 infirmières oeuvrant dans un centre hospitalier universitaire de la Californie. Le but de ce projet de recherche consiste à identifier et décrire les perceptions des infirmières relativement à la satisfaction ou à l'insatisfaction au travail. Au moyen d'entrevues semi-structurées, cette chercheuse a ainsi recueilli des données permettant d'identifier neuf catégories, surtout associées à des éléments externes à la personne, qui traduisent la satisfaction par rapport à l'environnement de travail, soit :

1) les soins administrés à la clientèle ; 2) l'environnement de travail ; 3) la charge de travail équilibrée ; 4) les relations de travail avec les collègues ; 5) les facteurs personnels ; 6) le salaire et les bénéfices ; 7) le professionnalisme ; 8) le bagage culturel de l'infirmière et 9) le cheminement professionnel de l'infirmière. À partir de ces catégories, McNeese-Smith énonce les quatre thèmes suivants : 1) les soins administrés à la clientèle ; 2) le rythme et la diversité des soins ; 3) les relations de travail avec les collègues et 4) la satisfaction des besoins personnels et familiaux des infirmières. En ce qui a trait à l'**insatisfaction** au travail, cette auteure identifie sept autres catégories importantes : 1) les soins administrés à la clientèle ; 2) les facteurs qui affectent le travail et les soins administrés à la clientèle ; 3) la charge de travail excessive ; 4) les relations avec les collègues de travail ; 5) les facteurs personnels ; 6) les facteurs organisationnels et 7) le cheminement professionnel de l'infirmière. Parmi les catégories ci-haut mentionnées, elle retient finalement les quatre thèmes suivants qui constituent des éléments externes à la personne: 1) la charge de travail excessive ; 2) les facteurs qui affectent les soins administrés à la clientèle ; 3) les collègues de travail qui ne procurent pas des soins de qualité aux bénéficiaires et 4) les situations inéquitables. Les résultats obtenus permettent à McNeese-Smith de classer ces données selon la théorie des besoins fondamentaux de Maslow (1970). Or, pour cette auteure, le salaire, les bénéfices et la sécurité d'emploi se situent à la base de la pyramide de Maslow. Au second niveau, elle réfère aux capacités de l'infirmière pour satisfaire les demandes personnelles et familiales de la clientèle. Les relations de travail occupent le troisième niveau alors que l'estime de soi relève du quatrième niveau. Cette chercheuse reconnaît finalement que la satisfaction au travail résulte d'une connexion spirituelle ou d'une actualisation de soi de

l'infirmière réalisée grâce aux expériences vécues auprès de la clientèle et à travers une croissance personnelle et professionnelle. Les études américaines décrites ci-haut examinent le concept de la qualité de vie au travail sous l'angle de la satisfaction au travail et ce, par rapport à l'environnement de travail. Il existe toutefois quelques études traitant plus spécifiquement de la qualité de vie au travail chez des populations d'infirmières.

Au niveau national, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, en collaboration avec l'Association des hôpitaux du Canada (A.I.I.C. & A.H.C., 1990), dressent une revue des principales études sur le maintien des effectifs infirmiers et sur la qualité de vie au travail. Ces organismes recensent 23 études effectuées par des groupes d'infirmières canadiennes. Ils tentent ainsi de présenter un résumé des données existantes, d'offrir un point de vue national et de définir des domaines d'action. L'analyse des écrits révèle une augmentation du degré de mécontentement des infirmières (élément interne) au cours des dix dernières années. Entre autres, selon l'A.I.I.C. et l'A.H.C. (1990), ce mécontentement est dû aux causes suivantes ou éléments externes à la personne:

« effectifs inadéquats, trop de tâches ne relevant pas des infirmières, participation insuffisante aux décisions prises par les établissements, manque de possibilités de formation et horaires de travail trop rigides. À ceci s'ajoutent des rémunérations insuffisantes, une autonomie limitée dans la pratique et un manque de respect de la part des autres professionnels de la santé à l'égard du rôle joué par les infirmières en matière de soins » (A.I.I.C. & A.H.C., 1990, p.iii).

Ce document présente enfin des recommandations aux associations provinciales et régionales sur les conditions de travail, l'utilisation du personnel infirmier et les activités de formation. Toutefois, il n'aborde pas directement le phénomène de la qualité de vie au travail, mais bien plutôt celui de la satisfaction professionnelle en regard des éléments de

l'environnement de travail et de la rétention du personnel infirmier.

Puis, en 1990, Attridge et Callahan mènent une étude exploratoire, de type participatif, afin d'identifier et de déterminer un ordre de priorité quant aux caractéristiques propres à la qualité de l'environnement de travail des infirmières. Ces auteurs utilisent un échantillon de 64 infirmières, réparties dans quatre hôpitaux différents de la Colombie-Britannique. Suite à l'analyse des données recueillies dans les groupes de travail, ceux-ci divisent le concept de la qualité de l'environnement de travail en sept catégories ou éléments externes à la personne, soit : 1) les ressources humaines et les autres ressources; 2) les caractéristiques de l'organisation ; 3) la nature du travail infirmier ; 4) les bénéfices reliés à l'emploi ; 5) les relations avec ses collègues ; 6) l'avancement personnel dans sa carrière et 7) la reconnaissance des valeurs. Plus spécifiquement, les infirmières interrogées accordent davantage d'intérêt aux items suivants classés en ordre décroissant d'importance : 1) la disponibilité du personnel pour accomplir le travail exigé; 2) les relations de travail positives ; 3) le salaire et les bénéfices marginaux ; 4) le contrôle et 5) la compétence des intervenants. Selon Attridge et Callahan (1990), les items retenus démontrent une préoccupation des répondantes à découvrir la meilleure façon possible d'effectuer son travail, tout en y associant une qualité de l'environnement de travail.

Dans son mémoire de maîtrise, Delmas (1999) réalise une étude quantitative visant à décrire les niveaux de qualité de vie au travail et de hardiesse de même que les stratégies de *coping* utilisées par des infirmières de réanimation d'un centre hospitalier universitaire du sud ouest de la France. En s'appuyant sur le cadre théorique de Maddi et Kobasa (1984), cet auteur formule une hypothèse globale, selon laquelle les infirmières

hardies présentent une meilleure perception de leur qualité de vie au travail. Ceci s'effectue par l'adoption de stratégies de *coping* actives (Delmas, 1999). Un questionnaire regroupant quatre échelles de mesure (hardiesse, stratégies de *coping*, qualité de vie au travail et caractéristiques socio-démographiques) a été administré à un échantillon de 229 infirmières françaises. Il s'agit respectivement de l'Échelle des Points de Vue Personnel, (traduction française de Kérouac & Duquette, 1992, de l'échelle *Personal View Survey*, Maddi, 1990), du *Ways of Coping Questionnaire* (Lazarus & Folkman, 1984) et de l'Échelle de la qualité de vie au travail élaborée par Elizur et Shye (1990). Les résultats de cette étude démontrent que la majorité des répondantes possèdent un niveau élevé de hardiesse, principale ressource de l'individu (Kobasa, 1979) plus spécifiquement orientée dans les dimensions du sens de l'engagement et de celles du sens de la maîtrise. Les tests de corrélation de Pearson, utilisés dans cette étude, révèlent ainsi que le sens de l'engagement ($r=0,2$, $p<0,05$) et le sens de la maîtrise ($r=0,2$, $p<0,05$) sont corrélés positivement avec la qualité de vie au travail. Également, les infirmières interrogées utilisent des stratégies de réévaluation positive/résolution de problèmes ($r=0,31$, $p<0,05$) qui sont corrélées positivement avec la qualité de vie au travail. Elles manifestent néanmoins un niveau moindre de qualité de vie au travail par rapport à la distribution théorique. Le sens du défi ($r=-0,18$, $p<0,05$), troisième composante de la hardiesse (Maddi, 1979), est corrélé positivement avec la qualité de vie au travail. Selon Delmas, ce dernier résultat, soit le niveau modéré de la qualité de vie au travail, peut s'expliquer par les restructurations apportées au système de santé français. Cet auteur reconnaît que le contexte de travail des infirmières françaises semble peu favorable au développement de la qualité de vie au travail. Selon l'étudiante-chercheure, il apparaît que ces résultats de

recherche peuvent être transposés au Québec, où les conditions d'emploi difficiles privent un bon nombre d'infirmières d'une qualité de vie au travail. La prochaine section présente un aperçu d'un modèle théorique décrivant les principaux facteurs modifiant le phénomène étudié.

Le modèle de O'Brien-Pallas et Baumann (1992)

Afin d'examiner les facteurs influençant la qualité de vie au travail des infirmières, O'Brien-Pallas et Baumann (1992) ont développé un modèle théorique, lequel s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche national, mené auprès des infirmières soignantes issues de la *University of Toronto* et de la *McMaster University*. Ces chercheuses visaient ainsi à établir des liens entre le niveau d'expérience de l'infirmière, l'environnement de travail et les caractéristiques du système de santé. Plus spécifiquement, elles tentaient de comprendre dans quelle mesure les facteurs individuels, sociaux et organisationnels influençaient le travail infirmier.

Essentiellement, deux catégories de facteurs influencent la qualité de vie au travail des infirmières : 1) les dimensions internes et 2) les dimensions externes de la personne et de son environnement de travail (O'Brien-Pallas & Baumann, 1992). Même si ces facteurs peuvent sembler isolés, elles reconnaissent l'existence de nombreuses interactions entre les dimensions internes et externes de la personne. Pour O'Brien-Pallas et Baumann, les **dimensions internes** s'articulent autour des quatre éléments suivants : a) l'individu; b) le contexte environnemental/social; c) l'organisation et d) l'administration. Elles précisent également que les **dimensions externes** regroupent : a) les demandes des bénéficiaires; b) les politiques du système de santé et c) le marché du travail. Ainsi, les dimensions internes et externes de l'infirmière, dans son environnement de travail,

peuvent amener des répercussions importantes auprès de la soignante et du soigné (O'Brien-Pallas & Baumann, 1992). Ces chercheuses constatent cependant qu'il existe peu d'études ayant exploré les retombées de la qualité de vie au travail des infirmières sur la clientèle. Enfin, selon l'étudiante-chercheuse, la classification des facteurs associés au concept étudié, tel que décrite par O'Brien-Pallas et Baumann, peut sembler étonnante puisque seul l'individu représente un élément des dimensions internes de la personne. Ainsi, ces auteures semblent surtout considérer les dimensions externes à la soignante, bien que ces dimensions internes apparaissent être essentielles à la survie de la profession infirmière.

Dans le cadre d'une série de recherches dirigées par le *Quality of Nursing Worklife Research Unit (QNWRU)*, un groupe de chercheurs (Villeneuve, Semogas, Peereboom, Irvine, McGillis Hall, Walsh, O'Brien-Pallas, & Baumann, 1995) a réalisé une étude qualitative auprès de 272 infirmières ontariennes. Ce projet visait à : 1) déterminer les éléments, actuels et à long terme, influençant le travail des infirmières soignantes et 2) valider et réviser, si nécessaire, le modèle théorique proposé par O'Brien-Pallas et Baumann (1992). Pour recueillir les données pertinentes à cette étude, ces chercheurs ont tenu 38 groupes-focus dans 31 établissements sélectionnés dans la région de l'Ontario. Ils ont également utilisé deux instruments de mesure, soit un questionnaire socio-démographique et un formulaire individuel de données, à l'intérieur duquel les participantes devaient indiquer cinq éléments qu'elles considéraient importants dans l'environnement de travail. L'analyse des résultats a permis d'identifier les catégories suivantes émergeant autant des groupes-focus que des formulaires individuels : 1) l'intérêt vis-à-vis la qualité des soins; 2) la sécurité d'emploi; 3) la charge de travail; 4) le

personnel insuffisant et 5) la sécurité personnelle. Ces résultats ont cependant été classifiés différemment selon qu'il s'agissait des groupes-focus ou des données individuelles. À partir des catégories retenues, ces chercheurs ont ensuite identifié les sept thèmes principaux suivants : 1) les éléments reliés à l'environnement de travail; 2) le travail en soi; 3) la satisfaction personnelle et les sentiments attribués au travail; 4) les données associées à la société ou à l'environnement de travail; 5) les questions de gestion et de leadership; 6) les bénéfices, la carrière et 7) les interactions familiales et professionnelles des infirmières. Puisqu'aucun élément additionnel n'a été identifié, n'ayant pas déjà été relevé dans le modèle théorique, Villeneuve et al. concluent que le modèle de O'Brien-Pallas et Baumann demeure un outil de travail valide et utile pour supporter et guider le *QNWRU*. Toutefois, parmi ces résultats, l'étudiante-chercheure constate que plusieurs thèmes touchent la qualité de l'environnement de travail mais qu'un seul, la satisfaction professionnelle et les sentiments attribués au travail, concerne plus spécifiquement la qualité de vie au travail des infirmières.

Enfin, compte tenu des enjeux majeurs présentés au début de ce chapitre, il peut sembler pertinent d'explorer le phénomène de la qualité de vie au travail des infirmières oeuvrant en milieu clinique. En effet, la revue des écrits réalisée dans le cadre de cette recherche amène l'étudiante-chercheure à constater qu'il existe plusieurs études sur ce concept. La qualité de vie au travail, telle que discutée par les auteurs cités dans cette partie, représente un phénomène multidimensionnel qui peut paraître difficile à préciser puisqu'il s'appuie autant sur des éléments internes qu'externes à la personne. Toutefois, peu d'études traitent spécifiquement de ce concept auprès des populations d'infirmières. De plus, celles-ci examinent surtout certains facteurs influençant la qualité de vie au

travail, par exemple: l'environnement de travail, le soutien social, les soins infirmiers de qualité, etc. La prochaine partie, la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999), représente une approche novatrice permettant à l'étudiante-chercheuse d'explorer les divers éléments liés au phénomène de la qualité de vie au travail des infirmières soignantes.

La philosophie du *caring* de Watson

Cette partie du chapitre décrit brièvement la philosophie du *caring*, laquelle représente la toile de fond utilisée dans le cadre de cette étude. Elle définit les concepts-clés du métaparadigme infirmier en plus de présenter les facteurs caratifs les plus pertinents à la compréhension du phénomène étudié.

La philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999), se voulant d'abord un art et une science, comporte un ensemble de valeurs, de postulats et de concepts facilitant la compréhension de l'essence des soins infirmiers. Ainsi, Watson reconnaît que cet art constitue un moyen d'établir une connection humain-à-humain, où chaque personne perçoit l'autre dans son unicité et comme être-dans-le-monde (notions développées dans la prochaine partie). Cette théoricienne réfère alors au concept de « **relation de *caring* transpersonnelle** » à l'intérieur de laquelle l'infirmière aide l'autre [usager, collègue de travail et/ou gestionnaire] à percevoir sa condition de même qu'à partager les sentiments et les pensées qu'il veut lui exprimer. Watson mentionne également que ces sentiments et pensées en dysharmonie sont remplacées peu à peu par des idées plus harmonieuses. Il existe alors une mutualité dans la relation infirmière-personne, laquelle repose sur l'activité artistique des soins infirmiers et sur le *caring* (Watson, 1988).

Le *caring* représente, selon Watson (1985, 1988, 1999), l'idéal moral des soins infirmiers, ayant pour buts la protection, l'amélioration et la préservation de la dignité humaine. Cette théoricienne rappelle que la contribution des infirmières aux soins de santé sera déterminée par la capacité des soignantes à traduire cet idéal moral dans leur pratique. Or, Watson reconnaît que le *caring* humain débute lorsque l'infirmière entre dans le **champ phénoménal** de la personne. Ce cadre de référence est constitué de la totalité des expériences de la personne à un moment précis. Dans le contexte actuel de transformations du réseau de la santé, l'étudiante-chercheuse croit, tout comme Watson (1999), que les infirmières oeuvrant en milieu clinique doivent s'appuyer sur une conception humaniste des soins infirmiers. La philosophie du *caring* leur permet donc de satisfaire certains besoins vécus (être valorisée, comprise, acceptée, etc.), tels que perçus dans leur champ phénoménal. L'étudiante-chercheuse croit enfin qu'une telle approche encourage les infirmières à explorer la signification qu'elles accordent au phénomène de la qualité de vie au travail.

Pour mieux comprendre ce concept, il peut sembler important de préciser que la philosophie du *caring* se situe à l'intérieur du paradigme de la transformation, lequel prône une ouverture sur le monde (Kérouac et al., 1994). Elle comporte également quatre éléments essentiels constituant le métaparadigme infirmier, tels que définis dans la prochaine partie.

La vision de la personne

Inspirée par une philosophie phénoménologique, existentielle et spirituelle, Watson (1988) définit la personne comme un être unique, c'est-à-dire un « être-dans-le-monde » qui perçoit et qui vit des expériences. Watson précise que cet être possède un

champ phénoménal unique, lequel est seulement connu par celui-ci. Selon cette théoricienne, les perceptions et les réactions d'un individu à l'intérieur d'une situation donnée dépendent alors du champ phénoménal plutôt que de provenir uniquement des conditions objectives ou de la réalité externe. Il s'avère ainsi fondamental de s'attarder à la perspective de la personne qui vit la situation. L'étudiante-chercheure reconnaît donc l'importance d'explorer la perception des infirmières soignantes quant au phénomène de la qualité de vie au travail. Ceci nécessite au préalable une connaissance du champ phénoménal de la personne (réalité subjective) avant de pouvoir situer le phénomène étudié dans un environnement plus vaste (réalité externe), tel que celui de l'établissement et du système de santé québécois.

De plus, selon Watson (1985, 1988), la personne possède un corps-âme-esprit. Il s'agit, mentionne cette auteure, d'un être total indivisible, unique et ayant un potentiel illimité. Le corps réfère à la condition physique (maladie/santé) de la personne, lequel doit être examiné en lien avec l'esprit et les émotions. L'esprit, c'est-à-dire l'intelligence et les émotions constituent le point de départ grâce auquel l'individu peut accéder au corps et à l'âme. Pour désigner l'âme, Watson (1988) utilise le terme *spirit*. Elle relie ce concept à un degré de conscience plus élevé, à une force intérieure et au pouvoir qui amène la personne à développer ses capacités ainsi qu'à transcender son soi habituel. Ce degré de conscience élevé ainsi que cette force intérieure peuvent, affirme cette théoricienne, permettre à la personne d'accéder pleinement aux expériences intuitives et de transcender le moment présent afin de s'actualiser. L'étudiante-chercheure croit que l'infirmière soignante, capable d'aller au-delà de son soi habituel, peut satisfaire son besoin d'actualisation de soi, tel que mentionné dans une section précédente, lequel est en lien

avec le concept de qualité de vie au travail. Grâce à son âme, cette infirmière peut également développer une meilleure compréhension des expériences de soins infirmiers vécues auprès de la clientèle. Elle peut aussi découvrir des modes de pensées ou des actions lui permettant de promouvoir sa qualité de vie au travail. Or, Watson rappelle que ceci tient naturellement compte de l'environnement dans lequel s'exerce la pratique infirmière.

La vision de l'environnement

Alors que la personne se définit comme un être-dans-le-monde, Watson (1988) ajoute qu'il existe une interaction continue entre la personne et son environnement. Pour cette théoricienne, l'environnement interne correspond à : la subjectivité, les perceptions, la culture, la spiritualité et les attitudes de la personne. Quant à l'environnement externe, il comprend : l'univers, le milieu de vie, le revenu, l'éducation et l'intimité de la personne. Ces deux types d'environnement, interne et externe, s'influencent constamment. Bien que ce concept ait été modifié par Watson en (1999) afin d'éliminer toute distinction entre l'environnement interne et l'environnement externe, l'étudiante-chercheure a choisi de référer aux écrits précédents de l'auteur puisque les résultats de la présente recherche (voir chapitre 4) semblent être mieux expliqués par cette version antérieure.

D'après l'étudiante-chercheure et les nombreux écrits consultés, la réorganisation du système de santé québécois a significativement modifié l'environnement de travail des infirmières soignantes. Dorénavant, celles-ci doivent s'adapter aux différentes forces politiques, sociales, économiques et technologiques qui influencent leur environnement externe, en plus de vivre plusieurs changements organisationnels susceptibles d'altérer les

modes de pratique infirmière. Dans cet environnement chaotique, l'étudiante-chercheuse souligne la pertinence de s'interroger sur la qualité de vie au travail des infirmières oeuvrant en milieu clinique. À l'heure actuelle, il lui apparaît que les chercheurs, administrateurs et cliniciens accordent peu d'importance à l'environnement externe et encore moins à l'environnement interne de la personne. Ce manque d'intérêt envers les perceptions, la culture et les attitudes de la personne (l'environnement interne) peuvent, selon l'étudiante-chercheuse, altérer la qualité de vie au travail des infirmières soignantes.

Par ailleurs, en 1985, Watson énonce un postulat à l'intérieur duquel elle reconnaît qu'un environnement de *caring* permet le développement du potentiel de l'individu tout en lui laissant la liberté de choisir l'action qu'il juge la meilleure à un moment précis. Ce postulat rejoint donc l'une des compétences requises pour la formation en sciences infirmières, la liberté, tel que précisé par Dussault et al. (1999) dans une section précédente. Selon l'étudiante-chercheuse, le fait de promouvoir ainsi la liberté d'action de l'infirmière soignante contribue à la satisfaction de ses besoins d'autonomie, d'émancipation et de croissance personnelle. Cet environnement de *caring* peut combler le besoin d'actualisation de soi de l'infirmière, lequel semble pouvoir favoriser la qualité de vie au travail et peut-être même la santé de l'infirmière oeuvrant en milieu clinique.

La vision de la santé

Pour Watson (1988), la santé réfère à une expérience subjective de la personne. Elle reflète ainsi la nature entière de l'individu dans ses sphères physique, sociale, esthétique et morale. De plus, pour cette théoricienne, la santé représente l'unicité et l'harmonie corps-âme-esprit de la personne. Elle est aussi associée, nous dit-elle, au degré de cohérence entre le soi tel que perçu (par rapport à un idéal) et le soi tel que vécu.

L'incohérence entre le soi perçu et l'expérience de la personne révèle la présence d'une dysharmonie corps-âme-esprit (Watson, 1988). D'après cette théoricienne, la dysharmonie peut amener l'individu à se sentir menacé, anxieux et profondément troublé. Elle peut également le conduire à éprouver des sentiments de désespoir existentiel, de terreur, voir même de maladie (Watson, 1988). La cohérence entre la réalité subjective (champ phénoménal) et la réalité externe (l'environnement tel qu'il est) constitue finalement, pour cette auteure, un autre élément essentiel d'harmonie corps-âme-esprit.

L'épuisement, la souffrance et la détresse émotionnelle qui affectent plusieurs infirmières peuvent correspondre à la présence d'incohérence entre le soi tel que perçu et le soi tel que vécu. L'infirmière peut éprouver des difficultés à satisfaire son idéal moral (le *caring*) devant les enjeux majeurs discutés au début du présent chapitre. Aussi, lorsqu'elle devient incapable de maintenir une qualité de vie au travail élevée (cohérence), elle peut s'exposer à une dysharmonie corps-âme-esprit, laquelle peut éventuellement altérer sa santé au travail. À des niveaux supérieurs, l'anxiété, le trouble, la terreur et la maladie peuvent l'amener à abandonner la profession infirmière. Watson (1999) reconnaît ainsi que la dissonance entre les valeurs de l'infirmière et celles de son environnement entraîne plusieurs infirmières à quitter ce domaine de pratique. L'étudiante-chercheuse croit que les chercheurs, les administrateurs et les cliniciens doivent porter une attention particulière au champ phénoménal des infirmières soignantes afin de promouvoir, avec la collaboration de ces dernières, une cohérence de celui-ci avec l'environnement de soins.

La vision du soin

Selon Watson (1985, 1988, 1999), le soin survient à l'intérieur d'une relation de *caring*. Il constitue une assistance pour la personne afin qu'elle puisse atteindre une plus

grande harmonie corps-âme-esprit pour promouvoir sa perception de soi, son estime de soi et sa guérison. De plus, pour cette théoricienne, une relation de *caring* permet d'accompagner la personne à trouver une signification à son existence, à sa dysharmonie et à sa souffrance afin qu'elle participe activement à la prise de décisions en matière de santé. Watson (1985, 1988) propose dix facteurs caratifs pour guider et faciliter la compréhension de la pratique infirmière. Selon Cara (1997), l'utilisation de ces facteurs par les gestionnaires peut également promouvoir la pratique du *caring* chez les infirmières soignantes. Les relations interpersonnelles avec les gestionnaires ainsi que les usagers peuvent, selon l'étudiante-chercheure, contribuer à satisfaire le besoin d'actualisation de soi de la personne. Ceci pourrait éventuellement favoriser le développement et le maintien d'une qualité de vie au travail élevée, en plus d'encourager les infirmières soignantes à administrer des soins de qualité à la clientèle. Ainsi, les trois premiers facteurs servent de base philosophique à la théorie du *caring* alors que les sept derniers constituent la base scientifique de cette approche. D'après une traduction libre réalisée par Cara (1998), nous énumérons les dix facteurs caratifs proposés par Watson (1985) :

- Système de valeurs humanistes et altruistes ;
- Croyance-espoir ;
- Prise de conscience de soi et des autres ;
- Relation thérapeutique d'aide et de confiance ;
- Expression de sentiments positifs et négatifs ;
- Processus de *caring* créatif visant la résolution de problèmes ;
- Enseignement-apprentissage interpersonnel ;
- Soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique,

socio-culturel et spirituel ;

- Assistance en regard des besoins de la personne ;
- Forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles.

Sans perdre de vue les autres facteurs de soins infirmiers définis par Watson (1985), nous retiendrons les facteurs huit, neuf et dix, lesquels nous semblent plus pertinents à la problématique étudiée dans le cadre de cette recherche phénoménologique. Ces facteurs sont brièvement décrits dans les pages qui suivent afin de mieux comprendre les divers aspects qui se rattachent au phénomène d'intérêt.

Le huitième facteur représente le **soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel**. Selon Watson (1985), ce facteur est constitué des variables internes et externes de l'environnement, lesquelles influencent les activités quotidiennes de l'individu. L'interdépendance de ces variables permet à l'infirmière de promouvoir et de rétablir la santé en plus de prévenir la maladie des personnes. Au niveau de la santé, cette théoricienne reconnaît l'influence des mécanismes physiologiques et biologiques de régulation sur la façon de vivre des individus. Elle constate également que le style de vie externe d'une personne contribue à son homéostasie interne. Par ailleurs, elle considère importants, pour la santé de cette personne, les mécanismes de bien-être mental et spirituel ainsi que les croyances socio-culturelles. Watson (1985) reconnaît finalement que certaines variables externes peuvent venir perturber l'environnement interne de l'individu, comme par exemple : 1) le stress relié à un changement ; 2) le confort ; 3) la sécurité et 4) la beauté et la propreté de l'environnement. Ainsi, selon l'étudiante-chercheuse, l'environnement de travail semble pouvoir influencer la qualité de vie au travail de l'infirmière soignante. Toutefois, les

transformations apportées au réseau de la santé ont considérablement modifié les modes de pratique infirmière dans les milieux cliniques. En effet, certaines variables externes, telles que les perspectives de carrière limitées, l'abandon de la profession et les développements technologiques peuvent considérablement changer l'environnement interne de l'infirmière soignante.

Le neuvième facteur représente l'**assistance en regard des besoins de la personne**. Un besoin est généralement défini par Watson (1985) comme une exigence qui, une fois comblée, diminue immédiatement la détresse et améliore le bien-être des individus. Or, pour faciliter l'étude et la pratique des soins infirmiers, cette théoricienne, inspirée de Maslow, dresse la hiérarchie des besoins humains qu'elle situe selon quatre niveaux d'importance: 1) biophysiques (ventilation, élimination, alimentation, hydratation); 2) psychophysiques (activité-inactivité, sexualité); 3) psychosociaux (réalisation, affiliation) et 4) intrapersonnel (actualisation de soi). Les deux premiers besoins occupent le bas de la hiérarchie (ordre inférieur) alors que les deux derniers se situent au haut de la pyramide (ordre supérieur). Selon Watson, ces besoins sont interdépendants et d'égale importance dans le développement du potentiel de l'individu. Elle mentionne que, lorsqu'un besoin n'est pas satisfait, tous les autres s'avèrent également insatisfaits, d'une manière directe ou indirecte. Watson reconnaît enfin que l'actualisation de soi occupe le plus haut niveau de la hiérarchie des besoins humains.

Tel que mentionné précédemment, l'actualisation de soi revêt une importance capitale quant à la perception qu'une infirmière soignante accorde à sa qualité de vie au travail. Cet aspect a d'ailleurs été abordé par McNeese-Smith (1999) dans une section antérieure. Ainsi, pour satisfaire son besoin d'actualisation de soi, l'étudiante-chercheuse

croit que l'infirmière soignante doit d'abord évoluer dans un environnement de *caring* avant de penser à intégrer ce concept à sa pratique quotidienne. Le *caring* peut donc promouvoir l'actualisation de soi de l'infirmière. Toutefois, l'étudiante-chercheur considère que la personne doit préalablement posséder une harmonie corps-âme-esprit lui permettant de combler un tel besoin. Elle reconnaît également que l'harmonie corps-âme-esprit et l'actualisation de soi représentent deux éléments-clés de la philosophie du *caring*, permettant le maintien d'une qualité de vie au travail élevée chez l'infirmière oeuvrant en milieu clinique.

Le dernier facteur, les **forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles** reposent sur les expériences subjectives et personnelles de l'individu (Watson, 1985, 1988). Grâce à ces forces, cette théoricienne reconnaît l'importance d'aider d'abord l'infirmière à explorer la signification que son client donne à sa situation. Dans ses travaux, Watson (1985, 1988) préconise une philosophie existentielle, phénoménologique et spirituelle. Selon cette approche, l'infirmière considère la globalité de l'expérience de la personne à un moment spécifique de son existence. Elle décrit alors les données à partir d'une situation immédiate afin de mieux comprendre le phénomène étudié. En ce qui a trait à la spiritualité, Watson (1988) reconnaît que l'âme de la personne n'est pas confinée au temps et à l'espace puisqu'elle transcende également le « ici et maintenant ». Ceci signifie, mentionne cette auteure, que la personne vit simultanément des expériences du présent, du passé et du futur. Selon l'étudiante-chercheur, il peut devenir important que les chercheurs, administrateurs et cliniciens considèrent l'essence même de la personne, afin de permettre la transcendance ainsi que l'actualisation de soi. Une meilleure compréhension de ces concepts (transcendance, actualisation de soi) pourrait

éventuellement promouvoir la qualité de vie au travail de l'infirmière oeuvrant en milieu clinique.

La philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988) encourage la compréhension du vécu de la personne en lui permettant, grâce à l'approche décrite ci-haut, d'identifier ses perceptions vis-à-vis le phénomène étudié. La méthode de recherche phénoménologique, telle que développée par Giorgi (1970, 1997), est celle qui semble le mieux permettre à l'étudiante-chercheuse de décrire la perception de l'infirmière soignante quant à sa qualité de vie au travail. Cette méthode sera exposée dans le prochain chapitre.

Chapitre troisième

La méthode de recherche

Ce chapitre présente la méthode retenue dans cette étude qualitative. Il comprend plusieurs parties portant sur : la pertinence de la phénoménologie, la philosophie et la méthode phénoménologique, le milieu, la population cible, l'échantillon, les critères d'inclusion, le déroulement de l'étude, l'analyse des données, les considérations éthiques, la rigueur scientifique ainsi que les limites de l'étude.

La pertinence de la phénoménologie en sciences infirmières

Plusieurs auteurs en sciences infirmières (Benner, 1994 ; Burns & Grove, 1997 ; Cara, 1997 ; Cohen, 1987 ; Oiler, 1982 ; Omery, 1983 ; Plager, 1994 ; Ray, 1991 ; Reeder, 1991 ; Swanson-Kauffman & Schonwald, 1988 ; Smith, 1991 ; Watson, 1985, 1988) ont discuté de la pertinence d'utiliser la phénoménologie pour la recherche. Par exemple, selon Ray (1991), la phénoménologie constitue un moyen d'étudier et de comprendre les phénomènes humains ou les expériences vécues par les infirmières ou par les personnes dont elles sont responsables. La phénoménologie représente aussi, pour cette auteure, une philosophie et une méthode, grâce auxquelles l'infirmière peut découvrir et redécouvrir sa conscience vis-à-vis le monde qui l'entoure.

Déjà en 1979, Giorgi définit la phénoménologie comme étant l'étude de la structure et des variations de cette même structure vis-à-vis la conscience, telle qu'elle apparaît par rapport à n'importe quel objet, événement ou personne. Puis, en 1997, cet auteur précise que la phénoménologie signifie la « 'science des phénomènes', c'est-à-dire l'étude systématique de tout ce qui se présente à la conscience, exactement comme cela se présente (...) » (Giorgi, 1997, p. 341-342). Selon Watson (1988), la phénoménologie permet alors au chercheur de décrire et de comprendre les expériences humaines de même que la signification subjective et l'essence du phénomène étudié. En effet, Ray (1991)

associe la phénoménologie à l'étude de l'essence : « ce qui fait qu'une chose est bien ce qu'elle est » (Ray, 1991, traduction libre, p.163).

Ainsi, le but de la phénoménologie consiste, d'après Ray (1991), à acquérir une meilleure compréhension du phénomène étudié à travers la description, la réflexion et la prise de conscience afin de découvrir les nombreuses significations, cohérentes et intégrales, attribuées à ce phénomène. Selon Burns et Grove (1997), ainsi que Swanson-Kauffman et Schonwald (1988), la phénoménologie vise à comprendre les expériences, telles qu'elles sont vécues par les participantes. Elle tente également, reconnaissent Swanson-Kauffman et Schonwald, de décrire l'existence de « l'être-dans-le-monde ». En ce qui concerne la définition de la personne (voir chapitre 2), ces auteures adhèrent à la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999).

Outre Watson (1985, 1988, 1999), d'autres auteurs (Benner, 1985 ; Parse, 1987 ; Paterson & Zderad, 1976) ont également développé des théories en sciences infirmières. Par exemple, en s'inspirant de la phénoménologie, Benner (1985) a utilisé une approche herméneutique afin d'explorer, à l'aide de récits qui capturent la signification du phénomène, le niveau de compétence des infirmières soignantes. Ainsi, la phénoménologie constitue l'une des approches pertinentes dans le cadre des recherches qualitatives en sciences infirmières. Elle représente enfin une philosophie dont les principaux aspects sont présentés dans la prochaine section.

La philosophie phénoménologique

Le mouvement phénoménologique prend naissance, dans les années 1900, avec les travaux de Husserl (1954/1970) et d'Heidegger (1962). Ainsi, les travaux d'Heidegger, tels que rapportés par Cara (1999), privilégient une phénoménologie herméneutique dans

laquelle le chercheur s'intéresse à l'existence de « l'être-dans-le-monde ». Étudiant de Husserl, ce dernier cherche à interpréter l'expérience vécue par les individus. Pour sa part, Husserl est considéré comme le père de la phénoménologie. Ce philosophe et mathématicien allemand prône ainsi le développement d'une phénoménologie transcendentale (pure) qui, nous rapporte Cohen (1987), constitue une assise universelle à la philosophie et à la science. De plus, Husserl cherche à découvrir la signification des expériences, telles qu'elles apparaissent à la **conscience** de la personne (Cohen, 1987). La conscience, selon Giorgi (1997), renvoie à la totalité des expériences vécues par un individu. Elle se définit comme : « le moyen d'accès à tout ce qui se donne dans l'expérience puisqu'il n'est rien qui puisse être dit ou à quoi on puisse se rapporter qui n'inclut implicitement la conscience » (Giorgi, 1997, p. 343). La conscience représente donc une façon d'accéder à l'expérience, dans le but de lui donner une signification véritable.

Par ailleurs, Giorgi (1997) et Ray (1991) soutiennent que, d'après Husserl (1954/1970), l'**intentionnalité** correspond à une dimension essentielle de la conscience. Selon ce principe, la conscience est toujours orientée vers quelque chose (attitude vis-à-vis une expérience spécifique). L'intentionnalité représente, pour Natanson (1973, cité dans Ray, 1991), une nouvelle manière de découvrir la nature de la conscience et l'implication de l'individu dans le monde qui l'entoure. L'**intuition** représente également une notion essentielle associée à la conscience. Elle constitue, selon Ray (1991), un processus permettant au chercheur de décrire l'expérience quotidienne, telle que vécue par un individu, à partir d'une ouverture d'esprit et de plusieurs modes de conscience. La philosophie phénoménologique ne se comprend finalement que dans sa relation à la

conscience (Giorgi, 1997). Ainsi, dans la présente étude, elle constitue la base de l'approche qualitative utilisée pour décrire le phénomène de la qualité de vie au travail. Elle représente également une méthode de recherche qui sera élaborée dans la prochaine section.

La méthode phénoménologique

La méthodologie utilisée dans cette recherche sera celle développée par Giorgi (1997). D'après cet auteur, Husserl (1954/1970) suggère d'effectuer une **réduction phénoménologique** afin de rendre plus précis les résultats des recherches. Ce procédé consiste, selon Ray (1991), à établir une réflexion rigoureuse permettant au chercheur de décrire la conscience vis-à-vis le phénomène étudié. En accord avec Ray, il s'agit, pour Deschamps (1993), d'un processus spécifique de la phénoménologie de Husserl par lequel est modifiée l'attitude naturelle du chercheur. Cette opération lui permet alors de poser un regard naïf et ouvert sur le phénomène en évitant d'adopter des conceptions préétablies. Deschamps reconnaît ainsi que : « c'est par la pratique de la réduction phénoménologique que l'identification et la distanciation des préconceptions du chercheur à l'égard du phénomène exploré sont rendues possibles » (Deschamps, 1993, p.17). La réduction phénoménologique comporte deux phases distinctes identifiées par Husserl : a) le *bracketing* ou époque et b) la réduction éidétique ou l'essence du phénomène.

Le *bracketing* ou époque consiste à : « mettre entre parenthèses les connaissances passées relatives à un phénomène afin de l'appréhender en toute innocence et de le décrire exactement tel qu'on en a l'intuition (ou l'expérience)... » (Giorgi, 1997, p. 347). Ce processus, mentionne Giorgi, exige également de la part du chercheur d'être entièrement présent au phénomène, tel qu'il est dans la situation concrète où il se retrouve. Il doit donc

aborder les situations à explorer en n'ayant aucune préconception (Omery, 1983). De plus, le *bracketing* signifie, pour Deschamps (1993), la suspension du jugement. Tout comme Giorgi, elle définit ce terme comme étant une opération où le chercheur place le monde des connaissances théoriques entre parenthèses dans le but de saisir le phénomène tel qu'il se présente. Selon Deschamps (1993), le *bracketing* contribue également à développer une attitude pure et désintéressée afin de découvrir la connaissance authentique du phénomène. Cette auteure reconnaît que : « l'époché permet ainsi au chercheur de s'exercer à cette attitude intellectuelle qui refuse de prendre pour acquis les connaissances du sens commun qu'il a du phénomène exploré » (Deschamps, 1993, p. 16). Cette phase de la réduction phénoménologique est réalisée, selon Swanson-Kauffman et Schonwald (1988), avant et pendant la collecte des informations ainsi que durant l'analyse des données afin de décrire le plus exactement possible la réalité des participantes. Le *bracketing* représente, pour ces auteures, un moyen de diminuer l'écart entre les connaissances et l'expérience du chercheur vis-à-vis le phénomène étudié et la réalité du phénomène pour les participantes. Il tient aussi compte, mentionnent Swanson-Kauffman et Schonwald, du fait que ces connaissances et expériences du chercheur, quoique valides, ne représentent pas nécessairement la réalité des participantes. La démarche de *bracketing*, réalisée par l'étudiante-chercheuse, est présentée à l'appendice B.

De plus, la **réduction éidétique** ou l'**essence** d'un phénomène représente, selon Giorgi (1997), ce qui se maintient plus durablement dans un contexte donné. Cet auteur précise également qu'il s'agit :

« d'une articulation fondée sur l'intuition, d'un sens fondamental sans lequel un phénomène ne pourrait se présenter tel qu'il est : une identité constante qui contient les variations qu'un phénomène est susceptible de subir et qui les limite » (Giorgi, 1997, p. 351).

Pour découvrir l'essence d'un phénomène, Giorgi suggère d'utiliser la **variation libre** et **imaginative**. Ce procédé signifie que le chercheur « modifie à loisir les aspects ou des éléments d'un phénomène ou d'un objet pour ensuite vérifier si ce phénomène ou cet objet sont encore reconnaissables » (Giorgi, 1997, p.351). Selon Deschamps (1993), il permet également de s'appuyer sur la compréhension ainsi que sur l'expérience initiale du phénomène, tel qu'il se présente au chercheur, afin d'en identifier la véritable structure. Ce processus, reconnaît Reeder (1991), s'avère utile afin de distinguer les éléments propres à un phénomène ainsi que ceux qui le rattachent à d'autres phénomènes. La variation libre et imaginative permet de découvrir les caractéristiques essentielles d'un phénomène.

Le milieu

Les participantes à l'étude sont issues des milieux cliniques de la région du Montréal métropolitain. Ces milieux comprennent les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (C.H.S.G.S.), les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) ainsi que les centres d'hébergement et de soins de longue durée (C.H.S.L.D.).

La population cible

La population cible représentée dans cette étude qualitative a correspondu à l'infirmière soignante oeuvrant dans un des milieux cliniques de la région du Montréal métropolitain, soient les C.H.S.G.S., les C.L.S.C. ou les C.H.S.L.D.

L'échantillon

En accord avec la méthode phénoménologique, Benner (1994) suggère de réaliser des entrevues jusqu'à redondance, ce qui correspond au moment où l'étudiante-chercheuse aurait obtenu un nombre suffisant de données similaires entre chacune des participantes. Toutefois, compte tenu que ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'un mémoire, cette dernière a dû respecter une limite de temps pour compléter son programme d'études. Cinq participantes ont alors été jugées suffisantes pour composer l'échantillon de convenance. Même si la diversité des données est souhaitable dans le cadre d'une recherche phénoménologique, les participantes ont dû satisfaire aux critères d'inclusion mentionnés ci-après afin de permettre à l'étudiante-chercheuse d'espérer obtenir une certaine redondance des données.

Les critères d'inclusion

Les participantes à l'étude ont répondu aux critères de sélection suivants:

- parler et comprendre le français ;
- occuper un emploi à temps complet ou à temps partiel régulier en C.H.S.G.S., en C.L.S.C. ou en C.H.S.L.D.;
- considérer avoir une qualité de vie au travail élevée ;
- accepter volontairement de participer à la recherche.

Le recrutement des participantes

Pour réaliser cette recherche phénoménologique, l'étudiante-chercheuse a consulté dans son milieu de travail (C.L.S.C. de la région du Montréal métropolitain) des infirmières soignantes pouvant satisfaire aux critères d'inclusion ci-haut mentionnés. Elle a aussi été aidée dans ses démarches par sa directrice de thèse en ce qui a trait aux autres

milieus cliniques (C.H.S.G.S. et C.H.S.L.D.).

Le déroulement de l'étude

Utilisant l'approche boule-de-neige (Lincoln, & Guba, 1985), l'étudiante-chercheuse a laissé chacune des participantes libres de la contacter. Cinq infirmières intéressées par ce projet et considérant avoir une qualité de vie au travail élevée ont alors pris rendez-vous avec l'étudiante-chercheuse, à l'heure et à l'endroit qui leur convenaient. Les endroits choisis ont été le domicile de l'étudiante-chercheuse ainsi que l'université et le milieu de travail des participantes. Puis, celles-ci ont été invitées à lire les divers renseignements sur le projet de recherche (voir appendice C), tels que le but, les modalités de participation, les avantages, les risques ou inconvénients, etc. Après avoir bien compris les renseignements que l'étudiante-chercheuse leur a expliqués, elles ont pu signer le formulaire de consentement (voir appendice D) confirmant ainsi leur participation à l'étude. Les participantes ont également été avisées de l'enregistrement, sur bande magnétique, des entrevues réalisées avec l'étudiante-chercheuse.

Par ailleurs, un formulaire de données socio-démographiques (voir appendice E) a permis de recueillir brièvement les informations confidentielles sur les infirmières sélectionnées. Celui-ci a compris un pseudonyme pour la recherche choisi par l'étudiante-chercheuse, le nom, l'âge et le genre de la participante, la formation académique reçue (degré et spécialité), de même que le nombre d'années d'expérience en général, le type d'établissement de santé (quart de travail, statut d'emploi, spécialité et nombre d'années d'expérience). Des entrevues semi-structurées, d'une durée de 30 à 60 minutes, ont été réalisées à l'aide de quelques questions larges et ouvertes. Au préalable, dans une perspective de mise en contexte, l'étudiante-chercheuse avait aussi demandé à chacune

des participantes si un événement, récent et important, d'ordre personnel ou professionnel, avait significativement influencé leur perception de la qualité de vie au travail. Par la suite, un guide d'entrevue (voir appendice F) a permis à l'étudiante-chercheuse de dresser un canevas des principales questions de recherche et d'y ajouter au besoin d'autres questions afin d'amener les participantes à clarifier leur perception du phénomène étudié. Ceci a permis à l'étudiante-chercheuse de préciser la nature des informations recueillies sans toutefois soulever des questions nouvelles pouvant modifier le cours de la pensée des participantes. Une première question de recherche a été posée aux participantes: « Que signifie pour vous la qualité de vie au travail de l'infirmière soignante? ». Cette question a ainsi tenté de découvrir la signification du phénomène, tel que perçu par l'infirmière oeuvrant en milieu clinique. Une deuxième question, tirée du guide d'entrevue (voir appendice F), a pu préciser, dans l'exemple suivant, la question initiale: « Décrivez une situation récente où vous avez accordé une importance significative à votre qualité de vie au travail ».

L'analyse des données

Le contenu des entrevues des participantes a été analysé selon les étapes suivantes décrites par Giorgi (1997):

1. **La collecte des données verbales.** À cette étape, l'étudiante-chercheuse avait préalablement effectué un *bracketing*, de façon à documenter ses préconceptions, croyances et valeurs ainsi que ses expériences de travail relatives au phénomène étudié (voir appendice B). Elle a également tenu un journal de bord afin de noter ses impressions relatives au phénomène et ce, au moment des entrevues et durant l'analyse des données. Ces procédures ont contribué à améliorer la rigueur

scientifique, selon laquelle l'étudiante-chercheure a décrit, le plus précisément possible, la perception des participantes vis-à-vis le phénomène vécu. L'enregistrement des entrevues réalisées auprès des participantes lui a permis de recueillir les données en lien avec la problématique. Quelques questions larges et ouvertes, provenant principalement du guide d'entrevue (voir appendice F), ont permis aux participantes d'exprimer leur point de vue, jusqu'au moment où l'infirmière n'a eu plus rien à rajouter sur le sujet et que l'étudiante-chercheure a détenu un nombre suffisant de données sur le phénomène étudié. Elle a pu obtenir une description concrète et détaillée des perceptions ainsi que des expériences, telles que vécues par les participantes.

2. **La lecture des données.** Une fois la transcription du verbatim réalisée, l'étudiante-chercheure a lu à plusieurs reprises les informations recueillies avant d'en analyser le contenu. Ceci lui a permis de comprendre le langage des participantes. Elle a ainsi tenté de mettre en évidence ce qui est pertinent pour l'analyse du phénomène étudié sans pour autant chercher à thématiser chacun des aspects de la description. Puis, compte tenu qu'il s'agit d'une approche phénoménologique, elle a retenu uniquement la signification globale des données, ce qui lui a permis d'observer de quelle façon les différentes parties du texte sont agencées. Ceci a fait l'objet de la prochaine étape.
3. **La division des données en unités de signification.** Grâce aux multiples lectures, détaillées et approfondies, des descriptions obtenues auprès des participantes, l'étudiante-chercheure a pu constituer plusieurs unités de signification (voir appendice G). Chaque fois qu'elle percevait un changement de sens, elle devait

repérer l'endroit et ensuite poursuivre sa lecture jusqu'à la prochaine unité de signification. Ceci l'a amenée à isoler les phrases qui partageaient une même idée. L'étudiante-chercheure a ainsi développé, à la fin de cette étape, une série d'unités de signification qui ont été exprimées dans le langage ordinaire des participantes et regroupées par la suite en plusieurs sous-thèmes. Bien qu'un juge externe ne constitue pas une obligation de cette méthode, la directrice de mémoire a révisé tout le processus de l'analyse afin d'atteindre un consensus dans le choix des unités et des sous-thèmes. Les efforts de l'étudiante-chercheure pour clarifier les unités de signification ont pu toutefois l'amener à s'auto-corriger. Swanson-Kauffmann et Schonwald (1988) suggèrent au chercheur de préserver la signification des données, telles qu'elles apparaissent à la conscience des participantes afin de respecter la philosophie sous-jacente à cette méthode. De façon à tenir compte du concept d'intuition, tel que développé dans une section précédente, l'étudiante-chercheure a dû adopter une attitude ouverte pour laisser des significations imprévues émerger. Celle-ci n'a pas pu s'appuyer sur les théories existantes relatives au phénomène étudié car elle voulait faire preuve d'intuition.

4. **L'organisation et l'énonciation des données brutes dans le langage de la discipline.** Une fois les sous-thèmes constitués, l'étudiante-chercheure a pu examiner, explorer et décrire ceux-ci de nouveau afin de rendre plus explicite la valeur de chacun d'entre eux en lien avec la discipline choisie. Ce processus l'a amenée à dégager quelques thèmes des sous-thèmes identifiés à l'étape précédente. L'étudiante-chercheure a d'abord dû examiner ces thèmes

globalement, c'est-à-dire en tenant compte de l'ensemble des participantes. Elle a ensuite pu les exprimer dans le langage scientifique de la discipline infirmière afin d'accroître sa compréhension du phénomène étudié.

5. **La synthèse des résultats.** Une fois les thèmes constitués, l'étudiante-chercheure a utilisé la variation libre et imaginative pour savoir si chacun d'entre eux correspondait au phénomène étudié. Elle a ensuite pu dégager la structure essentielle des expériences vécues selon une perspective disciplinaire. La recherche de l'essence du phénomène, telle que discutée dans une section précédente, a représenté l'étape ultime de ce processus d'analyse des données. Elle a permis à l'étudiante-chercheure d'exprimer, en une seule phrase, la signification « universelle » du phénomène étudié. L'essence lui a aussi permis de vérifier dans quelle mesure elle répond à la question de recherche énoncée à la fin du premier chapitre.

Les considérations éthiques

L'étude proposée a préalablement été exposée au comité d'éthique de la recherche des Sciences de la Santé de l'Université de Montréal qui a émis un certificat d'autorisation pour la durée du projet (voir appendice H). Par la suite, chaque participante a été informée, verbalement et par écrit, du but de l'étude ainsi que de son utilisation à des fins académiques et scientifiques (voir appendice C). Cette lettre a également précisé les inconvénients ou les risques associés à une collaboration. Les participantes ont alors été invitées à signer un formulaire de consentement (voir appendice D) dans lequel elles reconnaissaient avoir reçu, discuté et compris les renseignements nécessaires au bon déroulement de l'étude. Ce consentement libre leur permettait aussi de se retirer du projet

à n'importe quel moment. L'étudiante-chercheuse a dû quant à elle apposer sa signature au bas du formulaire afin d'indiquer qu'elle a expliqué aux participantes les renseignements. Un consentement verbal était aussi requis afin de procéder à l'enregistrement sur bande magnétique des entrevues réalisées auprès des participantes. Celles-ci ont été avisées de la destruction des bandes une fois le mémoire de maîtrise accepté. Finalement, l'anonymat des participantes et la confidentialité des données ont été respectés tout au long de l'étude grâce à l'utilisation d'un pseudonyme.

La rigueur scientifique

Selon Burns et Grove (1997), les chercheurs accordent beaucoup d'importance à la rigueur scientifique puisqu'ils associent celle-ci à la valeur des résultats de la recherche. Dans une étude quantitative, ces auteures mentionnent que la rigueur est démontrée par la précision et l'objectivité des données, lesquelles peuvent conduire à l'application de théories de même qu'à l'élaboration de tests statistiques spécifiques.

Par contre, dans une étude qualitative, la rigueur scientifique a été principalement assurée par l'ouverture d'esprit, le respect de la philosophie phénoménologique ainsi que par la minutie déployée durant la collecte des informations et ensuite lors de l'analyse de l'ensemble des données (Burns & Grove, 1997). Au préalable, l'étudiante-chercheuse a dû effectuer un *bracketing*, tel que décrit dans une section précédente. Elle a également dû respecter les stratégies visant à assurer l'authenticité et la crédibilité des résultats. Selon Cara (1999), l'authenticité permet de déterminer si les résultats de l'étude correspondent bien à l'expérience telle qu'elle est vécue par les participantes. Cette stratégie a été réalisée par le respect de la méthodologie, dont les notions essentielles ont été définies dans une section précédente, soit : 1) la réduction phénoménologique ; 2) le *bracketing* ;

3) l'intentionnalité ; 4) les multiples lectures des entrevues et 5) l'intuition. Cara (1999) spécifie également que la crédibilité permet à l'étudiante-chercheure de vérifier dans quelle mesure les résultats de la présente recherche décrivent vraiment le phénomène étudié. En s'appuyant sur différents méthodologistes phénoménologiques, cette chercheure reconnaît ainsi que la crédibilité de l'étude est encouragée par le respect des éléments suivants: 1) le choix diversifié des participantes ; 2) les entrevues réalisées jusqu'à redondance des données ; 3) la variation libre et la réduction éidétique, tels que mentionnés dans une section précédente et 4) la reconnaissance du phénomène par les lecteurs et les experts.

Le manque de rigueur scientifique dans le cadre d'une étude qualitative peut être attribué à différentes causes, rapportées par Burns et Grove (1997) : 1) une incohérence dans le respect de la philosophie utilisée ; 2) un *bracketing* inadéquat ; 3) un temps restreint pour réaliser la collecte des données ; 4) des observations insuffisantes ou de piètre qualité et 5) un manque de considération vis-à-vis l'ensemble des données retenues. Toutefois, dans cette recherche phénoménologique, le respect de la rigueur scientifique a parfois pu être compromis, entre autres, par les difficultés de l'étudiante-chercheure à obtenir un nombre diversifié de participantes ainsi qu'une redondance des données à l'intérieur des entrevues. La prochaine section présente maintenant certaines limites identifiées par l'étudiante-chercheure.

Les limites de l'étude

La présente recherche a comporté certaines limites, notamment : le choix d'un échantillon homogène, le nombre restreint de participantes et le moment choisi pour réaliser cette étude.

La première limite observée dans cette étude a concerné le choix d'un échantillon relativement homogène par rapport à la formation universitaire, l'expérience de travail et l'âge des infirmières sélectionnées mais hétérogène quant aux milieux de travail retenus. En effet, les participantes sélectionnées devaient posséder certaines caractéristiques personnelles et professionnelles communes, lesquelles respectaient les critères d'inclusion décrits dans une section précédente. Ainsi, cet échantillon peu diversifié a pu influencer la nature des résultats obtenus. L'étudiante-chercheuse se demande alors si une diversité des participantes, possédant un statut d'emploi occasionnel par exemple, entraînerait les mêmes résultats.

Bien que Benner (1994) suggère d'interroger des participantes jusqu'à redondance des données, le nombre limité de participantes a toutefois tenu compte du court délai de temps à respecter pour compléter un mémoire de maîtrise. En effet, l'étudiante-chercheuse croit qu'un nombre supérieur de participantes aurait sûrement favorisé une plus grande qualité et diversité d'informations.

Une dernière limite observée a correspondu au moment choisi pour réaliser cette étude. En effet, les infirmières retenues vivaient plusieurs changements associés à la réorganisation du système de santé. Selon l'étudiante-chercheuse, ces dernières ont pu éprouver des difficultés à clairement définir la signification de leur qualité de vie au travail dans ce contexte chaotique. De même, les restrictions budgétaires et la rationalisation des ressources humaines ont empêché les diverses autorités de « libérer », voir même rémunérer les infirmières soignantes pour la durée de l'entrevue. Celle-ci a donc pu être réalisée durant les périodes de repas ou après une journée de travail. L'étudiante-chercheuse croit que le choix d'un tel moment a pu modifier les perceptions

des infirmières quant à leur qualité de vie au travail. Ces dernières ont pu être davantage préoccupées par des obligations professionnelles, telles que la somme de travail qui reste à accomplir, ou personnelles comme, par exemple, la hâte de quitter l'établissement pour vaquer à d'autres occupations.

Chapitre quatrième

La présentation des résultats

Ce chapitre présente d'abord le profil des participantes interrogées au cours de la présente recherche. Puis, il dresse le bilan des sous-thèmes et des thèmes émergeant des entrevues réalisées auprès de chacune des participantes sur le concept de la qualité de vie au travail. À la lumière de cette analyse phénoménologique, il expose enfin l'essence du phénomène étudié selon l'interprétation de l'étudiante-chercheure.

Le profil des participantes

Cette partie du texte fournit des renseignements importants sur le contexte et l'histoire de chacune des participantes, en s'appuyant sur le questionnaire socio-démographique de l'annexe I. Rappelons qu'un pseudonyme a été attribué à chacune des participantes afin de préserver leur anonymat.

Participante #1 : Annabelle

Titulaire d'un DEC en sciences de la nature, puis d'un baccalauréat en sciences infirmières, Annabelle débute sa carrière en milieu hospitalier au milieu des années 1990. Elle travaille depuis sept ans au même établissement, soit l'équivalent de deux ans à titre de préposée aux bénéficiaires (à temps partiel, durant ses études) et de cinq ans comme infirmière soignante (à temps partiel et à temps complet). Aujourd'hui, Annabelle, 27 ans, détient un poste à temps complet d'infirmière bachelière. Son quart de travail, le soir, lui convient bien puisqu'elle poursuit des études de jour au certificat en milieu clinique. Ouvrant en salle d'urgence, elle espère parfaire ses connaissances sur les soins à administrer aux polytraumatisés.

Participante #2 : Véronique

Véronique débute sa carrière en milieu hospitalier au milieu des années 1970. Elle pratique alors trois ans dans le domaine de l'hygiène publique avant de poursuivre son

travail en médecine-chirurgie et en gériatrie durant 14 ans. Au cours de cette période, elle occupe successivement les rôles d'infirmière, d'infirmière responsable d'unité de soins et de gestionnaire. Véronique détient un baccalauréat par cumul de certificats et poursuit une maîtrise en sciences infirmières dans le domaine de la gérontologie. Son intérêt pour les personnes âgées ainsi que pour les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'une démyélinisation centrale (DMC) l'amènent à exercer simultanément les fonctions d'assistante infirmière chef en centre d'hébergement et d'infirmière soignante en centre de réadaptation. Depuis 1994, Véronique occupe un poste à temps partiel de soir en centre d'hébergement. Elle détient également un poste à temps partiel de jour en centre de réadaptation depuis moins de 6 mois. Cette infirmière de 52 ans possède une expérience totale de 23 années dans les réseaux de la santé québécois et international.

Participante #3 : Caroline

Suite à l'obtention de son baccalauréat en sciences infirmières, Caroline se spécialise dans le domaine de la pédiatrie, d'abord comme infirmière soignante et ensuite à titre d'infirmière chef. Après 12 ans de travail en médecine et à l'urgence, elle effectue un changement de clientèle et de fonctions. Un emploi de conseillère en soins généraux auprès des adultes lui permet de parfaire ses connaissances en médecine. Puis, en 1998, d'autres modifications s'ajoutent au plan de carrière de Caroline, laquelle accepte un emploi d'infirmière en CLSC dans le secteur des soins à domicile. Elle occupe actuellement un poste à temps complet de jour dans cet établissement de santé et ce, depuis environ deux ans. Âgée de 37 ans, Caroline compte ainsi 17 années d'expérience au total dans les milieux hospitalier et communautaire.

Participante #4 : Florence

Depuis 25 ans, Florence pratique la profession d'infirmière soignante en milieu hospitalier, dans les domaines de la médecine et de la chirurgie. Elle dit ainsi détenir une solide formation académique grâce à l'obtention d'un DEC en soins infirmiers et d'un baccalauréat en sciences infirmières. À l'âge de 46 ans, cette infirmière détient un poste à temps complet de jour dans les spécialités de la pneumologie ainsi que de la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique (CCVT). Florence pratique dans ce secteur d'activités depuis bientôt 10 ans. Son expertise se concentre essentiellement dans le milieu hospitalier, endroit où elle exerce depuis le début de sa carrière. Outre son travail, Florence se distingue par un engagement important au sein des activités de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) ainsi qu'à l'intérieur du Conseil des Infirmières et Infirmiers (CII) de son établissement.

Participante # 5 : Barbara

Barbara débute sa carrière en milieu hospitalier au début des années 1990, d'abord comme préposée aux bénéficiaires (pendant quatre ans), ensuite à titre d'infirmière auxiliaire (pendant trois ans) pour enfin exercer, jusqu'à ce jour, les fonctions d'infirmière technicienne. Depuis deux ans, Barbara détient un poste à temps complet d'infirmière spécialisée dans les soins aux blessés médullaires. Elle travaille de jour dans un centre de réadaptation, en plus de poursuivre, à temps partiel, un baccalauréat par cumul de certificats. La formation continue occupe une place importante pour cette infirmière de 48 ans qui envisage, une fois son baccalauréat complété, de poursuivre des études de deuxième cycle. L'appendice I présente, sous forme de tableau, un résumé de la situation socio-démographique des participantes, telle que décrite dans les paragraphes précédents.

Les sous-thèmes et thèmes émergeant des entrevues

En accord avec la méthode de recherche phénoménologique développée par Giorgi (1979, 1997) dans le chapitre précédent, l'appendice J illustre, sous forme de tableau, l'ensemble des sous-thèmes présents lors des entrevues réalisées auprès de chacune des participantes. En dressant une liste de la fréquence (nombre d'infirmières ayant mentionné chacun des sous-thèmes) ainsi que du total (nombre de fois où chacun des sous-thèmes apparaît dans l'échantillon retenu), ce tableau fournit des informations sur la signification du phénomène de la qualité de vie au travail, telle que perçue par les infirmières soignantes.

L'appendice K présente, sous forme de tableau, les thèmes retenus dans la présente recherche. Il apparaît que la qualité de vie au travail des infirmières soignantes semble signifier l'actualisation du potentiel de la personne, la reconnaissance de la compétence de l'infirmière, l'importance des relations de *caring* dans l'environnement de travail et la salubrité de l'environnement de travail. Chacun de ces thèmes, accompagnés de leurs sous-thèmes respectifs, sera discuté séparément dans les sections suivantes.

L'actualisation du potentiel de la personne

Ce thème illustre l'importance de satisfaire certains besoins d'ordre supérieur de manière à promouvoir le développement de la personne. L'actualisation du potentiel de la personne représente un besoin ultime auquel aspirent de nombreux individus. L'ensemble des participantes interrogées considèrent ce thème comme important pour leur qualité de vie au travail. Barbara le définit clairement, à partir de l'actualisation qu'elle vit dans l'environnement dans lequel elle pratique. La qualité de vie au travail signifie pour cette participante :

« que notre milieu de travail est un endroit où l'on peut s'actualiser, ce qui veut dire qu'on est un sujet à travers le travail qu'on fait (...) on donne vraiment toute notre dimension d'un être humain ».

À la lumière de ce thème, Barbara souligne l'importance de l'auto-reconnaissance.

En laissant à l'infirmière la possibilité d'explorer toute la dimension humaine des soins, il semble que ce milieu facilite l'atteinte du besoin d'actualisation de soi de la personne. Il apparaît que ceci peut davantage permettre à l'infirmière soignante d'améliorer sa qualité de vie au travail.

L'**actualisation du potentiel de la personne** regroupe des sous-thèmes importants pour l'ensemble des participantes relativement au phénomène de la qualité de vie au travail, soit : a) l'actualisation ; b) le bien-être psychologique ; c) la satisfaction au travail ; d) l'équilibre et e) l'énergie. En accord avec le tableau présenté à l'appendice J, il semble pertinent de préciser la fréquence élevée de l'actualisation, laquelle représente non seulement un sous-thème mais également un thème dans la présente analyse des données. L'actualisation du potentiel de la personne inclut le sous-thème actualisation en raison de son importance..

En ce qui a trait à l'**actualisation**, l'ensemble des participantes accordent une signification particulière à ce sous-thème dans leur pratique. L'analyse des données permet alors de constater qu'elles utilisent les synonymes épanouissement, croissance et réalisation pour désigner l'actualisation. Dans l'exemple suivant, les propos de Barbara témoignent de l'importance de se réaliser au niveau personnel et professionnel : « c'est ce qu'il y a de plus fondamental, le sentiment de se réaliser et de permettre à une autre personne [collègue de travail, client/famille] de se réaliser ».

Dans l'exemple suivant, Caroline perçoit que la « qualité de vie au travail, c'est d'être capable d'atteindre ses objectifs au travail par rapport à sa clientèle (...) [ce qui représente] une source de renforcement positif ». Il apparaît que, pour avoir une qualité de vie au travail élevée, cette infirmière doit d'abord se réaliser pour ensuite atteindre une certaine forme d'épanouissement, rendue possible grâce au renforcement positif.

Le **bien-être psychologique** constitue une sensation agréable qui s'apparente aux notions de confort et de plaisir associés au travail infirmier. Ce sous-thème semble rejoindre une majorité d'infirmières (quatre des cinq participantes). Pour Annabelle, ce sentiment de bien-être représente « la joie ou le confort, pas d'irritant (...), pas juste le niveau physique... Aussi, au niveau psychologique : un esprit clair, calme, pas triste ». Cette infirmière insiste sur l'importance de considérer autant la dimension physique que psychologique dans l'évaluation qu'elle peut faire de son bien-être. L'actualisation de soi semble être un besoin possible à atteindre dans la mesure où l'infirmière soignante éprouve du bien-être dans l'exercice de sa profession.

Dans la citation suivante, Barbara fait également ressortir l'importance du bien-être psychologique en lien avec la reconnaissance de la compétence de l'infirmière : « (...) on n'a pas besoin d'une autre personne pour reconnaître ce qu'on fait, on peut voir vraiment que la personne a pu avancer et puis ça ça nous donne ce sentiment de bien-être et de qualité ». Pour acquérir un sentiment de bien-être psychologique, il apparaît que cette participante doit réussir à s'actualiser par l'entremise de ses réalisations auprès d'une autre personne.

La **satisfaction au travail** semble également représenter un élément-clé de l'actualisation de soi. Pour maintenir une qualité de vie au travail élevée, l'infirmière

soignante doit démontrer de l'intérêt à accomplir son travail en plus d'éprouver le sentiment de pouvoir atteindre ses objectifs de soins. Toutefois, le besoin d'actualisation n'est pas nécessairement atteint lorsque l'infirmière soignante éprouve une satisfaction au travail. Il apparaît possible, par contre, qu'une intervenante capable de s'actualiser démontre de la satisfaction au travail.

Plusieurs infirmières (quatre des cinq participantes) considèrent la satisfaction au travail comme un sous-thème important pour leur qualité de vie au travail. Ceci s'avère être bien démontré dans l'exemple suivant d'Annabelle, laquelle perçoit que :

« (...) ce qui améliore ma qualité de vie au travail, c'est ma satisfaction au travail... se concentrer sur des petits gestes de tous les jours qui font qu'on a une satisfaction au travail, qu'on se sent mieux, qu'on arrive mieux à gérer toutes sortes de petites choses ».

Les propos d'Annabelle portent à croire que la satisfaction au travail est tributaire de sa capacité à développer son potentiel. Cette citation semble refléter l'aptitude de cette participante à résoudre des problèmes en vue de maintenir une qualité de vie au travail élevée.

De même, Véronique mentionne que : « la qualité de vie au travail se définit quand l'infirmière éprouve une certaine satisfaction à accomplir sa fonction d'infirmière ». Il semble que, pour s'actualiser et développer une qualité de vie au travail élevée, l'infirmière soignante doit préalablement acquérir une satisfaction au travail.

L'**énergie**, pour sa part, désigne la force et la vigueur de l'infirmière soignante. Or, pour la majorité des personnes interrogées (quatre des cinq participantes), ce sous-thème facilite la réalisation des activités et encourage le développement du potentiel en vue de promouvoir l'actualisation de soi. Barbara souligne l'importance de respecter les capacités

et surtout les limites de la personne dans l'accomplissement de son travail. Elle réfère, dans la citation suivante, au phénomène d'épuisement professionnel dont semblent être victimes des infirmières soignantes de son milieu de travail : « Reconnue en tant qu'être humain qui a des besoins et qui ne doit pas s'épuiser dans son milieu de travail... Alors, c'est ce qu'on respecte ici [l'institution] vraiment je pense... ». Le respect des capacités de la personne, en lien avec l'énergie déployée par cette dernière, semble promouvoir le maintien d'une qualité de vie au travail élevée chez les infirmières soignantes.

De plus, Caroline perçoit que, pour avoir une qualité de vie au travail élevée, elle « doit réussir à tout faire ses activités (...), avoir assez d'énergie pour pouvoir avoir des loisirs et s'amuser ». Outre la réalisation de ses activités professionnelles, cette participante semble indiquer l'importance de garder suffisamment d'énergie afin de vaquer à ses occupations personnelles. Il apparaît que, pour combler son besoin d'actualisation, l'infirmière soignante doit utiliser cette énergie de façon appropriée.

Le sous-thème suivant, l'**équilibre**, réfère à un état de stabilité entre les divers aspects de la vie personnelle et professionnelle. La majorité des infirmières (quatre des cinq participantes) considèrent ce sous-thème comme important pour leur qualité de vie au travail. Il apparaît alors que l'équilibre favorise l'atteinte du besoin d'actualisation du potentiel de la personne en permettant à l'infirmière soignante de satisfaire aux exigences de son travail. Dans l'exemple suivant, Caroline souligne le caractère déterminant de l'équilibre entre les aspects personnel et professionnel de sa vie:

« Pour moi, c'est important aussi d'avoir un équilibre entre les aspects professionnel, personnel comme femme, comme vie de famille aussi (...) être capable d'atteindre un équilibre entre ces trois aspects-là ... Quelqu'un qui a juste son travail dans sa vie et qui tire sa satisfaction et ses relations sociales, enfin que tout vient du milieu de travail, un moment donné, ça « pète », tout lâche. Alors que quand t'as différents milieux d'où

tu peux tirer des satisfactions, t'es plus équilibré, et tu réussis à être heureux... ».

Comme Caroline, Annabelle mentionne l'importance d'« avoir autre chose que le travail, être capable d'avoir des activités sportives ou sociales ». En lien avec les conditions de travail qui prévalent dans son établissement, elle reconnaît aussi que : « les infirmières veulent plus des temps partiels (...) ce qui permet plus d'équilibre entre la paye mais aussi une vie familiale, une vie à l'extérieur satisfaisante ». Pour s'actualiser, voir développer une qualité de vie au travail élevée, il semble que l'infirmière soignante doit doser le temps alloué au travail et aux loisirs afin d'aspirer à un équilibre bénéfique.

En résumé, l'infirmière qui éprouve un plaisir et un intérêt à accomplir son travail, possède l'énergie et l'équilibre sur les plans personnels et professionnels, peut ressentir un accomplissement, voir une actualisation de son potentiel.

La reconnaissance de la compétence de l'infirmière

Ce thème traduit une importante préoccupation de l'ensemble des infirmières quant à leur capacité à administrer des soins de qualité au client-famille, lesquels doivent être appréciés à leur juste valeur par les bénéficiaires, les collègues de travail et les administrateurs. Il est ainsi bien illustré par l'exemple suivant d'Annabelle :

« On n'est pas des mères Theresa, on est des soignantes, on a des connaissances scientifiques, on a une dextérité pratique qui fait qu'on est efficace, qui fait qu'on donne un service à la population qui est très important à mon avis. »

Selon cette participante, il semble que les soins infirmiers ne doivent plus être désignés comme une vocation mais plutôt comme une profession qui nécessite des connaissances et une dextérité pratique.

La reconnaissance de la compétence de l'infirmière comprend divers sous-thèmes identifiés par les participantes, soit : a) la reconnaissance ; b) la possibilité de formation

continue ; c) les responsabilités ; d) l'enseignement à la clientèle et e) la relation d'aide client-famille. En accord avec le tableau présenté à l'appendice J, il semble pertinent de préciser la fréquence élevée de la reconnaissance, laquelle représente non seulement un sous-thème mais également un thème dans la présente analyse des données.

La **reconnaissance** se définit par l'appréciation que les pairs, les supérieurs et les clients-familles accordent au travail de l'infirmière soignante. Exprimée par l'ensemble des participantes, cette reconnaissance peut aussi se traduire par de la valorisation. Véronique rappelle l'importance de se sentir « hautement valorisée dans l'organisation du travail, c'est-à-dire que les supérieurs reconnaissent, que les pairs reconnaissent (...) la compétence ». Il apparaît qu'un tel sentiment de valorisation peut amener l'infirmière soignante à se sentir davantage compétente, ce qui contribue à promouvoir sa qualité de vie au travail.

Pour sa part, Annabelle constate que pour « reconnaître que ma *job* elle a son importance, je pense qu'on a un bout de chemin à faire ». Il semble que cette infirmière soignante déplore le peu de reconnaissance professionnelle qu'elle reçoit malgré l'évolution considérable apportée à la profession. Il apparaît que les efforts entrepris par les chercheurs, administrateurs et cliniciens pour offrir une formation académique de qualité ne suffisent pas à améliorer la perception de la population, des pairs et des supérieurs quant à la compétence des infirmières.

Pour promouvoir la reconnaissance de la compétence de l'infirmière, les participantes soulignent, de façon unanime, la **possibilité de formation continue**. Celle-ci désigne l'ensemble des activités éducatives offertes à l'infirmière soignante afin de lui fournir les outils nécessaires pour compléter ses connaissances et améliorer sa pratique.

Par exemple, Caroline propose de consolider ses connaissances scientifiques :

« (...) je pense qu'il faut que la formation de l'infirmière soit beaucoup plus (...) Je pense que les infirmières ont besoin au point de vue scientifique d'être un peu plus ferrées qu'elles ne le sont présentement ; au point de vue physiologie, il y a des lacunes. Il y a beaucoup d'infirmières qui font difficilement des liens entre les effets des médicaments et l'impact physiologique, juste le vocabulaire employé dans les dossiers, les autres professionnels vont employer des termes techniques beaucoup plus précis que les infirmières. À ce niveau-là, je pense que la formation a besoin d'être plus poussée ».

Aussi, Véronique appuie les propos de Caroline, en soulignant l'importance de participer à de la formation continue pour sa qualité de vie au travail :

« la formation me permet d'avoir une meilleure santé. Les lectures que j'ai faites (...) de prendre du recul par rapport à ce qu'on a et comment lier ce qu'on a lu, ce qu'on a appris avec ce qui se passe actuellement dans le milieu de la santé ».

La formation continue permet à cette participante de mettre à jour ses connaissances en plus de favoriser le maintien de sa santé. L'infirmière, aux prises avec certaines difficultés dans sa pratique, met ainsi à contribution les connaissances acquises. Ceci l'amène éventuellement à administrer de meilleurs soins, lesquels peuvent lui attirer une certaine forme de reconnaissance de la part de la clientèle.

Suite à l'analyse des données, l'ensemble des infirmières soignantes interrogées témoignent de l'ampleur des **responsabilités** inhérentes à leur pratique. Certaines obligations concernent les soins à administrer directement à la clientèle alors que d'autres proviennent davantage des tâches administratives. Dans l'exemple suivant, Annabelle constate qu'elle reçoit peu de reconnaissance au niveau de la population, comparativement à l'importance des responsabilités associées au travail infirmier :

« Il me semble qu'on occupe une position clé au niveau de la population, au niveau de l'enseignement qu'on leur donne, au niveau des soins qu'on leur donne. Il me semble que de se faire reconnaître qu'on a cette importance-là au niveau de la population... Je donne un service de santé, de bien-être, j'essaie de diminuer l'anxiété des patients.

C'est beaucoup... ».

Annabelle semble s'interroger devant ce manque de reconnaissance pour son travail. En lien avec ses responsabilités, elle cherche à élucider ce problème en examinant la nécessité des services qu'elle procure à la population.

Par ailleurs, Florence déplore, dans une autre citation, l'existence de tâches qui l'empêchent de procurer au client tous les soins voulus : « (...) le secrétariat, je trouve que ça n'a pas de place. J'ai peur de passer à côté des choses que je trouve vraiment importantes. » Il semble que certaines responsabilités non reliées aux soins infirmiers limitent les capacités de cette participante à exercer pleinement ses fonctions. Ceci peut ainsi réduire la qualité des soins administrés à la clientèle et, conséquemment, susciter moins d'opportunités de reconnaissance professionnelle.

Parmi les nombreuses responsabilités attribuées aux infirmières soignantes, **l'enseignement à la clientèle** constitue l'une des fonctions autonomes citées par la majorité d'entre elles (trois des cinq participantes). Dans l'exemple suivant, Florence souligne l'importance de « monter des documents d'enseignement à la clientèle ». Elle tente d'augmenter, au moyen de divers écrits, la visibilité du travail infirmier. Il apparaît que le client/famille peuvent ainsi reconnaître la compétence des infirmières. Selon elle, cette reconnaissance peut être davantage exprimée lorsque l'information reçue permet de réduire le niveau d'anxiété des individus.

Pour sa part, Barbara considère l'enseignement comme un échange d'informations entre le client-famille et l'infirmière :

« (...) je fais de l'enseignement aux patients mais eux, ils nous enseignent les choses les plus fondamentales de l'existence. C'est vraiment un échange. (...) on reçoit peut-être ce qu'on ne pourrait pas recevoir dans la société, des choses vraiment à la source

de l'être humain... (...) c'est ce côté profond-là qui m'intéresse et me permet d'avoir une qualité de vie au travail ».

Cette participante semble recevoir de la reconnaissance dans la mesure où l'enseignement administré lui procure une rétroaction vis-à-vis l'enseignement donné. Celle-ci peut amener Barbara à se sentir compétente et à aller plus loin dans sa relation avec le client-famille.

Enfin, la **relation d'aide client et famille** fait partie intégrante des soins infirmiers. Reconnue par la majorité des personnes interrogées (trois des cinq participantes), elle se définit par l'existence d'attitudes de respect et d'authenticité de l'infirmière soignante envers la clientèle. Caroline décrit l'importance de développer une relation d'aide avec chacun de ses patients :

« En CLSC, quand tu vas à domicile, t'as un patient à t'occuper (...) t'es toute seule avec ton patient, t'es toute là pour lui, ce qui fait que t'es capable de voir tous les aspects de sa santé, que t'es capable d'aller explorer différentes avenues avec eux autres. Moi je trouve ça beaucoup plus gratifiant et puis j'imagine que pour le patient aussi... T'es là et tu t'occupes juste de lui ».

Dans cet exemple, la relation d'aide semble permettre à Caroline d'adopter une vision globale de la personne, laquelle contribue à une meilleure compréhension des besoins du client/famille. La présence et l'écoute de l'infirmière soignante offre aux usagers la possibilité d'exprimer leur appréciation quant aux soins reçus en vue de promouvoir la reconnaissance de la compétence de l'infirmière.

Pour sa part, Annabelle exprime clairement l'importance d'être à l'écoute des besoins de la clientèle pour recevoir de la reconnaissance professionnelle :

« Je pense qu'il y a de la place au niveau de la profession d'infirmière, je pense qu'on aurait besoin d'un petit peu plus de reconnaissance. Nos patients nous en donnent beaucoup, il suffit d'être à l'écoute d'eux... ».

En résumé, la participation à des activités de formation continue, les responsabilités associées à la pratique infirmière, l'enseignement et la relation d'aide client-famille peuvent conduire à la valorisation, voir à la reconnaissance de la compétence de l'infirmière.

L'importance des relations de *caring* dans l'environnement de travail

Ce thème illustre l'importance, pour l'ensemble des participantes interrogées, d'exercer dans un environnement de travail qui préconise une approche humaine entre les différents professionnels de la santé. Ainsi, un environnement favorable au *caring* semble amener les infirmières soignantes à s'épanouir. Pour Barbara, il apparaît que le milieu de travail est tributaire de sa capacité à acquérir une qualité de vie au travail élevée : « Je trouve que j'ai une excellente qualité de vie au travail parce que je suis dans un environnement qui est stimulant ». Ainsi, les relations de *caring* dans l'environnement de travail de Barbara semblent lui permettre de se réaliser au sein de la profession.

L'importance des relations de *caring* dans l'environnement de travail regroupe divers sous-thèmes identifiés par les participantes : a) le soutien des pairs, des supérieurs et de l'équipe multidisciplinaire; b) la communication; c) l'engagement et d) l'appartenance au groupe.

Parmi ces sous-thèmes, l'analyse des données révèle l'importance, pour l'ensemble des participantes interrogées, de recevoir du **soutien des pairs, des supérieurs** et de **l'équipe multidisciplinaire**. Souhaitable lors des moments de difficulté, le soutien se définit par l'appui reçu de l'un ou l'autre des individus ci-haut mentionnés. Il peut permettre à l'infirmière soignante de promouvoir sa qualité de vie au travail.

Dans la citation suivante, Florence démontre toute l'importance du **soutien des pairs** pour son équilibre personnel :

« À ce moment-là, si ça devient trop difficile, j'ai trouvé des gens à qui je peux parler, des gens avec qui je me sens en confiance, qui sont infirmières comme moi, qui vibrent à peu près au même diapason que moi et puis qui vont être capables de comprendre et en retour vont me partager [leurs difficultés]... Alors, le fait de ne pas me sentir isolée là-dedans, pour moi c'est un très grand bénéfice. Ça pour moi c'est un élément bien important. Quand la pression est trop forte, en allant chercher le soutien de mes pairs, ça ça va me permettre de garder un certain équilibre. Le fait de l'avoir ventilé à un pair, ça, ça fait toute la différence ».

Florence semble reconnaître l'impact des relations de *caring* sur sa qualité de vie au travail. En effet, cette participante témoigne de toute la confiance, la compréhension et le partage dont font preuve les infirmières soignantes qui l'entourent. Elle rapporte également un très grand bénéfice au véritable travail en équipe, soit celui de briser l'isolement. Il semble dès lors que les infirmières soignantes oeuvrant seules dans le réseau de la santé peuvent éprouver de nombreuses difficultés à accomplir leurs tâches. Il apparaît que les relations de *caring* peuvent contribuer au développement d'une solidarité entre les collègues de travail, susceptible non seulement d'améliorer la qualité des soins à la clientèle, mais également la qualité de vie au travail des intervenants.

D'autre part, comme en témoigne Barbara, le **soutien des supérieurs** semble être bien apprécié, surtout en présence d'une surcharge de travail :

« (...) on nous donne quand même beaucoup de soutien quand on voit qu'on est surchargés sur les étages, souvent la directrice des soins est venue nous aider puis on se sent beaucoup soutenue par la clinicienne aussi ».

Ce soutien peut contribuer à promouvoir l'importance des relations de *caring* dans l'environnement de travail afin, d'une part, d'aider les infirmières soignantes à surmonter les difficultés présentes dans leur pratique et, d'autre part, de favoriser le maintien de leur

qualité de vie au travail malgré un climat chaotique.

Le **soutien de l'équipe multidisciplinaire** occupe également une place importante pour assurer le maintien d'une qualité de vie au travail élevée chez les infirmières soignantes. En effet, ce soutien contribue, dans la mesure où il existe une collaboration multidisciplinaire, à améliorer la qualité des soins prodigués aux usagers. Ceci s'avère être bien expliqué par Annabelle : « (...) les autres professionnels de la santé, je pense qu'ils ont quelque chose à nous amener ». Puis, de façon plus précise, cette participante témoigne de l'importance du soutien en lien avec la reconnaissance que lui procure un médecin du service d'urgence :

« C'est sûr qu'on a été influencé par le fait qu'au début on était comme une profession de femmes, on était en train d'essuyer le front des malades. Mais là, on fait pas mal plus que ça, on est vraiment un outil-clé. Il y a un médecin qui nous disait ça l'autre jour (...) : moi, j'ai pas travaillé fort, c'est vous qui avez travaillé fort. Dès que je dis comme diagnostic OAP, moi, ma *job* est faite, je m'en vais me *parker*, je fais ma note, mais toi ta *job*, elle vient juste de commencer ».

Par ailleurs, un autre sous-thème, la **communication**, se définit comme un échange d'informations verbales ou non verbales entre un émetteur et un récepteur. Ce sous-thème semble occuper une place importante pour l'ensemble des infirmières soignantes qui y voient une façon d'échanger sur les difficultés vécues dans leur environnement de travail et ce, dans le but d'améliorer leur qualité de vie au travail. Dans l'exemple suivant, Annabelle confirme ainsi la nécessité d'établir une communication avec ses collègues de travail afin de maintenir des relations de *caring* dans l'environnement de travail:

« (...) on peut juste avoir une relation professionnelle mais aussi d'avoir l'accès à cette salle-là où on peut converser, où on peut échanger, que ça soit juste au niveau professionnel ou juste au niveau social. Ça crée une ambiance... Tout ça va favoriser les échanges, favoriser la communication... ».

Une fois de plus, la communication peut être interreliée à d'autres sous-thèmes

mentionnés dans cette section. En effet, pour Annabelle, le maintien d'une qualité de vie au travail élevée semble être tributaire non seulement de la communication, mais également du soutien des pairs et de l'appartenance au groupe.

L'intérêt d'Annabelle pour la communication avec ses pairs rejoint également celui de Véronique. Celle-ci se questionne sur l'existence de mécanismes dans les établissements capables de favoriser la communication entre les membres du personnel : « Est-ce qu'il y a des *meetings*, des rencontres pour exprimer, pour parler de notre vécu quotidien, des difficultés qu'on rencontre avec les gens, des groupes d'échange... ». Selon Véronique, il apparaît qu'une communication constructive entre les individus s'avère déterminante quant à l'importance que les professionnelles de la santé accordent aux relations de *caring* dans l'environnement de travail. Or, pour promouvoir le maintien d'une qualité de vie au travail élevée chez les infirmières soignantes, ce sous-thème peut notamment être lié au soutien des pairs et à l'appartenance au groupe.

L'**engagement** représente une manière personnelle d'être et d'agir dans l'exercice de ses fonctions. Reconnu par une majorité d'infirmières soignantes (trois des cinq participantes), ce sous-thème permet de consolider son identité professionnelle. Il implique l'ouverture à sa propre expérience ou à celle des autres en plus d'encourager l'adoption de comportements suggérés par son établissement ou son ordre professionnel.

Pour Véronique, l'engagement s'exprime à travers les divers groupes d'échange présents dans son milieu de travail :

« Aussi, qui favorise l'esprit ou la promotion de l'esprit d'équipe. Et qui favorise une participation à la vie de l'organisation. Les employés sont partie prenante de tout ce qui se passe dans l'organisation, c'est comme si les employés sont habités par les valeurs véhiculées par l'organisation, par la structure organisationnelle ».

Afin de promouvoir l'engagement des infirmières soignantes envers leur organisation de travail, il apparaît opportun de favoriser le développement d'un esprit d'équipe. En effet, celui-ci peut faciliter la prise des décisions qui touchent de près les besoins du personnel infirmier. Toutefois, pour démontrer un certain engagement professionnel, il semble que les valeurs de l'intervenante doivent être en accord avec celles privilégiées par le milieu de travail.

Par ailleurs, dans la citation suivante, Florence mentionne l'importance de participer au congrès annuel de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (O.I.I.Q.):

«[Il faut] nous donner plus d'opportunités d'assister à des journées de formation, des congrès. L'année passée, avec des collègues, j'ai voulu assister au congrès de l'Ordre. Mon infirmière-chef (...) ne voulait pas que j'insiste pour y aller parce que je pense qu'elle avait peur que ça lui coûte trop cher. Tu peux pas être infirmière sans stimuler les gens, au moins au congrès de l'Ordre, une chance qu'il y a ça, c'est *basic...* ».

Il semble qu'une telle participation aux activités organisées par l'O.I.I.Q. peut amener Florence à consolider son engagement envers la profession infirmière. À cette occasion, elle peut parfois découvrir des moyens d'améliorer les relations de *caring* existantes dans son environnement de travail.

Enfin, l'**appartenance au groupe**, pour sa part, traduit un désir des infirmières soignantes de s'allier pour atteindre un objectif commun. Pour la majorité des infirmières interrogées (trois des cinq participantes), la cohésion entre les membres d'une même équipe de soins semble constituer un sous-thème essentiel pour leur qualité de vie au travail. Ceci s'avère être bien exprimé dans la citation suivante de Florence :

« Ce qui est extrêmement important, c'est les gens avec qui je travaille. Il y a des gens que, quand ils travaillent avec moi, je sais que la journée, même si elle va être difficile, elle va mieux se passer parce que ces gens-là sont présents. Puis d'autres, des fois, il peut juste y avoir une deuxième personne, puis ça va être difficile (...) L'équipe de travail est super importante pour moi ».

En présence d'une bonne équipe de travail, il semble plus facile de satisfaire aux diverses exigences de la profession et ainsi d'offrir des soins de meilleure qualité à la clientèle. Or, l'appartenance au groupe, laquelle est interreliée avec le soutien des pairs et l'engagement, peut contribuer au développement de relations de *caring* dans l'environnement de travail, en vue de préserver la qualité de vie au travail des infirmières soignantes.

Par ailleurs, Annabelle évoque l'importance de l'appartenance au groupe dans le processus de résolution de problèmes : « Quand on appartient à un département ou quand on a vraiment notre poste, on s'implique plus, on veut plus, on cherche plus des solutions, des réponses, on travaille plus sur nos connaissances ». Il apparaît alors que l'appartenance au groupe incite Annabelle à se dépasser dans l'exercice de sa profession en vue de résoudre des problèmes, par exemple voir à améliorer les relations de *caring* existantes dans son environnement de travail.

En résumé, le soutien des pairs, des supérieurs et de l'équipe multidisciplinaire ainsi que la communication, l'engagement et l'appartenance au groupe peuvent contribuer à améliorer les relations de *caring* de l'infirmière soignante dans son environnement de travail.

Le maintien des conditions de travail favorables

La qualité de l'environnement de travail figure comme l'un des éléments déterminants de la qualité de vie au travail des infirmières interrogées. Ce dernier thème illustre l'importance d'oeuvrer dans un environnement capable d'exercer certaines mesures propres à améliorer les conditions de travail du personnel soignant en vue de maintenir une qualité de vie au travail élevée.

Dans l'exemple suivant, Annabelle résume toute l'importance de ce thème dans le cadre de l'évaluation des facteurs de stress présents dans son environnement de travail: « Tout ça fait que, pour créer un environnement qui est plaisant et satisfaisant, qui nous amène une meilleure qualité de soins, de vie professionnelle ou personnelle... ». Il apparaît que la qualité de l'environnement de travail est tributaire de la capacité d'Annabelle à maintenir une vie personnelle et professionnelle équilibrées.

Les conditions de travail favorables comprennent divers sous-thèmes identifiés par les participantes: a) la salubrité de l'environnement de travail; b) le temps suffisant pour compléter le travail; c) la charge de travail adaptée; d) les ressources humaines et matérielles suffisantes; e) la convention collective équitable et f) la capacité du milieu à résoudre les problèmes.

La **salubrité de l'environnement de travail** définit plus précisément l'état du milieu dans lequel évolue l'infirmière soignante. Suite à l'analyse des données, il apparaît que l'environnement physique modifie significativement la qualité de vie au travail de l'ensemble des participantes. Caroline souligne l'importance de respecter certaines règles de l'ergonomie au travail, considérées essentielles à la pratique infirmière: « Dans l'environnement physique, un environnement sans fumée, un environnement où il y a un bon éclairage, un environnement qui sent bon, où il y a de l'air... ».

Florence semble également partager le point de vue de Caroline: « Peut-être des choses aussi banales que d'avoir un éclairage suffisant pour être capable de préparer les médicaments, d'avoir assez de place pour ne pas se sentir coincée ». Il semble que, pour maintenir une qualité de vie au travail élevée, cette infirmière soignante doit exercer sa profession dans un environnement sain, c'est-à-dire où l'on retrouve une bonne qualité de

l'air ambiant, un éclairage suffisant et un espace adéquat pour travailler.

Le **temps suffisant pour compléter son travail** désigne la durée globale nécessaire pour accomplir certaines fonctions. Considéré essentiel par l'ensemble des participantes, ce sous-thème semble plutôt déficient dans le contexte actuel des soins de santé. Dans l'exemple suivant, Caroline souligne sa perception du manque de temps, tel que vécu par les infirmières oeuvrant en centre hospitalier :

« je sais qu'au niveau des hôpitaux, ce dont les infirmières se plaignent beaucoup, c'est qu'il n'y a pas de temps à consacrer à leurs clients, tout ce qui est l'aspect relation d'aide, enseignement, eh bien, c'est escamoté au profit des techniques qui doivent absolument être faites et qui prennent tout le temps ».

Selon cette participante, il semble que, dans un environnement où les conditions de travail sont favorables, l'infirmière peut avoir suffisamment de temps pour accomplir autant ses fonctions autonomes (enseignement, relation d'aide) que celles dites dépendantes.

Par ailleurs, Annabelle semble vivre une situation similaire dans son environnement de travail :

« Veut, veut pas, j'ai pas le temps de lui faire de l'enseignement, parce que c'est pas ma priorité... Quand on a le temps de (...) bien s'occuper de notre patient (...) selon une approche globale, au complet, on a plus de satisfaction... ».

Le manque de temps pour compléter son travail amène Annabelle à traiter les problèmes par ordre de priorité. Par contre, un temps suffisant semble davantage l'amener à être satisfaite, voir à développer une qualité de vie au travail élevée.

De plus, la **charge de travail adaptée** constitue un autre sous-thème important à considérer dans l'évaluation des conditions de travail. Ainsi, pour la majorité des personnes interrogées (quatre participantes sur cinq), elle désigne les tâches à effectuer en tenant compte de certains critères précis, tels que la lourdeur de la clientèle ou le ratio

infirmières-clients. Annabelle mentionne l'importance de réévaluer ce dernier élément :

«Je pense qu'avant il y avait toutes sortes de directives, de quota infirmière-patient (...), c'est ridicule de dire que je suis capable de m'occuper de cinq patients si ces cinq patients auraient dans le fond besoin d'une infirmière chacun ».

Pour sa part, Florence constate à quel point la charge de travail représente un facteur de stress important sur son unité : « Je pense que si on pouvait diminuer le stress de se retrouver en fardeau de tâches, en surcharge de travail, ça serait super ». Il semble qu'une charge de travail adaptée peut contribuer à réduire le stress de Florence qui peut prodiguer des soins de qualité à la clientèle et maintenir une qualité de vie au travail élevée.

Les **ressources humaines et matérielles suffisantes** désignent des moyens utilisés par les établissements pour assurer la salubrité de l'environnement de travail des infirmières soignantes. Pour la majorité des personnes interrogées (quatre participantes sur cinq), la qualité et la quantité des effectifs présents dans les milieux semblent déterminantes pour pallier aux difficultés de surcharge de travail. Dans la citation suivante, Véronique décrit la situation qui prévaut dans le réseau de la santé en ce qui a trait aux ressources humaines : « (...) on vit actuellement une pénurie de personnel, qu'il y ait des ressources allouées aux institutions pour permettre aux gens en place de faire face aux difficultés quotidiennes ». Il apparaît que des ressources humaines suffisantes aident les infirmières soignantes à accomplir leurs fonctions, surtout dans des situations difficiles.

De plus, certaines situations de travail peuvent parfois se compliquer lorsque les ressources matérielles deviennent rares, voir inexistantes. Annabelle déplore ainsi le peu de matériel dont elle dispose pour administrer des soins d'urgence :

« Quand on doit courir dans l'urgence pour essayer de trouver une pompe Baxter parce qu'on doit partir de la strepto, c'est comme pas normal. Moi, je devrais avoir cet outil-là de disponible. (...) c'est un facteur de stress pour moi. C'est un inconvénient dont je n'ai pas de besoin et ce n'est pas bon pour le patient non plus. Ça peut avoir de grosses répercussions... ».

Il semble que des ressources humaines et matérielles suffisantes contribuent à réduire le stress au travail des infirmières.

La **convention collective équitable** représente l'un des moyens utilisés par les infirmières soignantes afin d'assurer, avec l'appui du syndicat de leur établissement, le maintien de certaines normes de qualité au niveau de l'environnement de travail. Reconnu par la majorité des personnes interrogées (quatre participantes sur cinq), ce sous-thème réfère à différents aspects matériels du travail infirmier, tels que la paye et les horaires de travail. Pour Véronique, le salaire illustre sans doute l'importance que les établissements accordent à la valeur des soins infirmiers. Il semble, selon cette participante, que les nombreuses responsabilités associées au travail infirmier devraient se traduire par un « salaire décent », auquel aspirent toujours de nombreuses soignantes.

Par ailleurs, les horaires de travail, plus particulièrement la rotation sur les différents quarts de travail et l'obligation d'effectuer du temps supplémentaire, semblent constituer des données essentielles dans l'analyse du maintien d'un environnement de travail de qualité. Pour illustrer le bien-fondé de ce sous-thème, Caroline décrit sa perception et son expérience quant aux difficultés vécues par les infirmières soignantes oeuvrant en centre hospitalier, sur les quarts de travail de soir et de nuit :

« D'abord physiquement travailler de soir, travailler de nuit, c'est difficile. Le besoin est là, ça en prend pour les soirs, ça en prend pour les nuits... Je trouve que c'est triste, même inadmissible de forcer les infirmières à faire des soirs, des nuits, des temps supplémentaires aussi... La rotation je l'ai faite et ce n'est pas plus facile... En CLSC, les horaires c'est l'idéal ».

Finalement, la **capacité du milieu à résoudre les problèmes** réfère aux différentes stratégies utilisées par les établissements afin d'assurer un environnement de qualité aux infirmières soignantes. Ainsi, la majorité des personnes interrogées (quatre participantes sur cinq) insistent sur l'importance de modifier certains aspects du travail infirmier de façon à promouvoir la qualité de vie au travail du personnel. Ceci s'avère être bien démontré par Florence dans l'exemple suivant : « Je pense qu'on pourrait avoir des sessions de formation qui traitent de la qualité de vie au travail, puis des moyens pour l'améliorer ».

Pour sa part, Annabelle propose de réfléchir sur les mécanismes, efficaces ou moins efficaces, dans le milieu de travail :

« Évaluer qu'est-ce qu'on a dans notre milieu qui va bien et qu'est-ce qu'on a dans notre milieu qui va peut-être moins bien, qu'est-ce qu'on peut faire pour les choses qui vont moins bien ».

Il semble que la capacité du milieu à résoudre les problèmes contribue au maintien d'une qualité de vie au travail élevée chez les infirmières soignantes. Plus précisément, il apparaît important, pour cette participante, que les établissements de santé établissent un bilan des aspects positifs et négatifs du fonctionnement de leurs unités de soins afin de mettre de l'avant des pistes de solution visant à résoudre les difficultés liées à la pratique infirmière.

En résumé, la salubrité de l'environnement de travail, le temps suffisant pour compléter le travail, la charge de travail équilibrée, les ressources humaines et matérielles suffisantes, la convention collective équitable de même que la capacité du milieu à résoudre les problèmes peuvent conduire au maintien des conditions de travail favorables

pour l'infirmière soignante.

Quatre thèmes se dégagent de l'analyse des données réalisée dans le cadre de cette recherche phénoménologique. Il apparaît ainsi que la qualité de vie au travail signifie pour les participantes interrogées: 1) l'actualisation du potentiel de la personne; 2) la reconnaissance de la compétence de l'infirmière; 3) l'importance des relations de *caring* dans l'environnement de travail et 4) les conditions de travail favorables. Plus précisément, l'essence du phénomène sera présentée dans la prochaine section.

L'essence du phénomène

En accord avec la méthodologie utilisée dans cette étude (Giorgi, 1979, 1997), la recherche de l'essence, c'est-à-dire de la signification « universelle » du phénomène, est réalisée grâce à une analyse approfondie des similitudes propres à chacun des thèmes. L'essence de la qualité de vie au travail élevée a contribué à identifier une façon d'être des infirmières soignantes, soit celle de posséder une harmonie au travail. Le choix de cette essence pour le phénomène étudié repose sur le fait que l'harmonie désigne, selon Watson (1988), l'équilibre corps-âme-esprit de la personne. À l'exception de l'âme qui est peu présente dans cette étude, les deux autres sphères (l'esprit et peut-être le corps) s'avèrent être déterminantes dans le développement et le maintien d'une qualité de vie au travail pour l'infirmière soignante. De plus, l'intégration des sous-thèmes et des thèmes de la présente recherche permet de constituer un tout, l'harmonie, laquelle s'avère être plus importante que chacun de ces éléments pris séparément. Ainsi, l'harmonie de la personne au travail va beaucoup plus loin que l'actualisation du potentiel ou la reconnaissance de la compétence de l'infirmière par exemple. L'appendice L offre une illustration du processus d'analyse phénoménologique réalisé dans le cadre de cette étude.

Ainsi, l'harmonie de la personne au travail témoigne d'une capacité de l'individu et de son environnement à intégrer différents aspects pouvant être liées au développement et au maintien d'une qualité de vie au travail élevée chez les infirmières soignantes. Comme en témoigne la prochaine section, cette harmonie semble occuper une place fondamentale dans la vie individuelle et professionnelle des participantes interrogées.

La qualité de vie au travail élevée signifie l'actualisation du potentiel de la personne. Ainsi, ce premier thème semble évoquer la présence de l'harmonie au travail dans la mesure où les participantes interrogées peuvent combler leur besoin d'actualisation de soi. La perception d'une qualité de vie au travail élevée comme étant l'actualisation du potentiel de la personne peut amener l'infirmière soignante à se dépasser sur les plans personnel et professionnel. Selon les participantes interrogées, l'équilibre entre les divers aspects de leur vie représente une importante ligne de conduite à adopter pour maintenir une qualité de vie au travail élevée. D'autres aspects peuvent également contribuer à promouvoir l'harmonie, tels que le bien-être psychologique, la satisfaction au travail ainsi que l'énergie suffisante pour répondre aux exigences du milieu de soins.

De même, la qualité de vie au travail élevée signifie la reconnaissance de la compétence de l'infirmière. Ce second thème peut contribuer à promouvoir l'harmonie de la personne au travail puisque ces dernières semblent éprouver un sentiment de valorisation les incitant à participer à des activités de formation continue. La perception d'une qualité de vie au travail élevée comme étant la reconnaissance de la compétence de l'infirmière peut susciter chez celle-ci une confiance en ses capacités à bien remplir ses responsabilités. Conséquemment, le fait de se sentir compétente et reconnue à sa juste valeur peut l'amener à réaliser, par exemple, davantage d'enseignement et de relation

d'aide.

Par ailleurs, la qualité de vie au travail élevée signifie l'importance des relations de *caring* dans l'environnement de travail. Ce troisième thème peut contribuer à promouvoir l'harmonie de la personne au travail dans la mesure où il invite les participantes interrogées à développer une approche humaine plutôt que seulement technologique ou économique par exemple. Le soutien des pairs, des supérieurs et de l'équipe multidisciplinaire semble exercer une influence marquée quant au développement et au maintien d'une harmonie au travail chez les infirmières soignantes. La communication peut également permettre aux infirmières soignantes de partager certains problèmes rencontrés dans leurs milieux de soins. L'engagement et l'appartenance au groupe peuvent aussi contribuer à développer davantage l'esprit d'équipe dans un environnement où l'on favorise les relations de *caring*.

Enfin, la qualité de vie au travail élevée signifie le maintien des conditions de travail favorables. Ce dernier thème peut alors contribuer à promouvoir l'harmonie de la personne au travail dans la mesure où les participantes interrogées peuvent exercer leur profession dans un environnement salubre. De plus, le temps suffisant pour compléter son travail semble favoriser le maintien de l'harmonie dans le milieu de travail. Une charge de travail adaptée peut aussi réduire le stress au travail de l'intervenante. De même, des ressources humaines et matérielles suffisantes peuvent contribuer à promouvoir l'harmonie de la personne au travail en réduisant le stress de se retrouver en surcharge de travail. Aussi, tel que précisé dans une convention collective équitable, le respect des normes de qualité dans l'environnement de travail peut améliorer l'harmonie de la personne au travail. Un milieu capable de résoudre des problèmes peut, quant à lui,

amener les participantes interrogées à développer des moyens d'améliorer et de maintenir leur qualité de vie au travail. Le prochain chapitre présente la discussion de ces résultats en lien avec les écrits scientifiques consultés.

Chapitre cinquième

La discussion des résultats

Ce dernier chapitre aborde la discussion des principaux résultats de la présente recherche. Il discute successivement des divers thèmes et de l'essence exposés au quatrième chapitre en lien avec les écrits scientifiques reliés à la qualité de vie au travail, de même qu'avec la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999). Enfin, ce chapitre propose des implications et des recommandations pour la gestion, la pratique, l'éducation et la recherche en sciences infirmières.

L'actualisation du potentiel de la personne

Ce premier thème correspond à un besoin ultime de réalisation des infirmières, lequel contribue à promouvoir leur développement personnel. Or, les résultats obtenus dans la présente recherche ont laissé croire que l'actualisation, le bien-être psychologique, la satisfaction au travail, l'énergie et l'équilibre semblaient être tributaires de la capacité de l'infirmière soignante à s'actualiser. Ces résultats apparaissent être comparables à la plupart de ceux identifiés dans les écrits scientifiques consultés. Outre la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999), utilisée comme toile de fond dans cette recherche, il semble toutefois exister peu de données corroborant les sous-thèmes équilibre et énergie, lesquels seront traités dans une prochaine section.

Plus spécifiquement, les résultats de ce projet de recherche de même que ceux de certains écrits scientifiques consultés ont révélé l'importance de la satisfaction au travail pour promouvoir l'actualisation du potentiel de la personne. Plusieurs études identifient ainsi des facteurs importants reliés à la satisfaction ou à l'insatisfaction, principalement en regard de l'environnement de travail. Ainsi, les résultats de Peddicord Witley et Putzier (1994) concluent que l'environnement de travail représente un élément primordial pour assurer la satisfaction au travail des infirmières.

Par ailleurs, les résultats de la présente recherche laissent entrevoir l'existence de données permettant de corroborer les résultats de McNeese-Smith (1999). Dans son étude qualitative basée sur la méthode d'analyse de contenu, cette auteure regroupe diverses catégories associées à la satisfaction ou à l'insatisfaction des infirmières vis-à-vis leur environnement de travail. Elle reconnaît qu'il existe un lien de dépendance entre ces facteurs de satisfaction et les besoins humains d'ordre inférieur et supérieur identifiés par Maslow (1970). Pour McNeese-Smith, le salaire, les bénéfices et la sécurité d'emploi se situent à la base de la pyramide des besoins humains. Ces éléments sont discutés dans le quatrième thème de la présente étude, soit la salubrité de l'environnement de travail. Au second niveau, cette chercheuse réfère aux capacités de l'infirmière à satisfaire aux demandes personnelles et familiales du client. Il semble que ces aptitudes peuvent être liées aux résultats présentés dans le deuxième thème, soit la reconnaissance de la compétence de l'infirmière. Également, selon cette chercheuse, les relations de travail occupent le troisième niveau, ce qui correspond aux résultats obtenus dans le troisième thème, soit l'importance des relations de *caring* dans l'environnement de travail. L'estime de soi relève enfin du quatrième niveau. Il apparaît qu'une telle donnée peut ainsi contribuer à l'actualisation du potentiel de la personne, soit le premier thème de la présente étude.

D'autre part, les données recueillies dans la présente recherche semblent mettre en évidence l'importance du bien-être psychologique. Ce sous-thème peut alors s'exprimer, selon les participantes interrogées, par du bonheur, de la bonne humeur, du plaisir et de la joie à accomplir son travail. Ainsi, les résultats de l'étude exploratoire dirigée par Wilcock, van der Arend, Darling, Scholz, Siddall, Snigg, et Stephens (1998) confirment

que le bien-être représente : « une perception individuelle d'un état de bonheur, d'estime de soi et de santé physique ainsi que mentale (...) » (traduction libre, 1998, p. 80). De plus, en lien avec la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999), le bien-être psychologique peut représenter un équilibre entre les différentes sphères de la personne, c'est-à-dire le corps-âme-esprit. Selon cette théoricienne, l'esprit, c'est-à-dire l'intelligence et les émotions, constitue le point de départ grâce auquel la personne peut accéder au corps et à l'âme. Au même titre que Watson (1988), les participantes interrogées semblent accorder une importance particulière à l'esprit et, de façon moins explicite, au corps. L'âme semble toutefois peu présente dans l'analyse des données recueillies.

De plus, les résultats de cette recherche reconnaissent l'importance de posséder suffisamment d'énergie pour réaliser ses activités. Toutefois, étant donné son haut niveau d'abstraction sur le concept d'énergie, les écrits de Watson (1999) peuvent difficilement corroborer ceux obtenus dans le cadre de cette étude. En effet, cette auteure considère la théorie du quantum, principe physique désignant la vitesse, en relation avec l'énergie, le *caring*, la conscience et l'intentionnalité.

Enfin le sous-thème de l'équilibre est peu discuté dans la plupart des écrits. Les résultats de cette étude laissent également entrevoir l'existence de données permettant de corroborer les propos de Watson (1999). En effet, cette théoricienne semble être concernée par l'atteinte d'une santé physique, émotionnelle, mentale et spirituelle de la personne. Ainsi, à la lumière de cette perspective, il apparaît que la santé occupe une place déterminante dans le maintien d'une qualité de vie au travail élevée pour les infirmières soignantes. Les concepts de la qualité de vie au travail et de la santé soulignent

possiblement l'importance de préserver un équilibre entre les différents aspects de la personne au travail.

La reconnaissance de la compétence de l'infirmière

Ce deuxième thème désigne l'appréciation que les clients et/ou les différents professionnels de la santé accordent au travail de l'infirmière soignante. Ainsi, les résultats de ce mémoire de maîtrise indiquent l'importance de la reconnaissance, de la formation continue, des responsabilités, de l'enseignement à la clientèle et de la relation d'aide client-famille. Ces résultats apparaissent être comparables à la littérature consultée et ce, pour l'ensemble des sous-thèmes.

Plus précisément, les résultats de la présente étude, de même que ceux des écrits scientifiques consultés, concluent qu'il existe, suite aux récentes transformations apportées au réseau de la santé, un manque de reconnaissance de la compétence de l'infirmière. Les participantes interrogées dans ce projet ont déploré le peu de considération accordée aux fonctions « indépendantes » (par exemple, l'enseignement à la clientèle, la relation d'aide client-famille), comparativement à celle donnée aux fonctions dites « dépendantes ». Le caractère autonome de la pratique infirmière semble revêtir une importance capitale pour les auteurs consultés. En effet, Dallaire (1993) de même que Dallaire, O'Neill et Lessard (1994) affirment que les fonctions indépendantes améliorent significativement la reconnaissance de la compétence de l'infirmière. Comme dans la présente recherche, les écrits de Dallaire (1993) précisent que ces fonctions relèvent principalement de l'approche globale, de la relation d'aide et du soutien à domicile. Cette auteure confirme d'ailleurs que la pratique indépendante est souvent laissée pour compte aux dépens d'une pratique dépendante. Elle mentionne enfin que l'absence de

reconnaissance de la contribution indépendante du travail infirmier comporte de sérieuses conséquences sur la qualité des soins et sur les conditions de travail.

Par ailleurs, selon les résultats de la présente recherche, les infirmières soignantes ont indiqué l'importance de développer des programmes d'enseignement à la clientèle en vue d'améliorer la reconnaissance de leur compétence. Ces résultats traduisent une même préoccupation de la part des organismes ou auteurs consultés. En effet, dans le rapport final du groupe de travail sur les soins infirmiers, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S., 1997) reconnaît alors l'importance de développer des programmes d'enseignement et de suivi de la clientèle ambulatoire. La fonction éducative des soins infirmiers représente également une priorité pour Goulet et Dallaire (1999) qui identifient ainsi une aptitude des infirmières à aider les personnes à prendre des décisions à partir des renseignements fournis. Or, parmi les facteurs caratifs identifiés par Watson (1988), l'enseignement-apprentissage transpersonnel semble faciliter le maintien d'une qualité de vie au travail élevée. Ce facteur caratif peut aider l'infirmière soignante à mieux cerner les besoins d'enseignement de la clientèle, en plus de l'amener à reconnaître ses propres besoins d'apprentissage. Tel que le précise Watson (1988), l'apprentissage aide la personne à avoir une réaction plus favorable au stress, ce qui peut promouvoir la qualité de vie au travail des infirmières soignantes.

Dans un contexte de transformation du réseau de la santé québécois, il semble essentiel de considérer les nombreuses responsabilités qui se rattachent à la profession. Rappelons que les résultats de la présente recherche ont indiqué l'importance de certaines responsabilités, imputables (soins à la clientèle) ou non (tâches administratives) aux infirmières soignantes. Les résultats obtenus dans cette étude semblent être corroborés par

certaines écrits scientifiques consultés. Or, dans les années 1990, divers organismes (A.H.Q., 1999; C.S.F., 1996; M.S.S.S., 1996, 1997) concluent que la réforme du réseau de la santé crée de profondes modifications au niveau des mandats et des responsabilités des établissements ainsi que ceux du personnel infirmier. Selon une équipe de chercheurs appelés à dresser une revue de la littérature sur le marché du travail en soins infirmiers au Canada (Dussault et al., 1999), polyvalence, connaissance, responsabilité et expertise technologique représentent dorénavant des éléments majeurs de la pratique infirmière.

De plus, dans son rapport final du groupe de travail sur les soins infirmiers, le M.S.S.S. (1997) constate la nécessité d'offrir des soins spécialisés aux clientèles instables des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (C.H.S.G.S.). Pour satisfaire aux nouvelles exigences de ce gouvernement, il apparaît que les établissements doivent accroître les responsabilités des infirmières soignantes envers la population, ce qui ne s'accompagne pas pour autant d'une augmentation de la reconnaissance professionnelle pour les services rendus. En effet, déjà en 1990, l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (A.I.I.C.) et l'Association des Hôpitaux du Canada (A.H.C.) publient une revue des principales études sur la qualité de vie au travail à l'intérieur de laquelle ces organismes attribuent le mécontentement des infirmières soignantes au fait qu'elles réalisent trop de tâches ne relevant pas de leurs fonctions. Dix ans plus tard, il semble toujours exister autant de responsabilités non reliées aux soins infirmiers, ce qui peut expliquer, sans doute, les difficultés de certaines infirmières soignantes à maintenir une qualité de vie au travail élevée.

Pour satisfaire aux nouvelles exigences du réseau de la santé, les résultats de la présente recherche ont indiqué l'importance de développer des activités éducatives visant

à améliorer la reconnaissance des infirmières soignantes. Ces résultats apparaissent être reliés à certains des écrits scientifiques consultés qui préconisent le développement de la compétence chez les infirmières. Or, en 1998, suite à la création d'un comité conseil sur la question de la formation infirmière, le Ministère de l'Éducation du Québec (M.E.Q., 1999) reconnaît que la formation collégiale actuelle ne permet pas de répondre complètement aux attentes des milieux hospitaliers et communautaires. Par contre, selon Dussault et al. (1999), la formation universitaire prépare l'infirmière à devenir polyvalente, à évoluer dans divers milieux, à intervenir avec plus d'autonomie dans l'exercice de ses fonctions et à se rendre imputable des soins qu'elle dispense. Ces données semblent dès lors traduire une préoccupation des participantes interrogées de même que des écrits scientifiques consultés relativement à l'importance de rehausser la formation initiale des infirmières.

En ce qui a trait aux exigences futures liées à la profession, Dussault et al. (1999) mentionnent également la pertinence de promouvoir la formation continue afin d'aider les infirmières à assumer leurs rôles et responsabilités depuis les transformations apportées au réseau de la santé. Toutefois, tel que le rapportent l'A.I.I.C. et l'A.H.C. en 1990, le mécontentement des infirmières à propos de leur qualité de vie au travail peut s'expliquer par un manque de possibilités de formation. Également, d'autres études (A.I.I.C., 1998; Andrews, 1991) attribuent la démotivation des infirmières vis-à-vis la profession au peu de formation en cours d'emploi. En accord avec les résultats de la présente recherche, il semble que, pour atteindre et maintenir un niveau de compétence reconnu, les infirmières soignantes ont intérêt, une fois leur formation initiale complétée, à poursuivre des activités s'inscrivant à l'intérieur de la formation continue.

Parmi les diverses compétences reliées à la pratique infirmière, les résultats de la présente recherche et ceux de certains écrits scientifiques consultés ont révélé que les infirmières soignantes accordent une attention particulière au maintien de la relation d'aide client-famille. Ainsi, les participantes interrogées ont tenté d'adopter une vision unique et globale de la personne, leur permettant de mieux comprendre les besoins du client et de sa famille. Ces données sont également similaires aux résultats des travaux de quelques auteurs (Benner, 1984; Goulet, & Dallaire, 1999; Montgomery, 1993; Sherwood, 1999; Watson, 1985, 1988, 1999) qui reconnaissent l'apport important de la relation d'aide. Plus précisément, Benner (1984) subdivise la fonction d'aide en huit compétences, dont l'adoption de certaines mesures visant à assurer le bien-être de l'utilisateur, de même que le réconfort et la communication par le toucher pour ne citer que ceux davantage reliés à la présente étude. S'inspirant des travaux de Watson, Sherwood (1999) élabore un modèle dans lequel elle situe le *caring* au cœur même de la pratique infirmière. Le *caring* constitue, pour cette auteure, la base des relations interpersonnelles permettant aux infirmières soignantes d'interagir avec les clients et les collègues de travail afin de leur offrir l'aide nécessaire pour promouvoir le maintien de leur santé.

Quant aux facteurs caratifs reconnus par Watson (1988), la relation thérapeutique d'aide et de confiance (facteur #4), ainsi que le processus de *caring* créatif visant la résolution de problèmes (facteur #6) peuvent être reliés aux données de la présente étude. Ainsi, la relation thérapeutique d'aide et de confiance témoigne d'un intérêt de l'infirmière soignante à connaître la personne, c'est-à-dire à comprendre ce qui est important pour elle. L'infirmière doit se montrer sensible aux besoins exprimés par le client-famille et adopter une attitude cohérente et empathique envers ces derniers. En

accord avec les résultats obtenus dans la présente recherche, Watson conclut que le processus de *caring* créatif visant la résolution de problèmes, aide l'infirmière à identifier les difficultés vécues par le client-famille. Par la suite, celle-ci peut les guider afin de choisir des stratégies d'interventions susceptibles de satisfaire leurs besoins.

L'importance des relations de *caring* dans l'environnement de travail

Ce troisième thème souligne l'intérêt des infirmières soignantes à développer une approche plus humaine dans leurs rapports avec les clients et les différents professionnels de la santé. Ainsi, les résultats obtenus dans ce mémoire de maîtrise révèlent l'importance du soutien des pairs, des supérieurs et de l'équipe multidisciplinaire, de même que celle de la communication, de l'engagement et de l'appartenance au groupe. De façon générale, ces résultats apparaissent être comparables à ceux des écrits scientifiques consultés. Il existe cependant peu de données sur l'appartenance au groupe.

Parallèlement à ces résultats, les travaux de recherche de Carpentier-Roy (1991) confirment également la nécessité de la solidarité et de la coopération constantes, lesquels attributs protègent les infirmières soignantes contre l'individualisme pouvant détruire le collectif de travail. De même, comme en témoignent divers chercheurs (Attridge, & Callahan, 1990; McNeese-Smith, 1999; O'Brien-Pallas, 1992), les relations de travail avec les collègues occupent une place de premier choix dans l'identification des caractéristiques propres à améliorer la qualité de l'environnement de travail. Ces résultats ne permettent toutefois pas d'établir un lien direct avec le concept étudié mais plutôt avec celui de la qualité de l'environnement de travail. Une fois de plus, ces résultats mettent en évidence le caractère novateur de la présente recherche.

En accord avec les résultats obtenus, les écrits de Watson (1988) confirment

également l'importance de promouvoir le développement des relations de *caring* dans l'environnement de travail. Considérant la personne comme un être-dans-le-monde, cette théoricienne réfère ainsi au concept de « relation de *caring* transpersonnelle » à l'intérieur duquel l'infirmière aide l'autre à percevoir sa condition et à partager les sentiments et les pensées qu'il veut bien lui exprimer. Dans le contexte qui nous intéresse, un tel échange peut alors amener l'infirmière soignante à développer des idées plus harmonieuses, voir à améliorer sa qualité de vie au travail. Néanmoins, cette auteure reconnaît, en 1990, la présence d'une structure patriarcale qui accorde davantage d'importance à la technologie plutôt qu'au concept de *caring*. Elle déplore, au même titre que les participantes interrogées, le fait qu'il existe peu de place pour l'expression des sentiments positifs et négatifs. Ce dernier élément constitue le cinquième facteur caratif de Watson (1988). L'expression des sentiments positifs et négatifs semble dès lors contribuer à encourager le développement des relations de *caring* dans l'environnement de travail, de façon à améliorer la qualité de vie au travail des infirmières soignantes. Ce facteur caratif nécessite, entre autres, que les intervenantes acceptent les sentiments de la personne sans les juger et sans les évaluer. En démontrant de l'empathie, l'infirmière soignante peut donc amener l'autre à progresser sur les plans personnel ou professionnel.

Par ailleurs, les résultats de la présente étude, de même que ceux de certains auteurs scientifiques consultés, ont témoigné de l'importance de l'engagement pour promouvoir le développement des relations de *caring* dans l'environnement de travail. Cet engagement a créé, selon les participantes interrogées, une ouverture face à sa propre expérience ou à celle des autres. Tel que mentionné au premier chapitre, l'environnement dans lequel les soins sont dispensés influence l'engagement de l'infirmière auprès du

client et de sa famille et peut alors avoir un effet sur la pratique du *caring* de l'infirmière (Cara, 1997, 1999; Greenleaf, 1991; Montgomery, 1993; Nyberg, 1991; Ray, 1989). Ainsi, Montgomery (1993) partage des résultats similaires à ceux de la présente recherche en indiquant qu'un environnement favorable au *caring* contribue à promouvoir l'estime de soi ainsi que le sentiment d'émancipation de l'infirmière. Pour Blegen (1993), l'engagement figure comme l'un des indicateurs internes les plus en lien avec la satisfaction au travail de l'infirmière. Toutefois, cette chercheuse réfère ici au concept de satisfaction au travail et non à celui de qualité de vie au travail dont il est mentionné dans la présente étude.

D'autres auteurs (Delmas, 1999; O'Brien-Pallas, & Baumann, 1992) identifient des facteurs susceptibles d'influencer la qualité de vie au travail des infirmières. Seul Delmas (1999) s'intéresse plus spécifiquement à ce concept et non à celui de la qualité de l'environnement de travail abordé dans le modèle théorique d'O'Brien-Pallas et Baumann (1992). Delmas reconnaît également l'engagement comme étant une des dimensions de la hardiesse, soit une caractéristique de la personnalité de l'intervenante pouvant l'amener à interagir différemment avec son environnement de travail. De plus, il conclut que l'engagement s'avère être corrélé positivement avec la qualité de vie au travail de l'infirmière soignante. Les résultats de Delmas corroborent ceux obtenus dans ce projet de recherche qualitative.

Comme l'ont indiqué les résultats de cette recherche, la communication verbale et/ou non verbale, constructive et respectueuse, peut contribuer à améliorer les relations de *caring* dans l'environnement de travail. Blegen (1993) reconnaît cependant que la communication figure comme l'un des éléments utilisés pour mesurer la satisfaction au

travail des infirmières. Reliés indirectement au concept étudié, les écrits de Cara (1997) concluent à l'importance d'établir une communication ouverte et constructive en regard des rôles, besoins, attentes et administration des soins. Cette communication entre les gestionnaires et les infirmières soignantes peut, selon cette chercheuse, faciliter la compréhension des valeurs et des philosophies de chacune des parties concernées. Ainsi, Montgomery (1993) considère le *caring* comme représentant un phénomène complexe de la communication. Tout comme les résultats de cette étude, elle spécifie que les professionnels de la santé doivent posséder des habiletés particulières pour communiquer, ce qui leur permet de gérer une variété de demandes interpersonnelles. Pour sa part, Watson (1985) conclut également à la nécessité de la communication à l'intérieur d'une relation thérapeutique d'aide et de confiance (facteur caratif #2).

Enfin, au niveau de l'appartenance au groupe, les résultats obtenus dans la présente recherche permettent d'établir quelques comparaisons avec les résultats des études scientifiques consultées. Déjà, en 1970, des recensions d'écrits révèlent que la qualité de vie au travail ne constitue plus uniquement une manière d'accroître le travail mais elle représente plutôt une façon de développer un sentiment d'identification, d'appartenance et de fierté au travail (Davis, & Cherns, 1975; Sashkin, & Burke, 1987). D'autres auteurs (Charland, 1986; Gadon, 1984) apportent aussi l'exemple du travail d'équipe, comme représentant une nouvelle approche dans le domaine industriel. Néanmoins, aucune étude, jusqu'à maintenant, n'établit de lien entre l'appartenance au groupe et la qualité de vie au travail.

Le maintien des conditions de travail favorables

Selon les résultats obtenus dans la présente étude, le maintien des conditions de travail favorables a constitué un élément déterminant pour contribuer au développement d'une qualité de vie au travail élevée. Ces résultats semblent être comparables à ceux des divers auteurs consultés (Attridge & Callahan, 1990; McNeese-Smith, 1999; O'Brien-Pallas & Baumann, 1992; Peddicord Witley & Putzier, 1994; Villeneuve, Semogas, Peereboom, Irvine, McGillis Hall, Walsh, O'Brien-Pallas, & Baumann, 1995) qui soulignent l'influence de la salubrité de l'environnement sur la satisfaction au travail ou sur la qualité de l'environnement de travail.

De plus, les récentes transformations du réseau de la santé ont semblé constituer des facteurs de stress importants chez les participantes interrogées dans le cadre de la présente recherche. En effet, dans sa méta-analyse, Blegen (1993) reconnaît que le stress figure comme l'un des indicateurs les plus importants pour la satisfaction au travail. Les mêmes facteurs de stress organisationnels figurent également dans les travaux de recherche de McNeese-Smith (1999) et de O'Brien-Pallas et Baumann (1992).

Également, dans sa philosophie du *caring*, Watson (1985) identifie le stress comme l'une des variables de l'environnement externe susceptible de perturber l'environnement interne de la personne. Toutefois, en 1999, Watson ne fait plus de distinction entre l'environnement interne et externe de la personne. Elle identifie, par ailleurs, différents aspects de l'environnement (réduction du bruit, art, musique, aromathérapie, mythologie) comme étant des expressions de l'humanité et de la culture qui peuvent interagir avec la personne. De plus, la salubrité de l'environnement de travail semble associée au huitième facteur caratif de Watson (1988), soit le soutien, protection

et/ou modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel. Tel que mentionné dans une section antérieure, ce facteur caratif propose de modifier certains éléments de l'environnement afin de faciliter l'augmentation d'un état de bien-être mental, physique, spirituel et socio-culturel, lequel peut contribuer à améliorer la qualité de vie au travail des infirmières soignantes.

Par ailleurs, les résultats de la présente recherche ont révélé l'existence d'une importante charge de travail, en termes de lourdeur de la clientèle et de ratio infirmières-patients inévitables. Dans le rapport final du groupe de travail sur les soins infirmiers, le M.S.S.S. (1997) identifie également certains impacts de la transformation du réseau, plus particulièrement en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (C.H.S.G.S.) en termes d'une augmentation des clientèles dont la condition de santé est instable. On note également un alourdissement de la clientèle admise en centres d'hébergement et de soins de longue durée (C.H.S.L.D.). L'intérêt des participantes envers une charge de travail équilibrée semble être également indiquée dans les résultats des recherches dirigées par Villeneuve et al. (1995) ainsi que ceux de McNeese-Smith (1999). Pour sa part, McNeese-Smith reconnaît qu'une charge de travail excessive, par son rythme et sa diversité de soins, contribue à réduire la satisfaction au travail du personnel soignant.

Aussi, les résultats obtenus dans la présente étude ont témoigné d'une insuffisance de ressources humaines et matérielles empêchant les infirmières soignantes de répondre adéquatement aux nouvelles exigences du réseau de la santé. Dans leurs travaux de recherche, l'A.I.C. et l'A.H.C. (1990), ainsi que Villeneuve et al. (1995), révèlent l'existence d'effectifs inadéquats dans l'exercice de la profession infirmière. Ce constat semble également partagé par Attridge et Callahan (1990) qui mentionnent l'intérêt

marqué des infirmières interrogées à compter sur la disponibilité de leurs collègues de travail pour accomplir le travail exigé. Les résultats de cette recherche, de même que ceux des écrits consultés, insistent davantage sur l'importance des ressources humaines afin de promouvoir le développement de la qualité de vie au travail des infirmières soignantes. Les ressources matérielles ne semblent pas recevoir autant de considération à l'heure actuelle. Ceci s'avère être facilement compréhensible, d'autant plus que différentes études réalisées par l'A.I.I.C. (1998), Buerhauss (1998) et l'O.I.I.Q. (1999) prévoient une pénurie imminente d'infirmières dans les prochaines années. D'autres phénomènes, tels qu'une diminution des capacités d'attraction et/ou de rétention des candidates à la profession (A.I.I.C., 1998; Dallaire, O'Neill, & Lessard, 1994; O.I.I.Q., 1999; Ryten, 1997) ainsi qu'un vieillissement des effectifs infirmiers (Ryten, 1997) permettent d'expliquer la préoccupation des participantes envers cet aspect de la qualité de l'environnement de travail. Des ressources humaines et matérielles suffisantes semblent donc représenter une caractéristique intrinsèque de la salubrité de l'environnement de travail et tributaire de la qualité de vie au travail des infirmières soignantes.

En ce qui a trait à la convention collective, les résultats de la présente étude apparaissent être comparables à ceux des écrits scientifiques consultés. Le salaire et les bénéfices ont représenté plus précisément des éléments externes importants chez les participantes interrogées dans cette recherche. Ainsi, selon l'A.I.I.C. et l'A.H.C. (1990), les rémunérations insuffisantes figurent comme l'une des causes expliquant le mécontentement des infirmières vis-à-vis leur profession. De plus, tel que mentionné par certaines participantes, les horaires de travail difficiles peuvent significativement influencer le phénomène étudié. Ceci s'avère être bien documenté par l'A.I.I.C. et

l'A.H.C. (1990) de même que par O'Brien-Pallas et Baumann (1992), lesquels soulignent le caractère incompatible d'un horaire de travail trop rigide avec le maintien d'une qualité de vie au travail élevée.

Pour permettre aux infirmières soignantes de bénéficier d'une sécurité d'emploi, les résultats de la présente recherche ont confirmé la nécessité de combler les postes laissés à découvert dans le réseau de la santé de façon à stabiliser les équipes de travail. L'absence de sécurité représente alors, selon Watson (1985), une variable de l'environnement externe susceptible de perturber l'environnement interne de la personne. Toutefois, la diminution des postes offerts aux infirmières s'expliquent, selon Dussault et al. (1999), par l'ampleur des restructurations dans les milieux de la santé et par le rythme rapide du développement technologique. L'O.I.I.Q. (1999b) confirme l'ampleur de ce problème en rapportant qu'en 1997, seulement 40% des infirmières dans le secteur public occupent un emploi régulier à temps complet, 35% ont un emploi régulier à temps partiel et 25% détiennent un statut d'occasionnelles. La précarité de l'emploi semble ainsi représenter un élément significatif susceptible d'altérer les conditions de travail des infirmières soignantes et, éventuellement, leur qualité de vie au travail.

Par ailleurs, comme l'indiquent les résultats de la présente recherche, de même que certains écrits scientifiques, il apparaît souhaitable d'œuvrer dans un milieu capable de résoudre efficacement des problèmes. Or, outre la création de cercles de qualité visant à résoudre des difficultés relatives à la qualité de vie au travail (Cotton, 1997, Dessler, & Turner, 1992; Duquette, Ducharme, Pepin, & Kérouac, 1992), il semble exister peu de données permettant d'établir un lien direct entre ce sous-thème et le concept étudié. Les résultats de la présente étude portent à croire que les hôpitaux « magnétiques » (Ferrante,

1993; Ganley, 1991; Gleason Scott, Sochalski & Aiken, 1999; Kramer & Schmalenberg, 1990) peuvent présenter certaines caractéristiques intéressantes visant à solutionner quelques problèmes rencontrés, tels qu'un ratio infirmière-patient élevé, un modèle de gestion participatif, une certaine flexibilité au niveau de l'organisation du travail, etc. L'attrait de ces milieux semble principalement résider dans leurs capacités à attirer et retenir le personnel soignant. De plus, Watson (1988) reconnaît également à l'importance du processus de *caring* créatif visant la résolution de problèmes. Ce sixième facteur caritatif permet à l'infirmière d'acquérir des données nouvelles sur une situation problématique afin de proposer des pistes de solutions pour améliorer la qualité des soins. La prochaine section présente l'essence du phénomène de la qualité de vie au travail élevée.

L'essence du phénomène

Les résultats de la présente recherche portent à croire que la qualité de vie au travail signifie l'harmonie de la personne au travail. En effet, les données recueillies permettent de distinguer deux pôles au phénomène étudié, à savoir : 1) la personne (l'harmonie est principalement illustrée au niveau des sphères de l'esprit et peut-être du corps) et 2) son environnement (le milieu de travail). Deux thèmes apparaissent alors être plus spécifiques à la personne, soit : 1) l'actualisation de son potentiel et 2) la reconnaissance de sa compétence, laquelle représente aussi un élément de l'environnement. Par ailleurs, les deux derniers thèmes reflètent l'interaction continue de l'infirmière soignante avec son environnement, tel qu'illustré par : 1) l'importance des relations de *caring* dans l'environnement de travail et 2) le maintien de conditions de travail favorables.

Parallèlement aux résultats obtenus dans ce projet de maîtrise, les écrits de Watson (1985, 1988, 1999) confirment le fait que la personne possède un corps-âme-esprit unique et indivisible. Les participantes interrogées semblent indiquer l'importance de l'esprit (l'intelligence et les émotions) et peut-être du corps sans toutefois distinguer clairement le rôle de l'âme (soi profond, essence de la personne) dans le développement et le maintien de leur qualité de vie au travail. De même, les résultats de cette étude, comme les propos de Watson (1988), indiquent la nécessité d'entrer dans le champ phénoménal de la personne, c'est-à-dire de s'attarder à comprendre les perceptions et les réactions en regard d'une situation donnée.

De plus, les résultats de la présente recherche laissent entrevoir l'existence de données permettant de corroborer la perspective phénoménologique-existentielle de Watson (1985, 1988, 1999). En effet, cette théoricienne définit la personne comme un être-dans-le-monde qui perçoit et vit des expériences uniques. L'importance de l'environnement, dans le cadre de la présente étude et des travaux de Watson, amène celle-ci à entrevoir la personne spécifiquement à travers son contexte. L'interaction continue personne-environnement peut dès lors modifier la façon selon laquelle l'infirmière soignante va trouver une véritable signification à sa qualité de vie au travail.

Toutefois, les résultats de cette étude semblent différer de ceux de quelques écrits scientifiques consultés (Attridge, & Callahan, 1990; McNeese-Smith, 1999; O'Brien-Pallas, & Baumann, 1992; Villeneuve, Semogas, Peereboom, Irvine, McGillis Hall, Walsh, O'Brien-Pallas, & Baumann, 1995), lesquels considèrent davantage les données relatives à la qualité de l'environnement « externe » du travail infirmier. En effet, parmi les principaux thèmes rapportés par Villeneuve et al. (1995) dans leur recherche

qualitative, seuls la satisfaction personnelle et les sentiments attribués au travail touchent directement la qualité de vie au travail. Les autres thèmes, soit les données associées à la société ou au milieu de travail, les questions de gestion et de leadership concernent plutôt un autre concept, soit celui de la qualité de l'environnement de travail. Aussi, dans l'élaboration de leur modèle théorique sur la qualité de vie au travail, O'Brien-Pallas et Baumann (1995) reconnaissent l'existence de nombreuses interactions entre les dimensions internes et externes de la personne.

Enfin, les résultats de cette étude, de même que ceux de Cara (1997), indiquent l'importance, pour les infirmières, de préserver leur équilibre personnel, professionnel et familial. Cet équilibre peut leur permettre d'atteindre et de maintenir une qualité de vie au travail élevée. Watson (1988) reconnaît également la notion d'équilibre chez l'individu, lorsqu'elle parle d'harmonie corps-âme-esprit, lequel concept correspond aux trois sphères interreliées et indivisibles de la personne. Elle précise aussi que cette harmonie peut amener la personne à éprouver une cohérence entre le soi tel que perçu et le soi tel que vécu. Les résultats de ce mémoire de maîtrise laissent entrevoir l'existence de données (l'équilibre, la satisfaction au travail, etc.) permettant de corroborer le concept d'harmonie de Watson, en ce qui a trait aux sphères de l'esprit et du corps. De plus, quelques participantes interrogées semblent établir un lien entre la qualité de vie au travail, l'harmonie au travail et la santé au travail. Watson (1988) définit la santé comme étant l'harmonie corps-âme-esprit. Des liens significatifs pourraient donc être établis entre la qualité de vie au travail et la santé au travail.

Les implications pour la gestion, la pratique, la recherche et l'éducation en sciences infirmières

Cette partie du texte identifie des implications de la présente recherche pour la gestion et la pratique, de même que pour la recherche et l'éducation en sciences infirmières.

Les implications pour la gestion et la pratique

Les résultats obtenus dans cette étude ont déterminé l'importance, pour les décideurs, administrateurs et cliniciens de maintenir des conditions de travail favorables au développement d'une qualité de vie au travail élevée chez les infirmières soignantes. En effet, des efforts dans le but de maintenir des conditions de travail favorables peuvent contribuer à améliorer l'attraction et la rétention du personnel.

D'autre part, les résultats de cette étude ont révélé l'importance de développer des relations de *caring* dans l'environnement de travail. Toutefois, l'adoption d'une nouvelle stratégie de gestion centrée sur la personne apparaît être difficile, pour plusieurs, à concilier avec l'avancement technologique. Comme Watson (1990, 1999), l'étudiante-chercheuse reconnaît que l'influence d'une structure patriarcale orientée davantage vers la technologie augmente la complexité à atteindre un idéal moral de soins, le *caring*.

Également, les résultats de la présente recherche ont démontré l'importance de la reconnaissance de la compétence de l'infirmière dans le maintien d'une qualité de vie au travail élevée. Ainsi, suite à une évaluation positive de ses performances au travail, l'infirmière soignante peut choisir d'améliorer l'étendue de ses connaissances dans son champ clinique, afin de recevoir davantage de reconnaissance. Elle peut conséquemment offrir des soins de meilleure qualité à la clientèle.

Par ailleurs, les résultats de cette étude ont souligné l'importance d'encourager les décideurs, gestionnaires et cliniciens à promouvoir la satisfaction du besoin d'actualisation de soi, visant à promouvoir la qualité de vie au travail des intervenantes. Suite à l'atteinte de ce besoin, l'infirmière soignante peut éprouver davantage de satisfaction au travail. Les gestionnaires doivent aussi prendre conscience de l'influence des divers aspects de la vie personnelle et professionnelle des infirmières sur le travail accompli, d'où la pertinence de développer des stratégies visant à préserver leur équilibre personnel et professionnel.

Enfin, l'harmonie de la personne au travail peut aider l'infirmière à acquérir une meilleure santé au travail puisqu'elle correspond, selon Watson (1988), à la santé. Les décideurs et administrateurs doivent toutefois tenir compte du contexte de travail, lequel peut générer un stress constituant une source de problèmes de santé mentale et/ou physique. Les gestionnaires doivent donc se préoccuper du fait que de telles modifications à l'environnement de travail des infirmières soignantes peuvent risquer de modifier leur pratique de *caring*. Alors que ce concept représente pour Watson (1985, 1988, 1999) un idéal moral, Cara et Duquette (1999) rapportent que la qualité des soins aux usagers est tributaire d'une pratique professionnelle respectant les prérogatives du *caring*.

Les implications pour la recherche et l'éducation

L'approche utilisée dans cette recherche (Giorgi, 1979, 1997) peut représenter, pour les chercheurs, une façon intéressante d'entrer en relation avec les participantes interrogées en démontrant, par exemple, des attitudes de respect et d'écoute. Ceci peut créer des échanges stimulants favorisant le développement de nouvelles connaissances. La recherche qualitative de type phénoménologique fournit donc une vision holistique pour

explorer en profondeur des phénomènes complexes, tels que la qualité de vie au travail.

Par ailleurs, compte tenu de la pénurie actuelle d'infirmières, de même que des difficultés d'attraction et/ou de rétention au sein de la profession, il apparaît important de réaliser des recherches sur le concept de la qualité de vie au travail. Ces études s'avèrent être d'autant plus pertinentes que la société de demain nécessitera davantage d'effectifs infirmiers afin de répondre aux besoins d'une population vieillissante. Aussi, l'absentéisme et la diminution de la productivité constituent un autre motif d'intérêt pour poursuivre des investigations sur le phénomène d'intérêt. Bédard et Duquette (1998) rapportent ainsi qu'une tension psychologique intense et répétée en milieu de travail peut mener l'infirmière soignante à l'épuisement professionnel. Malgré les nombreux écrits existant sur ce sujet, le problème ne semble pas résolu, d'où l'importance pour les chercheurs de réaliser d'autres études sur le concept de la qualité de vie au travail.

Enfin, la découverte des sous-thèmes et des thèmes associés au phénomène étudié peut s'avérer pertinente pour les professeurs et les étudiantes en soins infirmiers. Il apparaît essentiel de renseigner ces jeunes sur les façons de développer et de maintenir une qualité de vie au travail élevée. Cette expérience peut leur être utile dans le cadre des stages en milieux cliniques et lors de leur entrée sur le marché du travail. Pour prévenir l'exode des infirmières vers d'autres champs de pratique, l'enseignement semble constituer une ressource précieuse pour les éducateurs. Plus précisément, cette ressource peut aider les formateurs dont la qualité de vie au travail risque d'être aussi modifiée par l'ajout de nouvelles connaissances à enseigner pour satisfaire aux exigences du réseau de la santé.

Les recommandations pour la gestion, la pratique, la recherche et l'éducation en sciences infirmières

Cette partie du texte émet quelques suggestions pour la gestion et la pratique, de même que pour la recherche et l'éducation en sciences infirmières.

Les recommandations pour la gestion et la pratique en sciences infirmières

Il apparaît d'abord pertinent de conscientiser les décideurs, administrateurs et cliniciens sur l'importance de mieux comprendre le phénomène étudié en vue de maintenir des conditions de travail favorables à la pratique infirmière. Ceci peut ensuite les amener à réévaluer le temps alloué aux infirmières soignantes pour accomplir leurs tâches. De plus, les administrateurs auraient intérêt à reconnaître les divers facteurs de stress présents dans le travail infirmier, en particulier ceux rattachés à la surcharge de travail. La lourdeur de la clientèle ainsi qu'un ratio infirmières-patients inéquitable peuvent accroître le stress au travail et diminuer la qualité des soins. Malgré les récentes compressions budgétaires apportées au réseau de la santé québécois, il s'avèrerait souhaitable que les administrateurs utilisent leur créativité pour maintenir des ressources humaines et matérielles suffisantes.

En accord avec la convention collective en vigueur dans leur établissement, les gestionnaires auraient avantage à combler les postes laissés à découvert et ce, de façon à stabiliser les équipes de travail. De plus, des modifications dans les horaires de travail seraient indiquées pour offrir une plus grande autonomie et flexibilité aux infirmières soignantes afin de promouvoir l'équilibre personnel et professionnel. Les administrateurs devraient également réévaluer l'aspect salarial puisqu'il semble influencer la qualité de l'environnement de travail des infirmières soignantes.

Par ailleurs, il apparaît important pour les gestionnaires d'offrir davantage de soutien aux infirmières soignantes aux prises avec des difficultés. Ceux-ci auraient intérêt à améliorer la communication verbale et non-verbale auprès des intervenantes afin d'établir des messages clairs. Pour consolider l'engagement des infirmières envers leur milieu de travail, les gestionnaires pourraient également encourager une participation active du personnel soignant dans la prise de décisions qui touchent de près leurs besoins. Enfin, par le développement d'activités sociales et le rayonnement des réussites individuelles et/ou départementales, les gestionnaires pourraient faciliter le travail d'équipe et ce, en vue d'administrer des soins de meilleure qualité à la clientèle.

De plus, les gestionnaires auraient avantage à développer des outils d'appréciation pour augmenter la reconnaissance faite à l'égard du personnel. Ils pourraient offrir, en collaboration avec les milieux d'enseignement, des ateliers d'information sur les facteurs d'amélioration de la qualité de vie au travail. Les gestionnaires auraient également intérêt à établir une description précise des tâches à accomplir afin d'aider l'infirmière à clarifier son rôle par rapport à celui des autres professionnels. Les administrateurs devraient souligner l'importance de la relation d'aide client-famille puisque cette fonction est considérée essentielle au maintien d'une qualité de vie au travail élevée chez les infirmières soignantes. Enfin, l'étudiante-chercheure partage l'avis de Watson (1985, 1988, 1999) qu'il serait souhaitable de mettre l'emphase sur la pratique du *caring* de l'infirmière soignante, ce qui dans la réalité actuelle des soins infirmiers, semble être plutôt absent.

De plus, les administrateurs auraient intérêt à privilégier un style de gestion tenant compte des caractéristiques individuelles des infirmières soignantes. Il serait souhaitable

qu'ils encouragent les réalisations personnelles/ professionnelles favorisant l'actualisation de soi. Afin de prévenir l'épuisement professionnel, les gestionnaires devraient s'assurer que la quantité d'énergie requise pour accomplir le travail infirmier demeure dans des limites acceptables. Les administrateurs devraient également se pencher sur la notion de satisfaction au travail des infirmières soignantes, laquelle représente un élément essentiel dans l'administration de soins de qualité. Ils auraient aussi intérêt à informer les infirmières soignantes des interrelations existant entre leur bien-être psychologique, leur satisfaction au travail et leur qualité de vie au travail.

Les recommandations pour la recherche et l'éducation

Tout d'abord, il serait pertinent d'utiliser les résultats obtenus dans la présente étude afin de développer un outil d'évaluation de la qualité de vie au travail en s'inspirant des thèmes et des sous-thèmes mentionnés ultérieurement. Dans le cadre d'une stratégie de développement d'un tel instrument de mesure, il apparaît nécessaire de poursuivre des investigations auprès de diverses populations d'infirmières. En effet, il pourrait s'avérer significatif de comparer les niveaux de la qualité de vie au travail d'infirmières novices et expertes puisque la présente étude concerne principalement des infirmières détenant plusieurs années d'expérience.

De plus, il s'avèrerait intéressant d'explorer d'autres comparaisons permettant de déterminer si des différences significatives existent entre la qualité de vie au travail des hommes et celle des femmes, ce qui ne peut être démontré dans cette recherche où l'on dénote l'absence du genre masculin. Par ailleurs, alors que les infirmières oeuvrant dans les hôpitaux « magnétiques » témoignent d'une plus grande satisfaction au travail, il apparaît souhaitable de vérifier si celles-ci témoignent d'une qualité de vie au travail plus

élevée. De même, d'autres recherches qualitatives et quantitatives pourraient permettre d'augmenter nos connaissances sur ce phénomène. Par exemple, une étude ethnographique offrirait la possibilité de vérifier s'il existe des différences culturelles au niveau de la qualité de vie au travail. La recherche action pourrait également s'avérer intéressante afin de trouver une application pratique aux nouvelles connaissances acquises suivant une intervention sur le concept étudié. Des études quantitatives, utilisant les quatre thèmes comme variables de recherche, pourraient peut-être révéler la présence de corrélations entre divers concepts étroitement liés à la qualité de vie au travail.

En ce qui a trait au domaine de l'éducation, les enseignantes en soins infirmiers devraient encourager leurs étudiantes à s'actualiser grâce à des réalisations adaptées à leur niveau d'apprentissage. La satisfaction au travail pourrait se traduire par un intérêt marqué des étudiantes infirmières à découvrir diverses fonctions de leur futur travail. De même, les enseignantes devraient conscientiser les étudiantes quant à l'importance d'utiliser adéquatement leur énergie afin de réussir leurs études et leurs stages en milieux cliniques. La notion d'équilibre pourrait également faire l'objet d'un enseignement plus approfondi puisque, selon certains témoignages reçus par l'étudiante-chercheuse, plusieurs d'entre elles éprouvent des difficultés à concilier travail, études et vie familiale.

De plus, les professeures auraient intérêt à témoigner de la reconnaissance envers les efforts et les réalisations de l'étudiante-infirmière en recueillant, par exemple, les appréciations positives de la part des clients-familles en regard de l'étudiante. D'autre part, au niveau de la relation d'aide client-famille, les enseignantes devraient encourager les étudiantes à échanger sur leur pratique de *caring* afin de noter si certaines d'entre elles utilisent à outrance la philosophie enseignée. Pour « être *caring* » avec le client-famille, il

importe d'abord de pouvoir « être *caring* » avec soi-même.

De même, les enseignantes pourraient expliquer aux futures diplômées la nécessité de recevoir du soutien en présence de difficultés. Pour les professeures, le soutien reçu de la part des collègues de travail constitue une ressource précieuse permettant d'exprimer leurs ressentis en regard des performances des étudiantes. Par ailleurs, par des discussions de groupe et/ou des jeux de rôles, celles-ci auraient avantage à leur indiquer l'importance de communiquer adéquatement avec les autres professionnels de la santé. Elles devraient aussi développer l'engagement des étudiantes en les encourageant à participer à des activités éducatives organisées par leur milieu d'apprentissage et leur ordre professionnel.

Conclusion

Dans un contexte de restructuration du réseau de la santé, il semble prioritaire d'étudier le concept de la qualité de vie au travail en sciences infirmières. Celui-ci est d'autant plus important que la profession fait face à une réduction considérable des effectifs pouvant conduire à une grave pénurie d'infirmières au Québec. Les résultats de la présente recherche ont démontré que la qualité de vie au travail signifie l'actualisation de son potentiel, la reconnaissance de sa compétence, l'importance des relations de *caring* dans son environnement de travail et le maintien de conditions de travail favorables. Les deux premiers thèmes désignent plus spécifiquement la personne alors que les deux derniers illustrent l'interaction continue de l'environnement de travail sur l'infirmière soignante. Ainsi, selon la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999), utilisée comme toile de fond dans la présente étude, il semble impossible de dissocier la personne de son environnement, d'où l'importance de considérer cette dernière comme un être-dans-le-monde. Il apparaît alors que l'essence de la qualité de vie au travail élevée chez les infirmières soignantes correspond à l'harmonie de la personne au travail.

Enfin, il semble nécessaire de mentionner l'importance de s'inspirer des résultats de la présente recherche afin de mettre sur pieds différentes actions visant à promouvoir la qualité de vie au travail des infirmières. Une qualité de vie au travail élevée semble représenter un pré-requis à l'administration de soins de qualité pour une clientèle souvent éprouvée par les nombreuses transformations apportées au réseau de la santé. Enfin, ce concept pouvant être lié à la santé au travail des infirmières, ceci semble constituer une nouvelle piste de solutions pour les décideurs et les administrateurs préoccupés par l'avenir de la profession d'infirmière au Québec.

Références

Andrew, F.A., & Withey, S.B. (1974). Developing measures of perceived life quality. Social Indicators Research, 1 (1), 1-30.

Andrews, J. (1991). Turnover in nursing : A look at some of the issues. Newfoundland & Labrador : Nursing Human Ressource Committee.

Association des hôpitaux du Québec (1999). Identification des compétences requises par les infirmières et le personnel d'assistance en fonction des besoins des clientèles du réseau de la santé et des services sociaux. Montréal : A.H.Q.

Association des infirmières et infirmiers du Canada & Association des hôpitaux du Canada (1990). Le maintien des effectifs infirmiers et la qualité de vie au travail : une perspective nationale. Ottawa : A.I.I.C. et A.H.C.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (1998). Ressources humaines en infirmières autorisées : recrutement et maintien des effectifs. Ottawa : A.I.I.C.

Baumann, A.O., & O'Brien-Pallas, L.L. (1992). Nurses' worklife : Researching the quality. Canadian Nurse, 89 (1), 40-41.

Beck, C.T. (1994). Reliability and validity issues in phenomenological research. Western Journal of Nursing Research, 16 (3), 186-194.

Bédard, D., & Duquette, A. (1998). L'épuisement professionnel. Un concept à préciser. L'Infirmière du Québec, 6 (9), 18-22.

Beer, N., & Walton, A.E. (1987). Organisational development. In R.W.Poter (Eds.), Annual Review of Psychology (pp. 339-367), Palo alto, Ca: Annual review.

Benner, P. (1984). From novice to expert. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices. In P. Benner (Ed.), Interpretive phenomenology: Embodiment, Caring and Ethics in Health and Illness (pp.99-127). Thousands Oaks, CA: Sage.

Blegen, A.M. (1993). Nurses job satisfaction: A meta-analysis of related variables. Nursing Research, 42 (1), 36-41.

Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Laliberté, D., Malenfant, R., Brisson, C., & Vézina, M. (1998). La transformation du réseau de la santé: mesure et santé des infirmières de l'agglomération de Québec. Québec. Équipe de recherche RIPOST, Université Laval, Direction de la santé publique du Québec.

Bowditch, J.R., & Bouno, A.F. (1982). Quality of working life assessment : A survey-based approach. Boston: Auburn House.

Braus, P. (1992). What workers want. American Demographics, 14 (8), 30-37.

Buerhaus, P.T. (1998). Is another RN shortage looming? Nursing Outlook, 46 (3), 103-108.

Burns, N. & Grove, S.K. (1997). The practice of nursing research. Conduct, critique, & utilization. Pennsylvania : W.B. Saunders Company.

Calman, K.C. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. In N.K. Aaronson, & J. Beckmann (Eds.). The quality of life of cancer patients (pp. 1-9). New York : Raven Press.

Cara, C. (1999). La méthodologie phénoménologique: une approche qualitative à découvrir. Notes de cours SOI 6103.

Cara, C. (1997). Managers' subjugation and empowerment of caring practices: A relationnal caring inquiry with staff nurses. Doctoral Dissertation, University of Colorado Health Sciences Center.

Cara, C., & Duquette, A. (1999). Les éléments qui contribuent à la santé des infirmières. Document de travail.

Carpentier-Roy, M.-C. (1991). Corps et Âme. Psychopathologie du travail infirmier. Montréal: Les éditions Liber.

Cavanagh, S.J. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospital. Journal of Advanced Nursing, 17 (3), 704-711.

Cohen, M.Z. (1987). A historical overview of the phenomenologic movement. Image: Journal of Nursing Scholarship, 19 (1), 31-34.

Conseil du Statut de la Femme (1996). Virage ambulatoire: notes exploratoires. Bibliothèque nationale du Québec.

Cotton, J.L. (1997). Does employee involvement work? Yes, sometimes. Journal of Nursing Care Quality, 12 (2), 33-45.

Dallaire, C. (1993). La contribution des soins infirmiers au système de santé. Dans O. Goulet. La profession infirmière. Valeurs, enjeux et perspectives (pp. 23-54). Boucherville. Éd. Gaëtan Morin.

Dallaire, C., O'Neill, M., & Lessard, C. (1994). Les enjeux majeurs pour la profession infirmière. Dans V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger (Eds). Le système de santé au Québec: Organisations, acteurs et enjeux. (pp. 245-271). Québec: Les presses de l'Université Laval.

Davis, L.E., & Cherns, A.B. (1975). Quality of working life : volume 2. New York: Free Press.

Delmas, P. (1999). Relations entre la hardiesse, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmières françaises de réanimation. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.

Deschamps, C. (1993). L'approche phénoménologique en recherche. Éd. Guérin, Montréal.

Desrosiers, G. (1999). Pénurie d'infirmières. Qui soignera les *baby-boomers* en 2005? L'Infirmière du Québec, 6 (3), 4-5.

Desrosiers, G. (2000). La profession infirmière face au XXIe siècle. L'Infirmière du Québec, 7 (3), 8-14.

Dessler, G., & Turner, A. (1992). Human Resource Management in Canada. Prentice-Hall Canada Inc., Scarborough Ontario.

Duquette, A., Ducharme, F., Pepin, J. & Kérouac, S. (1992). Attraction et maintien du personnel en soins infirmiers, une recension des écrits. Éd. André Duquette. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.

Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B., & Saulnier, P. (1995). Étude longitudinale de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. Rapport de recherche présenté au conseil québécois de la recherche sociale. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Dussault, G., Fournier, M.-A., Zanchetta, M.S., Kérouac, S., Denis, J.-L., Bojanowski, L., Carpentier, M. & Grossman, M. (1999). Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : Revue de la littérature. Rapport de recherche. Université de Montréal.

Elizur, D. & Shye, S. (1990). Quality of work and its relation to quality of life. Applied Psychology : An International Review, 39 (3), 275-291.

Facheux, C., Amado, G., & Laurent, A. (1982). Organisation development. In M.R. Rosenzweig & L.W. Porter (Eds.). Annual Review of Psychology (pp. 343-370). Palo alto, CA : Annual Reviews.

Ferrans, C.E. (1990). Quality of life : Conceptual issues. Seminars in Oncology Nursing, 6 (4), 248-254.

Gadon, H. (1984). Making sense of quality of working life programs. Bussiness Horizons, 27 (12), 42-46.

Gagnon, L. (1988). La qualité de vie de paraplégiques et quadraplégiques. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.

Ganley, H. (1991). Insight into magnet hospitals. The Lamp, 25(4), 22-24.

Giorgi, A. (1979). An application of phenomenological method in psychology. In A. Giorgi, C.L. Fisher & E.L. Murray (Ed.). Duquesne studies in phenomenological psychology (vol.2, pp.82-104). Pittsburg: Duquesne University Press.

Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A.Laperrière, R.Mayer et A.P. Pires. La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques (pp. 341-364). Montréal. Éd. Gaëtan Morin.

Gleason Scott, J., Sochalski, J., & Aiken, L. (1999). Review of magnet hospital reseach. Findings and implications for professional nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 29 (1), 9-19.

Goodale, D.G., Hall, D.T., Burke, R.J., & Joyner, R.C. (1975). Some significant contexts and components of individual quality of life. In L.E. Davis & A.B. Cherns (Eds.). The quality of working life (pp. 150-154). New York : Free Press.

Goode, D.A. (1989). Quality of life, quality of work life. In W.E. Kierman & R.L. Schalock (Eds.). Economics, industry and dissability : A look ahead (pp. 337-349). Baltimore : Brookes.

Grant, G., Nolan, M., Maguire, B., & Melhuish, E. (1994). Factors influencing job satisfaction among nurses. British Journal of Nursing, 3 (12), 615-620.

Greenleaf, N.P. (1991). Caring and not caring : The question of context. In P.L. Chinn (Ed.), Anthology on caring (pp. 71-83). New York : National League for Nursing.

Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. Image: Journal of Nursing Scholarship, 31 (3), 215-220.

Havlovic, S.J. (1991). Quality of work life and human resource outcomes. Industrial Relations, 30 (4), 469-479.

Husserl, E. (1954/1970). The crisis of European sciences and transcendental phenomenology (D.Carr, Trans.). Evanston: Northwestern University Press. (Original work published 1954).

Jeans, M.E. (1999). Open letter to the annual conference of the federal/provincial/territorial ministers of health, September 16-17, 1999. Charlottetown : PEI, A.I.I.C.

Kérouac, S., & Duquette, A. (1992).  tude longitudinale des déterminants psychosociaux de l'épuisement professionnel et de la santé des infirmières québécoises en milieux g riatriques. Document in dit, Université de Montréal.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). La pensée infirmière. Québec :  ditions  tudes Vivantes.

Kiernan, W.E. & Marrone, J. (1996). Quality of work Life for persons with disabilities : emphasis on employee. In R.L. Schalock, R.L. Quality of life. Volume II. Application to persons with disabilities (pp. 63-77). Washington, DC : American Association on Mental Retardation.

Knox, S., & Irving, J.A. (1997). An interactive quality of work life model applied to organizational transition. Journal of Nursing Applied, 27 (1), 39-47.

Kobasa, C.S. (1979). Personality and resistance to illness. American Journal of Community Psychology, 7, (4), 413-423.

Kramer, M. & Schmalenberg, C. (1990). Magnet hospitals : Part I. Institutions of excellence. Journal of Nursing Administration, 18 (1), 13-24.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York : Springer.

Leipert, B.D. (1996). The value of community health nursing : a phenomenological study of the perceptions of community health nurses. Public Health Nursing, 13 (1), 50-57.

Lincoln, Y.S., & Guba, E. (1985). Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage.

Loscocco, K. & Roschelle, A. (1991). Influences on the quality of work and nonwork life : two decades in review. Journal of Vocational Behavior, 39, 182-225.

Maddi, R.S., Kobasa, C. S., & Hoover, M. (1979). An alienation test. Journal of Humanistic Psychology, 19 (4), 73-76.

Maddi, R.S., & Kobasa, C.S. (1984). The hardie executive : health under stress. Homewood, Illinois : Dow Jones-Irven.

Maddi, R.S. (1990). Issues and interventions in stress mastery. In H.S. Friedman (Ed.). Personality and disease (pp. 121-154). New York : John Wiley and Sons, Inc.

Maslow, A.H. (1970). Motivation and Personality. New York: Harper & Row.

May, F.E., Champion, V., & Austin, J.K. (1991). Public values and beliefs toward nursing as a career. Journal of Nursing Education, 30 (7), 303-310.

McNeese-Smith, D.K. (1999). A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. Journal of Advanced Nursing, 29 (6), 1332-1341.

Meeberg, G.A. (1993). Quality of life : A concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 18, 32-38.

Ministère de l'Éducation du Québec (1999). Rapport du comité conseil sur la formation infirmière : M.E.Q.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1996). La santé et les services sociaux. Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). Groupe de travail sur les soins infirmiers. Rapport final. Québec : Gouvernement du Québec.

Montgomery, C. L. (1993). Healing through communication. The practice of caring. Newbury Park : Sage Publications.

Morrison, R.S., Jones, L. & Fuller, B. (1997). The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. Journal of Advanced Nursing, 27 (5), 27-34.

Moss, R., & Rowles, C.J. (1997). Staff nurse job satisfaction and management style. Nursing Management, 28 (1), 32-34.

Mount, B.M., & Cohen, S.R. (1995). Quality of life in the face of life-threatening illness : What would we be measuring ? Current Oncology, 2 (5), 121-125.

Nadler, D.A. & Lawler, E.E. (1983). Quality of work life : Perceptions and direction. Organisational Dynamics, 11 (3), 20-30.

Nyberg, J. (1991). The elements of caring in nursing administration. Nursing Administration Quarterly, 13 (3), 9-16.

O'Brien-Pallas, L. & Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues – a unifying framework. Canadian Journal of Nursing Administration, 5 (2), 12-16.

O'Brien-Pallas, L.L., Baumann, A.O., & Villeneuve, M.J. (1994). The quality of nursing work life. In J.M. Hibberd, & M.E. Kyle. Nursing management in Canada (pp. 391-409), Toronto, Saunders.

Oiler, C. (1982). The phenomenological approach in nursing research. Nursing Research, 31, 79-81.

Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. Image : Journal of Nursing Scholarship, 22, 187-190.

Omery, A. (1983). Phenomenology : A method for nursing research. Advances in Nursing Science, 5, 49-63.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1989). Hypertension. L'urgence des choix. Montréal : O.I.I.Q.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1999a). Pénurie d'infirmières. Qui soignera les *baby-boomers* en 2005 ? L'Infirmière du Québec, 6 (3), 4-5.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1999b). Évolution des effectifs de la profession infirmière à court et moyen termes au Québec. Étude exploratoire. Montréal : O.I.I.Q.

Parse, R.R. (1987). Nursing science : Major paradigms, theories, and critiques. Philadelphia : Saunders.

Paterson, J.G., & Zderad, L.T. (1976/1988). Humanistic nursing. New York : National League for Nursing.

Peddicord Withley, M. & Putzier, D.J. (1994). Measuring nurses satisfaction with the quality of their work and work environment. Journal of Nursing Care Quality, 8(3), 43-51.

Ray, M.A. (1989). The theory of bureaucratic caring in nursing practice in the organizational culture. Nursing Administration Quarterly, 13 (2), 31-42.

Ray, M.A. (1991). Phenomenological method for nursing research. In Wayne State University College of Nursing (Ed.), Summer research conference monograph : Nursing theory, research & practice (pp. 163-176). Detroit : WSU Press.

Ryten, E. (1997). Tableau statistique de la situation passée, présente et future des infirmières autorisées au Canada. Ottawa : A.I.I.C.

Sartorius, N. (1987). Cross-cultural comparisons of data about quality of life: A sample of issues. In N.K. Aaronson & J. Beckmann (Eds). The quality of life of cancer patients, pp. 19-24. New York: Raven Press.

Sashkin, M., & Burke, W.W. (1987). Quality of work life. Journal of Management, 13 (2), 393-418.

Schipper, H., Clinch, J., & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spilker (Ed.). Quality of life assessments in clinical trials (pp. 11-24). New York : Raven Press.

Seashore, S.E. (1975). Defining and measuring the quality of working life. In L.E. Davis and A.B.Cherns (Eds.). The quality of working life (vol. 1, pp. 119-122). New York : Free Press.

Sherwood, G. (1999). Patterns of Caring: The Healing Connection of Interpersonal Harmony. International Journal for Human Caring, 3 (3), 30-38.

Smith, M.C. (1991). Existential-phenomenological foundations in nursing : A discussion of differences. Nursing Science Quarterly, 4 (1), 5-6.

Swanson-Kauffman, K., & Schonwald, E. (1988). Phenomenolgy. In B.Sarter (Ed.), Paths to knowledge : Innovative research methods for nursing (pp. 97-105). New York : National League for Nursing.

Tovey, E.J., & Adams, A.E. (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction : an exploration of sources of satisfaction in the 1990s. Journal of Advanced Nursing, 30 (1), 150-158.

Turcotte, P. R. (1982). Qualité de vie au travail : anti-stress et créativité. Ottawa : Agence d'Arc Inc.

Valentine, K. (1989). Caring is more than kindness : Modeling its complexities. Journal of Nursing Administration, 19 (11), 28-34.

Villeneuve, M.J., Semogas, D., Peereboom, E., Irvine, D., McGillis Hall, L., Walsh, S., O'Brien-Pallas, L., Baumann, A. (1995). The worklife concerns of Ontario nurses. Halmiton, Ontario. Quality of Nursing Worklife Research Unit. .

Watson, J. (1985). Nursing: the philosophy and science of caring. Boulder, Co: Colorado Associated University Press.

Watson, J. (1988). Nursing: Human science and human care. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1990). The moral failure of the patriarchy. Nursing Outlook, 38 (2), 62-66.

Watson, J. (1999). Postmodern nursing and beyond. Toronto : Churchill Livingstone.

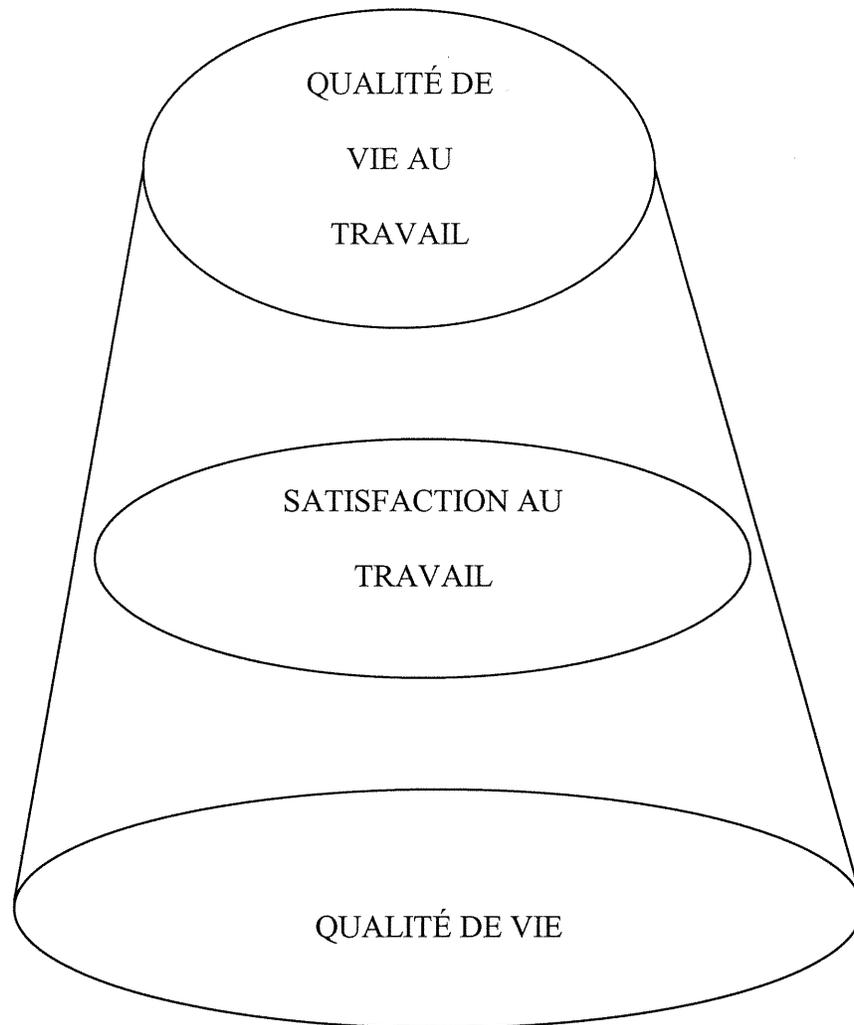
Wilcock, A.A., van der Arend, H., Darling, K., Scholz, J., Siddall, R., Snigg, C., & Stephens, J. (1998). An exploratory study of people's perceptions and experiences of wellbeing. British Journal of Occupational Therapy, 61(2), 75-82.

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

Zhan, L. (1992). Quality of life : conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing, 17 (1), 795-800.

Appendice A

Structure conique de la qualité de vie au travail en fonction de la qualité de vie en général



Structure conique de la qualité de vie au travail en regard de la qualité de vie en général

Extrait et traduit de Élizur, D., & Shye, S. (1990). Quality of work and its relation to quality of life. *Applied Psychology: An International Review*, 39 (3), p.287. Cité dans Delmas (1999), p. 47.

Appendice B

***Bracketing* de l'étudiante-chercheure sur le phénomène étudié**

Préconceptions :

Avant même d'avoir consulté les écrits scientifiques, je définis la qualité de vie au travail comme étant l'expression d'un degré élevé de satisfaction au travail. En effet, je considère que plusieurs facteurs peuvent influencer la qualité de vie au travail des infirmières : 1) la philosophie du milieu de soins; 2) le leadership exercé par les gestionnaires; 3) les conditions de travail; 4) l'autonomie et 5) les relations avec les pairs et les supérieurs, etc. La perception de l'infirmière face à ces différents facteurs peut contribuer à maintenir ou à perturber son équilibre de vie. La qualité de vie au travail m'apparaît comme représentant également une harmonie sur les plans personnel, social, spirituel et professionnel. Elle devient un indicateur de la santé au travail des infirmières.

Croyances et valeurs :

Pour préserver ma qualité de vie au travail, je dois m'assurer que j'adhère à la philosophie de soins privilégiée par l'établissement. Je suis incapable de travailler dans un environnement qui prône des croyances et des valeurs incompatibles avec ma vision des soins infirmiers. De plus, je crois que le leadership exercé par les gestionnaires peut influencer la qualité de vie au travail des infirmières. Une attitude ouverte et humaniste peut bien souvent désamorcer les mécontentements, voir même les conflits régnant au sein d'une équipe de travail. Les gestionnaires doivent également promouvoir l'autonomie des infirmières oeuvrant en milieu clinique. Cet élément m'apparaît donc essentiel dans le contexte du virage ambulatoire où l'on exige une plus grande polyvalence et une latitude décisionnelle importante de la part des infirmières pour bien répondre aux besoins de la clientèle. Ainsi, le fait d'utiliser son jugement clinique à sa juste valeur ne peut que contribuer à l'avancement des soins infirmiers et à la promotion d'une qualité de vie au

travail élevée. Je crois aussi que l'humour et la collaboration entre les pairs et les supérieurs contribuent à réduire significativement le stress associé au travail infirmier. Or, un climat de travail agréable et détendu peut sûrement aider à l'épanouissement des individus et au maintien de leur qualité de vie au travail. Enfin, d'autres éléments peuvent à mon avis influencer le phénomène étudié, tels que la capacité de l'infirmière à : 1) prendre soin d'elle-même; 2) reconnaître ses limites; 3) s'affirmer; 4) déléguer certaines fonctions; 5) se rappeler qu'il existe une continuité des soins sur les différents quarts de travail; 6) discuter d'égal à égal avec les autres professionnels de la santé; 7) prendre le temps nécessaire auprès de la clientèle/famille; 8) se sentir concernée par la qualité des soins administrés aux bénéficiaires et 9) défendre certaines questions éthiques visant à accroître le bien-être des usagers (rôle d'avocate en regard du client).

Dans le climat chaotique de réorganisation des soins infirmiers, je crois que la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999) m'aide à maintenir une qualité de vie au travail élevée. Cet idéal moral, que représente le *caring*, me permet d'aller au-delà des soins physiques administrés aux individus. Je me sens alors valorisée dans mon travail. Je réalise que je fais une différence, aussi minime soit-elle, dans la qualité des soins donnés à la clientèle. Cet engagement m'apparaît essentiel puisque je peux atteindre une certaine forme d'actualisation de soi. Ce besoin identifié par Maslow et Watson me semble étroitement lié à la qualité de vie au travail de l'infirmière soignante. Le *caring* favorise donc mon épanouissement personnel et professionnel; il constitue une façon de préserver ma qualité de vie au travail en plus de représenter une source profonde d'inspiration et de motivation pour « survivre » dans la discipline infirmière.

Expériences de travail :

Au début des années 1990, comme jeune graduée, je ressens déjà l'importance de préserver ma qualité de vie au travail. Le contexte environnemental m'incite alors à la prudence, si je veux avoir une longue carrière dans ce domaine. Ouvrant dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (C.H.S.G.S.) de la région du Montréal métropolitain, j'effectue un travail monotone et routinier. Les efforts physiques et psychologiques requis pour satisfaire aux exigences de cette unité me laissent alors que très peu de temps pour développer des relations de *caring* auprès des clients/familles. J'ai rapidement l'impression d'être devenue une exécutante, un robot qui ne se pose aucune question. Je remets alors fréquemment en question ma qualité de vie au travail, au point de me tourner vers des avenues de travail plus enrichissantes. L'enseignement représente une porte de sortie intéressante pour préserver mon harmonie physique, psychologique, sociale et spirituelle. Comme professeure en soins infirmiers au niveau collégial, j'essaie d'inculquer certaines notions de qualité de vie au travail à mes étudiantes. Je leur communique l'importance de prendre soin d'elles-mêmes en plus de considérer le bien-être des patients. Je les encourage aussi à verbaliser sur des situations difficiles vécues auprès des usagers ou des membres du personnel. La curiosité me pousse même parfois à leur demander ce qu'elles observent chez les infirmières qui m'apparaissent avoir une qualité de vie au travail élevée. Selon les témoignages reçus de la part de mes étudiantes, ces dernières semblent apprécier leur travail. Ces infirmières sont affables et capables de rire d'elles-même. Elles répondent efficacement aux besoins de la clientèle. Elles agissent comme des modèles de rôle chez ces jeunes étudiantes. Lorsque possible, durant mes stages en C.H.S.G.S., je tente de jumeler chacune de mes étudiantes à une infirmière qui

semble avoir une qualité de vie au travail élevée. J'ai l'impression qu'elles ressortent grandies suite à cette rencontre. Elles ont alors énormément d'éléments à rapporter au groupe concernant l'approche de cette dernière vis-à-vis la clientèle, l'équipe de travail et l'organisation des soins en général.

Appendice C

Renseignements aux participantes

RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTES

Titre de l'étude :

La signification de la qualité de vie au travail d'infirmières oeuvrant en milieu clinique.

Chercheure principale et collaboratrice:

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières
Julie Gascon, Inf. B.Sc.
Chantal Cara, Inf. Ph.D. (Directrice de mémoire).

Introduction :

Dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières, ce projet de recherche vise à décrire et comprendre la signification de la qualité de vie au travail d'infirmières oeuvrant en milieu clinique.

La réforme du réseau de la santé s'inscrit dans un courant de restrictions budgétaires et de rationnement des ressources humaines. Elle bouleverse les modes de pratique et l'environnement de travail, en plus de comporter des conséquences négatives sur la qualité de vie au travail des infirmières soignantes. Or, l'épuisement, la souffrance, la détresse émotionnelle et l'abandon de la profession représentent, selon de nombreuses études, des enjeux majeurs auxquels doivent faire face les chercheurs, administrateurs et cliniciens. Au niveau de la discipline infirmière, il existe très peu d'études sur le concept de la qualité de vie au travail. Dans le domaine industriel, ce concept est toutefois reconnu par les auteurs comme étant un phénomène multidimensionnel. Nous croyons qu'il requiert a priori l'utilisation d'une approche descriptive permettant d'identifier la perception des infirmières soignantes oeuvrant en milieu clinique. Une étude qualitative devrait donc permettre aux infirmières d'explorer les éléments positifs qui contribuent au

maintien de leur qualité de vie au travail. Ceci constitue l'un des éléments novateurs de la présente étude.

But de l'étude :

Le but de cette recherche consiste à décrire et comprendre la signification de la qualité de vie au travail pour l'infirmière oeuvrant en milieu clinique.

Modalités de participation à l'étude :

La participation de 3 à 5 participantes est jugée nécessaire pour cette étude. Si vous êtes intéressées par ce projet, vous devrez signer un formulaire de consentement et compléter par la suite un questionnaire socio-démographique. Vous devrez aussi accepter d'être enregistrées sur bande magnétique lors de l'entrevue. Celle-ci se déroulera au moment et à l'endroit qui vous conviendront.

Critères d'inclusion :

Pour participer à cette étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes : 1) occuper un emploi à temps complet ou à temps partiel régulier en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, en centres locaux de services communautaires ou en centres d'hébergement et de soins de longue durée; 2) détenir un diplôme universitaire de 1^{er} cycle en sciences infirmières et 3) considérer avoir une qualité de vie au travail élevée.

Risques ou inconvénients :

Il n'existe aucun risque connu à participer à cette recherche. Le seul inconvénient peut être relié au fait que vous devrez prendre du temps pour compléter le questionnaire socio-démographique ainsi que pour réaliser une entrevue semi-structurée, d'une durée de 30 à 60 minutes.

Avantages :

Les résultats d'une telle étude pourront éventuellement contribuer à orienter les recherches effectuées dans le contexte de la transformation du réseau de la santé. Vous participerez donc à l'avancement des soins infirmiers, en nous indiquant votre perception du phénomène étudié. Ceci pourra contribuer à maintenir, voir même à améliorer, votre qualité de vie au travail.

Liberté de participation :

La sélection des participantes s'effectuera sur une base volontaire. Vous êtes libres de vous retirer de l'étude en tout temps, sans préjudice, ni conséquence sur votre pratique professionnelle. Pour ce faire, vous pourrez aviser verbalement le chercheur principal au numéro inscrit au début de ce document.

Confidentialité :

Pour assurer votre confidentialité, un pseudonyme sera utilisé pour toute la durée du projet de recherche. Tous les renseignements obtenus au moyen d'une bande magnétique seront tenus strictement confidentiels et détruits après l'approbation finale du mémoire de maîtrise. Seules la chercheuse principale et sa directrice de mémoire auront accès à ces bandes lors de l'analyse des données.

Questions sur l'étude :

Si vous avez des questions concernant cette étude, vous pouvez contacter en tout temps la chercheuse principale.

Éthique :

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se dérouleront votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la

responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la Santé de l'Université de Montréal, Madame Jocelyne St-Arnaud (téléphone (514) 343-7619). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université de Montréal, Madame Marie-Josée Rivest (téléphone (514) 343-2100).

Appendice D

Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude :

La signification de la qualité de vie au travail d'infirmières oeuvrant en milieu clinique.

Chercheure responsable et collaboratrice :

Julie Gascon, Inf., B.Sc.

Chantal Cara, Inf., Ph.D. (Directrice de mémoire)

Je, (nom en lettres moulées de la participante).....
 déclare avoir pris connaissance des renseignements ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec (nom de l'investigateur en lettres moulées).....
 et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question. Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du sujet..... Date.....

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

Signature de l'investigateur..... Date.....

Témoin autre qu'un individu associé au projet:

(nom en lettres moulées).....

Signature du témoin.....Date.....

Appendice E

Questionnaire socio-démographique

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Vous devez fournir une courte réponse écrite aux questions suivantes. Les renseignements obtenus demeurent confidentiels.

- Âge : _____
- Genre : _____

- Formation académique : _____
 - Niveau : _____
 - Spécialité : _____

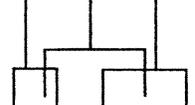
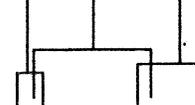
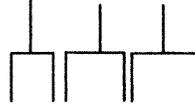
- Nombre d'années d'expérience en général : _____

- Employeur : _____
 - Quart de travail : _____
 - Statut d'emploi : _____
 - Spécialité : _____
 - Nombre d'années d'expérience : _____

Appendice F
Guide d'entrevue

Appendice G

Entrevue de Barbara

<p>La qualité de vie au travail, ça signifie que notre milieu de travail est un endroit où l'on peut s'actualiser, ce qui veut dire qu'on est un sujet à travers le travail qu'on fait, on est pas juste un acteur qui performe les tâches mais on donne vraiment toute notre dimension d'un être humain. Alors pour moi, pour réussir à avoir une qualité de vie au travail, je dois sentir qu'il y a du soutien de la part de la direction puis qu'on nous donne aussi des chances de pouvoir s'actualiser. Pour moi, ici à l'XXX, c'est un endroit où l'on nous donne une chance vraiment de s'actualiser parce qu'on nous encourage à étudier, on facilite aussi la prise des cours.</p> <p>L'actualisation, c'est vraiment de se sentir reconnue puis de sentir aussi qu'on peut continuer à étudier. Le fait qu'on soit tout près de l'Université de Montréal, ça représente beaucoup pour moi. Parce que c'est un endroit où on peut se dire bon (...) peut-être que j'aurais une chance de faire une maîtrise, même un doctorat. Alors, ça nous donne (...), c'est vraiment comme un lieu d'appartenance où on peut réaliser notre potentiel. Alors, c'est ça pour moi qui est le plus important à l'heure actuelle.</p> <p>Reconnue en tant qu'être humain qui a des besoins aussi et puis qui doit pas s'épuiser dans un milieu de travail. L'épuisement est un élément important parce que moi je me dis, c'est vraiment gâcher des années de sa vie parce que pour moi, j'aime ça vraiment développer mon potentiel (...) puis si je devais m'épuiser dans un milieu de travail, ça mettrait fin à tout ça (pause). Alors, c'est ce qu'on respecte ici vraiment je pense (...) qu'on puisse travailler peut-être plus dans la joie, ce qui représente une forme de qualité de vie au travail.</p> <p>Je pense que le fait d'avoir du temps pour parler avec les patients, ça c'est vraiment une grande, grande source d'énergie. Si je pouvais pas le retrouver dans mon milieu de travail, je pense que je devrais démissionner parce que c'est ce qui a de plus important. Puis, si je pense qu'on considère quand même le fait, je pense que même si on a beaucoup de travail, on a quand même une structure intéressante où on peut faire beaucoup d'enseignement, puis on a une chance d'être avec des patients sans avoir juste à faire des tâches.</p>	 <p>Importance d'avoir un milieu de travail où l'on peut s'actualiser dans toutes ses dimensions pour améliorer sa QVT.</p> <p>Importance d'avoir du soutien de la part de la direction.</p> <p>Importance d'avoir un milieu de travail qui encourage l'actualisation, surtout au niveau de la formation.</p> <p>Perception que l'actualisation contribue à se sentir reconnue grâce à la formation.</p> <p>Importance de la proximité de l'université comme lieu de formation.</p> <p>Perception que l'université représente un lieu d'appartenance où l'inf. peut réaliser son potentiel.</p> <p>Importance de reconnaître les besoins de l'inf. en tant qu'être humain.</p> <p>Importance de ne pas s'épuiser au travail afin de développer son potentiel.</p> <p>Perception qu'un milieu de travail empreint de respect et de joie favorise la QVT.</p> 
 <p>Perception que le fait d'avoir du temps pour parler aux patients représente une grande source d'énergie pour l'inf.</p> <p>Importance d'avoir du temps pour parler aux patients, ce qui amène l'inf. à demeurer dans le milieu de travail.</p> <p>Perception que la structure du milieu de travail permet de faire de l'enseignement et d'être avec les patients, sans avoir seulement à réaliser des « tâches ».</p>	

<p>De toute façon, on peut pas passer à côté de l'enseignement, c'est vraiment l'objectif... S'il veut sortir pour une fin de semaine, il doit apprendre avant à faire des cathétérismes, alors on peut utiliser ces temps-là pour avoir un bon contact.</p> <p>C'est vraiment avoir le temps de faire de la relation d'aide, se sentir vraiment utile (...) envers le patient et pour l'équipe en plus, mais c'est surtout pour le patient au départ parce qu'on a quand même l'impression de contribuer à la réalisation de leur potentiel. Je pense que c'est ce qu'il y a de plus fondamental le sentiment de se réaliser et de permettre à une autre personne de se réaliser.</p> <p>En les voyant réaliser leur potentiel par des efforts, ça nous encourage aussi, on reçoit comme des leçons de vie par eux parce que s'ils arrivent eux avec tous les efforts, nous aussi on devrait y arriver, ça va vraiment dans les deux sens. Pour moi, je dis on fait de l'enseignement aux patients mais eux, ils nous enseignent les choses les plus fondamentales de l'existence. C'est vraiment un échange. C'est pour ça moi que c'est une très grande qualité de vie parce qu'on reçoit peut-être ce qu'on ne pourrait pas recevoir dans la société (...), des choses vraiment à la source de l'être humain, des besoins vraiment fondamentaux. Alors, pour moi (...) c'est ce côté profond-là qui m'intéresse et me permet d'avoir une qualité de vie au travail.</p> <p>Disons qu'à tous les jours vraiment que je pourrais avoir des exemples à donner, y'a jamais de journée qui est vide... Pour moi, si un patient qui termine sa réadaptation et tout semble bien aller, pour moi c'est ça que ça représente une qualité de vie. Il a réalisé ce qu'il pouvait, et puis c'est comme si... Quand je te parlais tout à l'heure de la reconnaissance, c'est dans ce sens-là aussi parce qu'on peut reconnaître aussi, on a pas besoin d'une autre personne pour reconnaître ce qu'on a fait, on peut voir vraiment que la personne a pu avancer et puis ça ça nous donne ce sentiment de bien-être et de qualité. Sentiment de bien-être... sentiment de retrouver de l'énergie dans son travail. Pour moi la notion d'énergie est vraiment fondamentale puis vraiment présente tout le temps avec les patients.</p>	<p>Perception que l'enseignement est un objectif essentiel du travail infirmier qui permet d'avoir un bon contact avec la clientèle.</p> <p>Perception qu'avoir du temps pour faire de la relation d'aide auprès des patients et de l'équipe contribue à favoriser la QVT.</p> <p>Importance de se réaliser comme inf. en plus de contribuer à la réalisation du potentiel de l'ind.</p> <p>Perception que la réalisation du potentiel de l'ind., par des efforts, représente une leçon de vie pour l'inf.</p> <p>Perception que l'enseignement à la clientèle est un échange entre l'ind. et l'inf. sur des choses fondamentales de l'existence.</p> <p>Perception que l'enseignement à la clientèle permet d'avoir une QVT en comblant les besoins fondamentaux de l'inf. qui peuvent ne pas être satisfaits dans la société.</p> <p>Perception qu'avoir jamais de « journée vide » contribue à promouvoir la QVT.</p> <p>Perception que la QVT est tributaire de la capacité des ind. à réaliser leur potentiel.</p> <p>Perception que l'inf. n'a pas besoin d'une autre personne pour reconnaître son travail.</p> <p>Perception que la reconnaissance se traduit par la réalisation du potentiel de l'ind., ce qui procure un sentiment de bien-être et de qualité.</p> <p>Perception que le sentiment de bien-être est le sentiment de retrouver de l'énergie dans son travail.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Même si on a eu une journée où on a été très très occupés, je pense que c'est les journées les plus gratifiantes. C'est pour ça pour moi que la **qualité de vie au travail**, ça rien à faire avec le fait d'avoir couru toute la journée, ça rien à faire avec la charge de travail. C'est plutôt une question de comment le contact a été fait, puis comment la personne a (...), les patients sont moralement (...), puis c'est ça pour moi qui est vraiment une qualité de vie.

Au niveau de l'organisation, pour assurer une qualité de vie (...) on nous donne quand même beaucoup de soutien quand on voit qu'on est surchargés sur les étages, souvent même la directrice des soins est venue nous aider puis on se sent beaucoup soutenue par la clinicienne aussi. Les autres professionnels de la santé, je veux dire pour moi, personnellement, jusqu'à date ça été plutôt un fardeau, comme tsé, on essaie de faire notre travail puis on a toujours un autre intervenant qui vont venir nous poser des questions puis interrompre notre travail. Mais, je veux pas que ça en demeure là, tu vois, je veux dépasser ça puis en arriver vraiment à une plus grande collaboration avec eux. C'est pas facile pour l'instant, c'est comme si on était un petit peu plus divisés. Souvent, l'équipe multi, ça serait un facteur qui pourrait nuire mais on peut toujours l'empêcher que ça nuise aussi.

Je trouve que j'ai une excellente qualité de vie au travail parce que je suis dans un endroit qui est stimulant, on veut toujours apprendre davantage pour pouvoir répondre aux besoins des familles.

Importance de la notion d'énergie (omniprésente avec la clientèle).

Perception qu'une lourde charge de travail contribue à favoriser la gratification.

Perception que la QVT n'est pas tributaire de la charge de travail mais plutôt de la qualité des contacts avec la clientèle.

Importance du soutien des supérieurs (directrice et clinicienne) pour favoriser la QVT.

Perception que les autres professionnels de la santé représentent un fardeau dans l'organisation de son travail.

Importance de trouver des solutions pour en arriver à avoir une plus grande collaboration avec l'équipe multidisciplinaire.

Importance d'avoir un env. de travail stimulant qui encourage l'inf. à apprendre davantage afin de répondre aux besoins des familles.

Appendice H
Certificat d'éthique

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

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : « Signification de la qualité de vie au travail d'infirmières œuvrant en milieu clinique ».

Sous la direction de : Chantal Cara

À la réunion du 21 août 2000, cinq membres du CERSS étaient présents. Ce sont : la présidente du comité, le représentant de l'École d'optométrie, l'experte en droit, la représentante des étudiants, et le représentant du public.

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

Ce certificat est émis pour la période du : 19 septembre 2000 au 19 septembre 2001.



Jocelyne St-Arnaud, Ph.D.
Présidente, CERSS
Faculté des sciences infirmières
Tél.: (514) 343-7619

Le 19 septembre 2000.

Appendice I

Données socio-démographiques sur chacune des participantes

Données socio-démographiques sur chacune des participantes

PARTICIPANTES (pseudonymes)	Âge	Genre	Formation Académique	Nombre d'années comme infirmière	Quart de travail	Statut d'emploi	Milieu clinique	Spécialité	Nombre d'années dans cette spécialité
# 1 : Annabelle	27 ans	F	B.Sc. Sciences infirmières	6 ans	Soir	Temps complet	Centre hospitalier	Urgence	6 ans
# 2 : Véronique	52 ans	F	Bacc. Par cumul de certificats M.Sc. sciences infirmières en cours	23 ans	Jour	Temps partiel	Centre de réadaptation	AVC et DMC	<6 mois
# 3 : Caroline	37 ans	F	B.Sc. Sciences Infirmières	17 ans	Jour	Temps complet	Centre d'accueil CLSC	Personnes âgées Soins à domicile	6ans 2 ans
# 4 : Florence	46 ans	F	B.Sc. Sciences	25 ans	Jour	Temps complet	Centre hospitalier	Pneumologie et CCVT	10 ans
# 5 : Barbara	48 ans	F	Bacc. Par cumul de certificats en voie d'obtention Bacc.	3 ans	Jour	Temps complet	Centre de réadaptation	Blessés médullaires	2 ans
Moyenne	42 ans	F		15 ans					5 ans

Note. F=féminin. M=masculin. B.Sc.=baccalauréat ès sciences. Bacc.=baccalauréat. M.Sc.=maîtrise ès sciences.

Appendice J

Sous-thèmes pour chacune des participantes

Sous-thèmes pour chacune des participantes

Sous-thèmes	Participants					Fréquence	Total
	1	2	3	4	5		
Reconnaissance	10	3	3	5	4	5	25
Soutien des pairs, des supérieurs et de l'équipe multidisciplinaire	10	1	1	8	3	5	23
Responsabilités	9	2	1	7	4	5	19
Salubrité de l'environnement de travail	5	8	3	2	1	5	19
Actualisation	3	2	1	2	10	5	18
Énergie	4		4	2	4	4	16
Ressources humaines et matérielles suffisantes	7	5	2	2		4	16
Convention collective	8	2	2	4		4	16
Temps suffisant pour compléter le travail	5	2		5	3	4	16
Capacité du milieu à résoudre des problèmes	8		4	2	1	4	15
Communication	4	3	5	1	1	5	14
Bien-être psychologique	5		4	2	3	4	14
Équilibre	8	1	3	2		4	14
Relation d'aide client et famille	3		4		7	3	14

Sous-thèmes pour chacune des participantes (suite)

Sous-thèmes	Participants					Fréquence	Total
	1	2	3	4	5		
Formation continue	4	1	2	2	4	5	13
Charge de travail adaptée	7		1	3	2	4	13
Satisfaction au travail	8	1	1		1	4	11
Engagement	3	2		6		3	11
Enseignement à la clientèle	1			1	4	3	6
	3			1	1	3	5
Appartenance au groupe							

Appendice K

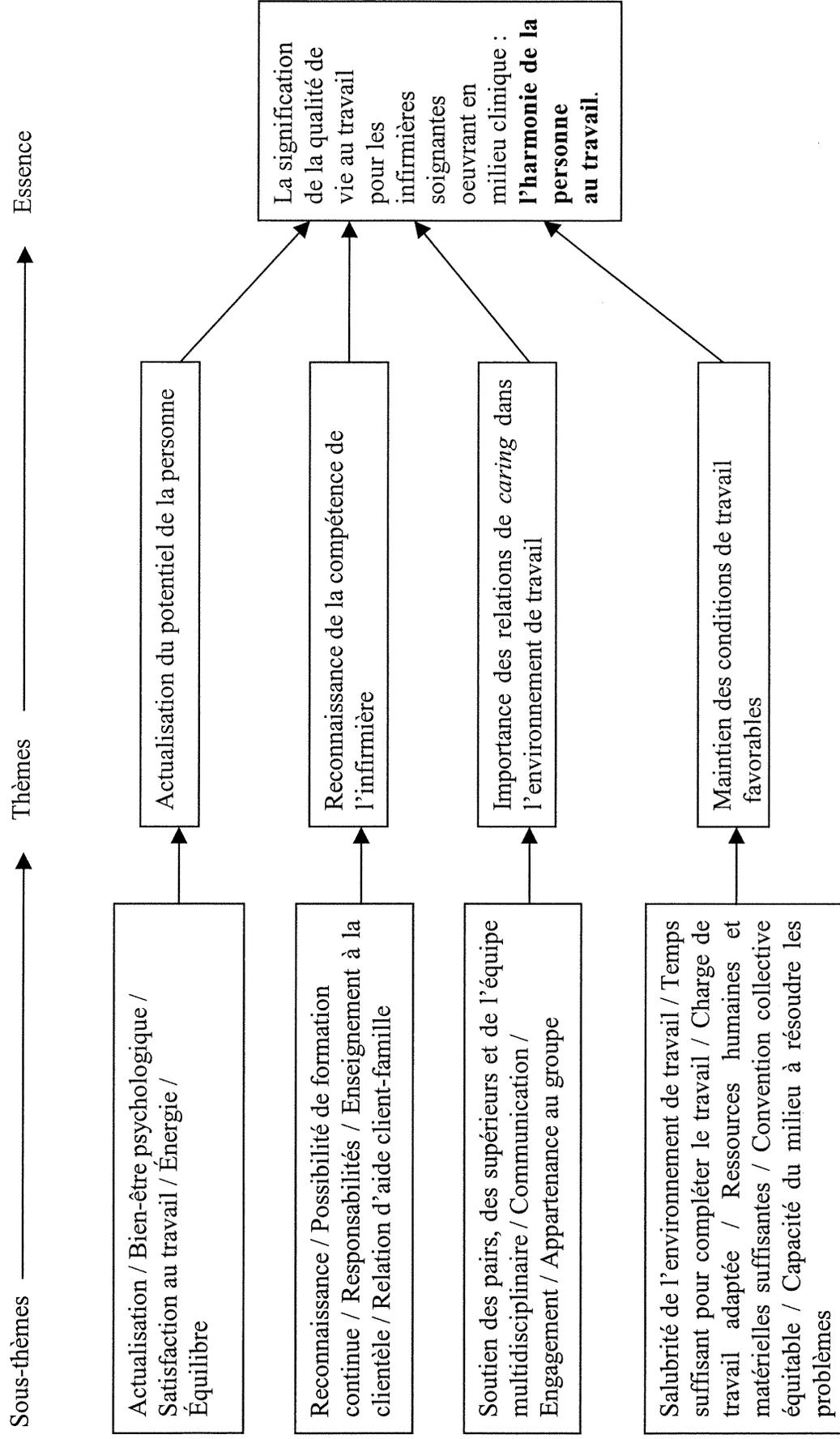
Thèmes et sous-thèmes pour l'ensemble des participantes

Thèmes et sous-thèmes pour l'ensemble des participantes

Thèmes	Sous-thèmes
Actualisation du potentiel de la personne	Actualisation / Bien-être psychologique / Satisfaction au travail / Équilibre / Énergie /
Reconnaissance de la compétence de l'infirmière	Reconnaissance / Formation continue / Responsabilités / Enseignement à la clientèle / Relation d'aide client-famille
Importance des relations de <i>caring</i> dans l'environnement de travail	Soutien des pairs, des supérieurs et de l'équipe multidisciplinaire / Communication / Engagement / Appartenance au groupe
Maintien des conditions de travail favorables	Salubrité de l'environnement de travail / Temps suffisant pour compléter le travail / Charge de travail adaptée / Ressources humaines et matérielles suffisantes / Convention collective / Capacité du milieu à résoudre des problèmes

Appendice L

Exemple du processus d'analyse phénoménologique



Exemple du processus d'analyse phénoménologique