

Université de Montréal

La signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécu par  
des infirmières en centre hospitalier.

Par

Manon Bougie

Faculté des sciences infirmières

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

AVRIL 2007

© Manon Bougie, 2007



WY

5

U58

2007

v. 011

Direction des bibliothèques

## AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

## NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

La signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécu par  
des infirmières en centre hospitalier.

Présenté par :

Manon Bougie

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Gagnon, inf., Ph.D., Présidente rapporteur

Chantal Cara, inf., Ph.D., Directrice de recherche

Louis Bolduc, inf., M.Sc., Membre du jury

Mémoire accepté le 31 mai 2007



**LE SOMMAIRE**

Les infirmières soignantes occupent une place cruciale dans le fonctionnement du système de santé québécois. Depuis le milieu des années 90, les services de soins de santé font face à une restructuration du réseau de la santé qui a provoqué une grave pénurie de main-d'œuvre infirmière. Cette pénurie entraîne systématiquement la sollicitation au temps supplémentaire (TS) chez les infirmières. L'utilisation du Code de déontologie (OIIQ, 2003) permet aux gestionnaires d'obliger les infirmières à effectuer le TS. Le temps supplémentaire obligatoire (TSO) est un phénomène qui sévit depuis déjà quelques années et ce, à l'échelle régionale, provinciale, nationale et internationale. Le Code contient deux propositions contradictoires concernant le temps supplémentaire obligatoire (TSO) : l'une « on ne peut laisser le patient sans relève compétente » et l'autre, « on ne doit pas travailler si on est fatiguée ». Les infirmières se sentent donc « prises au piège ».

Afin de décrire et comprendre l'expérience d'être forcé au temps supplémentaire, l'étudiante-chercheure a mené une étude de type phénoménologique auprès de cinq infirmières ayant vécu ce phénomène au moins trois fois, en s'inspirant de la philosophie du *caring* comme toile de fond (Watson, 1985, 1988, 1999, 2006). Le but de la recherche consistait à décrire et comprendre la signification, selon leurs propres perceptions, du temps supplémentaire obligatoire, tel que vécu par des infirmières œuvrant en centre hospitalier. L'analyse des *verbatim*, selon les étapes de Giorgi (1997), a fait émerger 34 sous-thèmes et les sept thèmes suivants : a) l'insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO, b) l'emprise associée aux enjeux de pouvoir en dépit du Code de déontologie, c) la détresse psychologique provoquée par la contrainte du TSO, d) le déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale, e) la perturbation des valeurs de *caring* et du climat de travail associée au processus de TSO, f) les stratégies d'adaptation au phénomène de TSO et enfin, g) le regard positif à l'expérience de TSO. Somme toute, de ces thèmes a émergé l'essence suivante : **le déchirement entre le *caring* pour soi-même, les patients, les collègues et l'organisation**. En d'autres mots, le déchirement représente la souffrance vécue de ne

pas pouvoir accomplir son travail selon son idéal moral. Ce déchirement naît de l'empêchement d'accomplir l'exercice infirmier avec compétence et selon ses valeurs, de même que du sentiment de ne pouvoir s'épanouir dans sa profession.

Bien que certains résultats corroborent les propos identifiés dans plusieurs écrits scientifiques, l'essence du phénomène, quant à lui, demeure une contribution innovatrice au sein de la discipline infirmière. Enfin, des pistes de solution novatrices dégagées de cette étude seront présentées de même que des recommandations au niveau de la recherche infirmière.

Mots clés : *caring*, phénoménologie, pénurie, temps supplémentaire, temps supplémentaire obligatoire, environnement de travail, déchirement, souffrance

.

**THE SUMMARY**

Bedside nurses play a crucial role in the operation of the Quebec healthcare system. Since the mid-1990s, healthcare services have faced a restructuring of the healthcare network, which has caused a serious shortage of nursing staff. This shortage means that nurses are regularly asked to work overtime (OT). The Code of Ethics (OIIQ, 2003) allows administrators to force nurses to work OT. Mandatory overtime (MO) is a phenomenon that has been rampant in the last few years at the regional, provincial, national and international levels. The Code contains two contradictory provisions on mandatory overtime: one states that “the patient cannot be left without a competent caregiver” and the other states that “one should not work if one is tired”. Therefore, nurses feel that they are “caught in the middle.”

In order to describe and understand the experience of being forced to work overtime, a student researcher carried out a phenomenological study of five nurses who had been forced to work overtime on at least three occasions, using as a disciplinary perspective, Watson’s (1985, 1988, 1999, 2006) caring philosophy. The purpose of the study was to describe and understand the significance, according to their own perceptions, of mandatory overtime as experienced by nurses working in a hospital environment. Analysis of the nurses’ *verbatim*, using the Giorgi steps approach (1997), revealed 34 secondary themes and the seven following main themes: a) dissatisfaction with the administrative process that makes MO necessary; b) the impact of power issues, notwithstanding the Code of Ethics; c) psychological stress caused by the imposition of MO; d) lack of balance among the personal, professional, family and social spheres; e) a disruption of caring values and the work environment associated with MO; f) strategies for adapting to the MO phenomenon; and g) a positive outlook towards the experience of MO. Ultimately, from these themes emerged the following essential motif: **being torn among caring for oneself, patients, co-workers and the organization**. The feeling of being torn reflects the suffering experienced by being unable to perform one’s work in accordance with one’s moral ideal. This sense of being torn arises from being

hindered from practicing the nursing profession with competence and in accordance with one's values, and from feeling unable to find fulfillment in one's profession.

Although some of the results corroborate the comments found in the available literature, this study's essence is an innovative contribution to the nursing discipline. In addition, some innovative solutions arising out of this study will be presented, along with recommendations for nursing research.

Key words or concepts: caring, phenomenology, shortage, overtime, mandatory overtime, work environment, being torn, suffering.

## TABLE DES MATIÈRES

|   |     |
|---|-----|
| <b>LE SOMMAIRE.....</b>   | II  |
| <b>THE SUMMARY.....</b>   | V   |
| <b>REMERCIEMENTS.....</b>   | X   |
| <b>CHAPITRE I – LE PHÉNOMÈNE À L'ÉTUDE.....</b>   | 1   |
| LE BUT DE L'ÉTUDE.....  | 9   |
| QUESTION DE RECHERCHE.....  | 9   |
| <b>CHAPITRE II – LA RECENSION DES ÉCRITS.....</b>   | 10  |
| PÉNURIE INFIRMIÈRE AU QUÉBEC.....   | 11  |
| <i>Contexte actuel.....</i>   | 11  |
| <i>Environnement de travail optimal.....</i>  | 14  |
| LE TEMPS SUPPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE DANS UN CONTEXTE DE PÉNURIE                                 | 21  |
| <i>Données statistiques sur le temps supplémentaire obligatoire.....</i>                        | 22  |
| <i>Obligations déontologiques de l'infirmière.....</i>  | 24  |
| <i>Impact du temps supplémentaire obligatoire sur l'infirmière et sa pratique clinique.....</i> | 28  |
| LA PHILOSOPHIE DU <i>CARING</i> DE WATSON.....  | 35  |
| <i>La vision de la personne.....</i>  | 36  |
| <i>La vision de l'environnement.....</i>  | 37  |
| <i>La vision de la santé.....</i>   | 37  |
| <i>La vision du soin.....</i>   | 38  |
| <b>CHAPITRE III – LA MÉTHODE.....</b>   | 44  |
| LA PERTINENCE DE LA MÉTHODE PHÉNOMÉNOLOGIQUE.....   | 45  |
| LA PHILOSOPHIE PHÉNOMÉNOLOGIQUE.....  | 46  |
| LE MILIEU.....  | 50  |
| LA POPULATION.....  | 50  |
| L'ÉCHANTILLON.....  | 50  |
| LES CRITÈRES DE SÉLECTION.....  | 51  |
| LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES.....   | 51  |
| LE DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....  | 52  |
| L'ANALYSE DES DONNÉES.....  | 53  |
| LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....  | 55  |
| LA RIGUEUR DE L'ÉTUDE.....  | 56  |
| <b>CHAPITRE IV – L'ARTICLE POUR PUBLICATION.....</b>  | 58  |
| <b>CHAPITRE V – LA DISCUSSION DES RÉSULTATS.....</b>  | 106 |
| PRÉSENTATION DE L'ESSENCE, DES THÈMES ET DES SOUS-THÈMES  | 107 |
| L'ESSENCE DU PHÉNOMÈNE  | 107 |
| INSATISFACTION LIÉE AU PROCESSUS ADMINISTRATIF MENANT AU TSO.....                               | 113 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Délégation limitée de tâches au personnel de soutien lors d'un manque de personnel infirmier</i> .....                     | 114 |
| <i>Colère associée à la contrainte du TSO</i> .....   | 115 |
| <i>Faible prise en compte de l'acuité des soins et de la charge de travail par les administrateurs au moment du TSO</i> ..... | 115 |
| <i>Processus décisionnel rigide lors de TSO provoquant la perception d'un manque de reconnaissance</i> .....                  | 116 |
| <i>Impression d'iniquité reliée au processus administratif de TSO</i> .....   | 118 |
| EMPRISE ASSOCIÉE AUX ENJEUX DE POUVOIR EN DÉPIT DU CODE DE DÉONTOLOGIE.....   | 119 |
| <i>Perte de contrôle envahissante</i> .....   | 119 |
| <i>Irrespect ressenti lors de l'annonce du TSO</i> .....  | 120 |
| <i>Oppression associée aux enjeux de pouvoir</i> .....  | 121 |
| <i>Injustice ressentie lors de l'attribution de TSO</i> .....   | 123 |
| <i>Perte de liberté individuelle associée au sentiment d'emprisonnement</i> .....   | 124 |
| <i>Absence de pouvoir décisionnel de l'infirmière malgré le Code de déontologie</i> .....                                     | 125 |
| DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE PROVOQUÉE PAR LA CONTRAINTE DU TSO.....  | 126 |
| <i>Frustration persistante ressentie pendant le TSO</i> .....   | 127 |
| <i>Fatigue psychologique reliée au TSO à long terme</i> .....   | 128 |
| <i>Culpabilité ressentie envers les membres de l'équipe lors du refus de TSO</i> .....  | 129 |
| <i>Tristesse ressentie lors du TSO</i> .....  | 130 |
| DÉSÉQUILIBRE DES SPHÈRES PERSONNELLE, PROFESSIONNELLE, FAMILIALE ET SOCIALE.....  | 130 |
| <i>Impact sur la qualité de vie personnelle et professionnelle</i> .....  | 131 |
| <i>Désorganisation personnelle et professionnelle découlant de l'imprévisibilité du TSO</i> ....                              | 132 |
| <i>Fatigue physique incommodante</i> .....  | 133 |
| <i>Répercussion préjudiciable du TSO sur la vie familiale</i> .....   | 135 |
| <i>Incapacité à répondre aux obligations sociales</i> .....   | 136 |
| PERTURBATION DES VALEURS DE CARING ET DU CLIMAT DE TRAVAIL ASSOCIÉE AU PROCESSUS DE TSO.....                                  | 136 |
| <i>Manque de considération des pairs envers les personnes forcées au temps supplémentaire</i> .....                           | 137 |
| <i>Effets nocifs du TSO sur le climat de travail de l'équipe</i> .....  | 138 |
| <i>Perte de sens au travail</i> .....   | 139 |
| <i>Soins aux patients centrés sur la tâche comme conséquence du TSO</i> .....   | 140 |
| STRATÉGIES D'ADAPTATION AU PHÉNOMÈNE DE TSO.....  | 141 |
| <i>Imputabilité envers les patients</i> .....   | 142 |
| <i>Négociation et organisation du nombre d'heures de travail suite à l'imposition du TSO..</i>                                | 143 |
| <i>Engagement envers l'équipe de soins et l'administrateur</i> .....  | 144 |
| <i>Absentéisme au travail comme alternative pour contrer le phénomène de TSO</i> .....  | 144 |
| <i>Exode de la profession comme alternative au TSO</i> .....  | 145 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Éducation comme alternative pour contrer le phénomène de TSO</i> .....   | 146 |
| REGARD POSITIF À L'EXPÉRIENCE DE TSO.....   | 147 |
| <i>Choix de la profession par l'infirmière novice en dépit de la connaissance du phénomène de pénurie et de TSO</i> ..... | 148 |
| <i>Amour pour le travail en dépit du TSO</i> .....  | 148 |
| <i>Persistance des valeurs personnelles et professionnelles en dépit du TSO</i> .....                                     | 149 |
| <i>Avantages divers</i> .....   | 150 |
| <i>Impact mitigé du TSO sur la qualité de vie personnelle et professionnelle</i> .....                                    | 152 |
| LES LIMITES .....   | 153 |
| LES RECOMMANDATIONS .....   | 154 |
| <i>Les recommandations pour la pratique et la gestion des soins infirmiers</i> .....                                      | 154 |
| <i>Les recommandations pour la recherche en soins infirmiers</i> .....  | 158 |
| <b>LA CONCLUSION</b> .....  | 160 |
| <b>LES RÉFÉRENCES</b> .....   | 164 |
| <br>  |     |
| ANNEXE A - LES HUIT DIMENSIONS FAVORISANT UN ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE TRAVAIL OPTIMAL.....                           | 182 |
| ANNEXE B - DIX PROCESSUS DE « CARITAS CLINIQUE ».....   | 184 |
| ANNEXE C - BRAKETING DE L'ÉTUDIANTE-CHERCHEURE SUR LE PHÉNOMÈNE ÉTUDIÉ.....   | 187 |
| ANNEXE D - RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTES.....  | 192 |
| ANNEXE E - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....  | 197 |
| ANNEXE F - QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE.....   | 199 |
| ANNEXE G - GUIDE D'ENTREVUE.....  | 201 |
| ANNEXE H – COURRIEL DESTINÉ AU RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES.....   | 203 |
| ANNEXE I – CERTIFICAT D'ÉTHIQUE.....  | 206 |
| ANNEXE J – DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES .....  | 209 |
| ANNEXE K – TABLEAU DES FRÉQUENCES.....  | 212 |
| ANNEXE L – EXEMPLE DE VERBATIM.....   | 217 |
| ANNEXE M – EXEMPLE D'UNITÉS DE SIGNIFICATION – ENTREVUE FRÉDÉRIQUE.....   | 219 |
| ANNEXE N – LIGNES DIRECTRICES DE LA REVUE INFIRMIÈRE CANADIENNE.....  | 221 |

*Liste des figures et des tableaux*

|  |     |
|--|-----|
| FIGURE 1 PROCESSUS DE L'ANALYSE EN PHÉNOMÉNOLOGIE.....       | 53  |
| TABLEAU 1 PROFIL DES PARTICIPANTES .....                     | 68  |
| TABLEAU 2 SYNTHÈSE DES FRÉQUENCES .....                      | 108 |
| TABLEAU 3 SHÉMA DU PROCESSUS D'ANALYSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE..... | 110 |

### *Remerciements*

Tout d'abord, je voudrais remercier chaleureusement ma directrice de mémoire de maîtrise, Dre Chantal Cara. Son assistance, ses conseils, son appui et son temps précieux ont contribué à la réussite de ce mémoire.

Merci aux membres du comité d'approbation et du jury, Monsieur Louis Bolduc, Dre Louise Gagnon, Dr Alain Legault, pour leurs précieux commentaires qui ont permis d'améliorer la qualité de cette recherche.

Un merci tout spécial aux cinq participantes, qui ont accepté de collaborer à cette étude et m'ont ainsi aidée à comprendre la signification du phénomène du temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières.

Je désire exprimer toute ma gratitude à l'ORIIM/L (Ordre Régional des Infirmières et Infirmiers de Montréal/Laval) et au centre FERASI (Formation et Expertise en Recherche en Administration des Services Infirmiers) pour les bourses octroyées. Ces bourses ont permis d'accroître la recherche et le transfert des connaissances dans le domaine de l'administration des services infirmiers, en particulier en ce qui concerne le phénomène de temps supplémentaire obligatoire.

Je désire également remercier Jocelyne Lamarche, patronne et amie, pour son soutien au cours de la rédaction de ce mémoire.

Finalement, je souhaite remercier ma famille pour leurs encouragements. Un merci tout particulier à mon conjoint Vianney et à mes enfants Dominic, Annick, Sarah-Ève et Gabrielle. Je tiens également à remercier ma mère, Rachel, sans son soutien absolu, ce mémoire de maîtrise n'aurait pu voir le jour.

**CHAPITRE I**  
**LE PHÉNOMÈNE À L'ÉTUDE**

Depuis le milieu des années 90, les services de soins de santé font face à une restructuration du réseau de la santé qui a entraîné une grave pénurie de main-d'œuvre infirmière. Des études récentes (Blythe, Baumann, O'Brien-Pallas, & Butt, 2002; M.S.S.S., 2001; Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand-Leclerc, 2002) soulignent les éléments principaux ayant contribué à ce phénomène de pénurie au Québec: la transformation trop rapide du réseau, la fermeture et les fusions des hôpitaux, les compressions budgétaires, les départs massifs à la retraite d'infirmières d'expérience et, simultanément, un contingentement dans les maisons d'enseignement limitant l'accès à la profession. Toutefois, les défis que doivent relever les infirmières, défis liés à la pénurie, ne sont pas propres au Québec. Plusieurs écrits ont confirmé l'existence de ces problèmes à l'échelle internationale (Aiken, Clarke, Sochalski, Busse, Clarke, Giovannetti, Hunt, Rafferty, & Shamian, 2001; Baumann, O'Brien-Pallas, Armstrong-Stassen, Blythe, Bourbonnais, Cameron, Irvine Doran, Kerr, Mc Gillis Hall, Zina, Butt, & Ryan, 2001; Duffield & O'Brien-Pallas, 2002).

La situation qui prévaut, en ce moment, rend le contexte encore plus fragilisant pour le système de santé québécois et pour l'ensemble des infirmières y travaillant. En effet, la pénurie d'effectifs entraîne systématiquement la sollicitation au temps supplémentaire (TS) chez les infirmières. Dans son rapport du forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmières, le Ministère de la santé et services sociaux (M.S.S.S., 2001) mentionne une augmentation considérable du temps supplémentaire depuis 1997. En ce sens, il souligne une augmentation de 55 % des heures travaillées en temps supplémentaire en 1997-1998 et de 18,5 % des heures travaillées en temps supplémentaire en 1998-1999. Depuis le MSSS (2005), dans le rapport *Projection de la main d'œuvre infirmières de 2004-2005 à 2019-2020*, le ministère souligne un accroissement global de 156 % entre 1995-1996 et en 2003-2004, ce qui signifie que l'augmentation des heures travaillées par infirmière représente l'équivalent de 3600 emplois. De plus, le MSSS (2005) ajoute que le nombre d'heures supplémentaires a

presque triplé durant la même période. Depuis la publication de ce rapport, aucune statistique récente sur le temps supplémentaire n'est disponible à l'échelle provinciale.

Le M.S.S.S. (2001, 2005) et Valois (2002) constatent l'ampleur du phénomène lorsqu'ils exposent le nombre d'heures travaillées sans cesse croissant. En effet, dans cette série de données fournies par le M.S.S.S. (2001), la région de Montréal se démarque de façon significative par rapport aux 17 autres régions socio sanitaires. De plus, la région de Montréal accuse un déficit d'environ 450 infirmières compte tenu des arrivées et des départs au sein de la profession (Côté, 2002). Bien que les administrateurs privilégient le temps supplémentaire sur une base volontaire, il demeure fréquent que ceux-ci aient recours au temps supplémentaire obligatoire (TSO). Conséquemment, le temps supplémentaire n'est plus seulement une demande, mais une obligation professionnelle d'assurer la présence du personnel requis afin de répondre aux besoins de la clientèle desservie. Afin d'obliger les infirmières à effectuer le temps supplémentaire, les gestionnaires s'appuient sur le Code de déontologie de l'O.I.I.Q. (2003). Ainsi, ce cadre de référence permet de prendre les décisions visant, entre autres, la protection du public. À l'article 43 du Code de déontologie (O.I.I.Q., 2003), il est stipulé que « à moins d'avoir une raison grave, l'infirmière ou l'infirmier qui fournit des soins et traitements à un patient ne peut l'abandonner. » Pourtant, à l'article 16 du Code de déontologie (O.I.I.Q., 2003), on peut lire « ... l'infirmière ou l'infirmier doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'il est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et services. » Les observations de l'étudiante-chercheuse permettent de constater que les infirmières se sentent « prises au piège » puisque, d'une part, elles ne peuvent abandonner les patients à cause du manque de ressources de remplacement et, d'autre part, elles doivent s'abstenir d'exercer leur profession lorsque la fatigue risque de compromettre la qualité des soins. C'est donc un dilemme d'ordre professionnel auquel l'infirmière fait face en ce qui concerne le temps supplémentaire obligatoire.

L'augmentation importante du temps supplémentaire et du temps supplémentaire obligatoire crée un déséquilibre dans les équipes de soins. Effectivement, Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand (2002) affirment que les infirmières doivent faire face à de graves problèmes dans leur environnement de travail, tels que le bris des équipes de travail, l'instauration d'un climat de méfiance entre les infirmières et les gestionnaires, des conditions de travail difficiles, la démobilisation, la déresponsabilisation et l'impuissance. De même, une augmentation du stress et de l'imprévisibilité crée un impact négatif sur la qualité de vie personnelle, familiale et professionnelle (Viens & Lavoie-Tremblay, 2002; Baumann et al., 2001). Caruso, Hitchcock, Dick, Russo et Schmit (2004), Golden et Jorgensen (2002), Trinkoff, Geiger-Brown, Brady, Lipscomb et Muntaner (2006) de même que Lavoie-Tremblay et Viens (2002) indiquent clairement que les problèmes liés au travail des infirmières, y compris le stress, les charges de travail énormes, le nombre élevé d'heures travaillées, les blessures et les mauvais rapports avec d'autres professionnels risquent de nuire à la santé physique et mentale des infirmières.

Quelques auteurs (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Aiken & Patrician, 2000; Bourbonnais, Malenfant, Viens, Vézina, Brisson, Laliberté, & Sarmiento, 2000; Golden & Jorgensen, 2002; Rogers, Hwang, Scott, Aiken, & Dinges, 2004) se sont également intéressés aux risques pour les patients lorsque le temps supplémentaire n'est pas imposé mais que le choix consiste à augmenter les ratios infirmière/patient. L'augmentation des risques de chute et d'erreurs de médicaments ainsi qu'un taux de morbidité et de mortalité accentué sont notés par ces auteurs lorsque les infirmières ont un ratio trop élevé de patients à leur charge.

Par ailleurs, le temps supplémentaire obligatoire entraîne des conséquences non seulement pour le personnel soignant et les patients mais, également, pour l'ensemble des établissements de santé, telles que l'augmentation du nombre de démissions des infirmières d'expérience, la diminution d'expertise et l'augmentation du taux

d'absentéisme (Centre syndical et patronal du Canada, 2002; Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé, 2006; O'Brien-Pallas, Tomblin-Murphy, White, Hayes, Baumann, Higgin, Pringle, Birch, Mc-Gillis-Hall, Kephart, & Wang, 2005). Le M.S.S.S. (2001) ainsi que Santé Canada (2004) proposent les solutions suivantes qui seraient susceptibles, selon eux, d'améliorer la « traversée » de la pénurie : une charge de travail appropriée, un leadership professionnel et un soutien clinique, une formation continue adéquate, un cheminement de carrière, un aménagement du temps de travail, un respect professionnel, une protection contre les blessures et les maladies professionnelles et, enfin, des salaires convenables. En ce sens, l'étudiante-chercheure est d'avis que le temps supplémentaire obligatoire va à l'encontre des facteurs d'amélioration mentionnés par les auteurs.

Karasek et Theorell (1990), Kristensen (1999) et Siegrist (1996, cités dans Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand-Leclerc, 2002), sont d'avis que sept dimensions caractérisent un environnement psychosocial de travail optimum : des demandes adaptées aux capacités des personnes, un niveau d'influence satisfaisant, un soutien social adéquat entre les pairs, les efforts et récompenses, la prévisibilité, un sens au travail et le rapport avec la clientèle. Aussi, Mayrand-Leclerc, Viens, Lavoie-Tremblay et Brabant (2005), ajoute à ces sept dimensions, la dimension esthétique de l'environnement de travail. À la lumière de ces écrits, l'étudiante-chercheure constate que le phénomène de temps supplémentaire obligatoire va à l'encontre de l'environnement de travail optimal cité précédemment.

En ce sens, l'*American Nurses Association (ANA)* mentionne que les résultats de différentes recherches prouvent que le fait d'être reconnues par un programme d'accréditation spécialisée, le *Magnet Accreditation Program*, apporte aux infirmières des « ondes positives » (Mayrand-Leclerc, 2002). De plus, Mayrand-Leclerc rapporte que les hôpitaux magnétisants offrent les services de soutien, d'encadrement ou bien les ressources matérielles nécessaires aux infirmières par le biais d'un environnement de

travail optimal. En outre, Mayrand-Leclerc (2001, 2002) précise quelques éléments qui favorisent un environnement de travail magnétisant soit : a) faire place à la prise de décision, b) mettre l'accent sur la compétence, c) soutenir le développement professionnel, d) favoriser le travail d'équipe, e) affirmer le leadership, f) repenser la compensation, g) clarifier les rôles et les responsabilités, h) préserver la continuité des soins et services et enfin, i) investir dans l'esthétique. Toujours selon Mayrand-Leclerc (2002), les hôpitaux magnétisants américains continuent de mettre l'accent sur la philosophie du *caring*, non seulement pour favoriser la pratique professionnelle de l'infirmière, mais aussi pour améliorer l'ensemble des activités de l'établissement soit celles qui s'adressent aux patients, aux familles et aux employés. Ce souci de *caring* caractérise l'organisation des hôpitaux magnétisants qui, dans un contexte de restructuration, se démarquent des autres hôpitaux non magnétisants, notamment par le fait que les infirmières déclarent vivre moins de stress négatif que dans d'autres établissements, parce qu'elles sont moins sujettes à l'épuisement professionnel et, conséquemment, parce qu'elles estiment avoir une meilleure qualité de vie au travail (Aiken, Havens, & Sloane, 2000; Aiken & Patrician, 2000; Aiken & Upenieks, 2002; Laschinger, Shamian, & Thomson, 2001; Havens, 2001).

En ce sens, Duquette et Cara (2000) révèlent que la santé des infirmières est favorisée par un climat de *caring* au travail. Selon les conclusions d'une recherche phénoménologique menée par Cara (1997), cette auteure reconnaît que les administrateurs peuvent avoir une influence positive ou négative sur le personnel infirmier. En effet, l'auteure souligne que les administrateurs qui adoptent une vision de *caring*, vision permettant le respect de l'unicité de l'infirmière et des patients, favorisent chez les infirmières le fait de percevoir leur environnement de travail de façon positive, offrant ainsi une meilleure qualité des soins. Dans le même ordre d'idées, Duquette et Cara (2000) soulignent les éléments de l'environnement qui privilégient un climat de *caring* : le soutien, le respect, la formation, la confiance, les conditions de travail appropriées, la reconnaissance et la valorisation ainsi que l'information. De tels

éléments favorisent, selon ces auteurs, la santé des infirmières décrite lors de leur étude phénoménologique de la façon suivante : se sentir bien, être sereine, autonome, avoir un équilibre dans les différentes sphères de leur vie, être engagée, capable de relever des défis et avoir de l'espoir. De même, les résultats de l'étude de Duffy (1993) ont démontré empiriquement un lien direct entre les comportements de *caring* du gestionnaire et la satisfaction au travail de l'infirmière. Duquette et Cara (2000) soulignent que les infirmières retrouvent le sens au travail lorsqu'il y a cohérence entre les valeurs de *caring* et celles du milieu de travail. De plus, ils ajoutent que : « l'absence du *caring* conduit rapidement à un sentiment de frustration, de détachement et d'aliénation professionnelle » (Duquette & Cara, 2000, p. 10). À la lumière de ces écrits, l'étudiante-chercheuse est d'avis que « forcer » une infirmière au temps supplémentaire va à l'encontre d'un climat de travail s'appuyant sur les prérogatives du *caring*.

Selon Duquette et Cara (2000), le *caring* « s'appuie sur des croyances et des valeurs qui guident nos attitudes vers l'ouverture, le respect, la présence, l'engagement, la compassion et l'authenticité à l'égard de la personne soignée et de sa famille » (p. 10). Ainsi, le *caring* s'avère une vision humaniste qui transforme notre façon de voir et de faire (Duquette & Cara, 2000). Toutefois, tout comme Watson (1988, 1999), Duquette et Cara (2000) sont d'avis que le *caring* nécessite également la reconnaissance de ses limites et de « prendre soin » de soi-même en tant qu'être humain et en tant qu'infirmière. Actuellement, il semble que l'infirmière qui est forcée de faire du temps supplémentaire accentue la difficulté de prendre soin d'elle-même, ce qui amène un déséquilibre dans sa relation avec les collègues, les gestionnaires et sa famille. De plus, selon l'étudiante-chercheuse, cette situation fait naître un sentiment d'incohérence entre les valeurs de *caring* de l'infirmière et celles du milieu de travail.

Enfin, pour Watson (1985, 1988, 1999) le *caring* correspond à une « relation transpersonnelle » à l'intérieur de laquelle l'infirmière aide l'autre (usager, collègues de travail et/ou gestionnaire) à percevoir sa propre condition de même qu'à partager les

sentiments et les pensées qu'il veut exprimer. Selon quelques auteurs (Cara, 1997; Montgomery, 1993; Nyberg, 1991; Watson, 1985, 1988, 1999), il est nécessaire de développer des relations de *caring* dans l'environnement de travail. Il s'avère donc important d'identifier les perceptions des infirmières en regard du temps supplémentaire obligatoire puisque le système de santé répondant aux besoins complexes de la clientèle desservie, et ce, dans un cadre de haute technologie et de rationalisation des ressources, ne permet pas toujours d'actualiser ses valeurs de *caring*.

Quelques auteurs (Roch & Duquette, 2003; Duquette & Cara, 2000) soutiennent qu'il y a une incompatibilité entre les valeurs économiques associées à la pénurie et celles du *caring*. Ainsi, l'écart entre nos valeurs de *caring* que l'on privilégie et celles que l'on pratique amène de grandes tensions, des frustrations et de la culpabilité chez les infirmières (Roch & Duquette, 2003). Il semble ainsi approprié pour l'étudiante-chercheuse de privilégier la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999) comme toile de fond, puisque la pratique de *caring* pour l'autre, comme pour soi, apparaît tributaire d'un environnement de travail propice au maintien de la promotion de la santé de l'infirmière.

Watson (1988, 1999) soutient que le *caring* demeure essentiel et constitue l'essence même de la contribution infirmière. Pour « être *caring* » avec le patient et sa famille, il importe d'abord de pouvoir « être *caring* » avec soi-même affirme Watson. L'infirmière doit croire en la possibilité de réconcilier l'idéal professionnel avec la réalité et les exigences du travail. À l'inverse, l'infirmière pourrait vivre en permanence avec un sentiment de menace et d'incohérence qui la conduirait assurément à l'épuisement professionnel. L'étudiante-chercheuse croit qu'il peut être difficile pour une infirmière de prendre soin d'elle-même lorsqu'elle vit le temps supplémentaire obligatoire, puisqu'elle n'est plus maîtresse de ses décisions. Il apparaît important de mentionner que, selon l'étude phénoménologique de Cara (1997), une discordance entre les valeurs de l'infirmière et celles de la gestionnaire et du système de santé, entraîne un

impact sur la pratique de *caring* des infirmières soignantes envers le patient. Suite à ces constats, les recherches de l'étudiante-chercheuse lui ont permis de constater que peu d'études scientifiques visent à comprendre le sens que donnent les infirmières au temps supplémentaire obligatoire. En ce sens, la méthode phénoménologique s'avère donc importante pour comprendre ce que vit l'infirmière qui est forcée de faire du temps supplémentaire.

Enfin, en dépit du peu d'écrits scientifiques et des interventions qui se font dans le réseau de la santé, le phénomène de temps supplémentaire obligatoire demeure une priorité à laquelle l'étudiante-chercheuse croit urgent de s'attarder. La philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988), utilisée comme toile de fond, prône une approche existentielle et phénoménologique permettant d'identifier la perception qu'a la personne de sa situation. Watson encourage ainsi cette compréhension du vécu de l'individu dans le langage de l'expérience humaine comme cette compréhension du vécu apparaît à la conscience. En cohérence avec la toile de fond, la méthode de recherche phénoménologique, telle que développée par Giorgi (1979, 1997), est celle qui semble la plus pertinente pour décrire et comprendre les perceptions d'infirmières lorsqu'elles sont forcées au temps supplémentaire.

#### But de l'étude

Le but de cette recherche consiste à décrire et à comprendre la signification, selon leurs propres perceptions, du temps supplémentaire obligatoire, tel que vécu par des infirmières œuvrant en centre hospitalier.

#### Question de recherche

Quelle est la signification de l'expérience du temps supplémentaire obligatoire pour des infirmières œuvrant en centre hospitalier?

**CHAPITRE II**  
**LA RECENSION DES ÉCRITS**

Le chapitre sur la revue des écrits comprend d'abord une description du contexte de la pénurie infirmière au Québec, suivie d'une analyse des principaux écrits entourant la description du phénomène de temps supplémentaire obligatoire. Enfin, la philosophie de *caring* de Watson, utilisée comme toile de fond dans la présente étude, constituent la dernière section de ce chapitre.

### Pénurie infirmière au Québec

Cette section expose premièrement les principaux facteurs liés à la pénurie de main-d'œuvre infirmière. La plus-value d'un environnement de travail optimal sera ensuite analysée en lien avec la pénurie.

#### *Contexte actuel*

Le système de santé connaît en ce moment une crise non seulement financière, mais également au niveau des ressources humaines. Tous les gestionnaires et décideurs du réseau se préoccupent de la main-d'œuvre, particulièrement de celle dédiée aux soins infirmiers. En effet, les infirmières demeurent en nombre insuffisant un peu partout au Québec. Selon l'O.I.I.Q. (2003a), la pénurie d'infirmières sévit déjà depuis près de sept ans et, au début de 2003, on estimait qu'il ne manquait pas moins de 2 000 infirmières au total. Les départs à la retraite se situeront entre environ 1 500 à 2 500 par année au cours de la prochaine décennie, affirme le M.S.S.S. (2005). Malgré les efforts fructueux de promotion des études, l'écart entre l'effectif requis et l'effectif disponible devrait se creuser, si bien qu'en 2009-10 il manquerait près de 4 500 infirmières, près de 9 000 en 2013-14 et autour de 17 000 en 2019-20 (Voyer, 2005). Présentement, la pénurie ne se fait pas encore sentir de façon aussi aiguë dans tous les établissements et dans toutes les régions du Québec. Les régions de l'Outaouais et de Montréal-Centre demeurent les plus touchées, affirme Côté (2002), bien que la Montérégie et Laval connaissent également certains signes de pénurie. Pour renverser la vapeur, le gouvernement du Québec a

doublé, depuis quatre ans, le nombre d'admissions dans les programmes de formation collégiale et universitaire (Côté, 2002). Ces données sont corroborées par le M.S.S.S. (2005) qui ajoute que le taux de réussite du programme de formation en soins infirmiers se situe à 63 % pour les inscriptions au collégial et à 80% pour les inscriptions au baccalauréat initial. Par ailleurs, la situation de pénurie de main d'œuvre infirmière n'est pas unique au Québec. En effet, on observe ce phénomène dans la majorité des pays industrialisés (Aiken et al., 2001; Baumann et al., 2001; Duffield & O'Brien-Pallas, 2002).

La pénurie d'infirmières à laquelle fait face le système de santé menace, d'une part, les soins prodigués aux usagers/familles et, d'autre part, la santé physique et psychologique des infirmières (Blythe et al., 2002; O'Brien-Pallas et al., 2005). Selon Viens, Hamelin-Brabant, Lavoie-Tremblay, et Brabant (2005), plusieurs facteurs contribuent à cette pénurie, soit le vieillissement de la main-d'œuvre infirmière, la restructuration du système de santé, l'absentéisme et le temps supplémentaire. En effet, des résultats de recherches quantitatives (O'Brien-Pallas et al., 2005; O'Brien-Pallas, Thompson, Alksnin, & Bruce, 2001; Shamian, O'Brien-Pallas, Kerr, Koehoorn, Thomson, & Alksnis, 2001) indiquent une corrélation directe entre le nombre d'heures supplémentaires et les congés de maladie chez les infirmières. Dans le même sens, Côté (2002) et la FCRSS (2006) affirment que la pénurie de professionnelles, la surcharge de travail qui y est associée, le recours accru aux heures supplémentaires et aux heures supplémentaires obligatoires augmentent les risques d'épuisement professionnel et accentuent l'absentéisme. Le M.S.S.S. (2001), dans son rapport sur la planification de la main-d'œuvre, de même que Manion (2003) soulignent qu'il est crucial de trouver des solutions afin de faire face à la pénurie présente et future. De plus, le M.S.S.S. (2001) signale que « la situation ne pourra s'améliorer qu'à condition de mettre en place un milieu de travail assurant une réelle qualité de vie, en donnant aux infirmières l'occasion de réaliser leurs aspirations, tant sur les plans professionnel que personnel » (p. 8). En effet, le M.S.S.S. ainsi que la Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de

Santé (2006) mentionnent, parmi les facteurs les plus susceptibles d'améliorer la qualité de vie au travail, une charge de travail appropriée, le leadership professionnel et un soutien clinique, une formation continue adéquate, un cheminement de carrière, un aménagement du temps de travail, un respect professionnel, une protection contre les blessures et les maladies professionnelles ainsi que des salaires convenables. Googin (2003), dans une revue systématique de littérature, explore les solutions face à la pénurie actuelle et future. À partir des résultats obtenus, quatre solutions potentielles sont proposées à savoir : mettre les efforts sur le recrutement et l'attraction des infirmières, améliorer l'image de la profession et supporter la législation afin d'aider à contrer la pénurie. L'auteure souligne l'importance de recruter les jeunes, incluant les hommes et les minorités ethniques. De même, elle mentionne la possibilité d'offrir des bénéfices financiers, des occasions d'avancement dans la carrière, la formation continue, des horaires de travail flexibles et de développer de nouvelles stratégies de rétention.

Ainsi, le contexte actuel exige une forte rationalisation des ressources humaines et financières, des changements rapides des priorités de soins, l'intégration des nouvelles lois et réglementations professionnelles; ce contexte oblige également les infirmières à une adaptation professionnelle sans pareil et ne permet pas toujours d'assurer une qualité de vie au travail satisfaisante. De plus, les exigences de la clientèle, les soins en mode ambulatoire, les changements démographiques et la vulnérabilité de la personne hospitalisée font en sorte que le défi quotidien des infirmières est de taille. Toutefois, la contribution des infirmières s'avère indispensable pour assurer des services humains de qualité dans un contexte d'utilisation optimale des ressources disponibles, affirment Kérouac et ses collaborateurs (1994, 2003). La prochaine section concerne l'environnement de travail optimal.

### *Environnement de travail optimal*

« Le personnel infirmier au Canada vit en surcharge chronique de travail. L'environnement est malsain, ce qui force les personnes à quitter la profession ou à prendre une retraite anticipée. » (O'Brien-Pallas, 2003, p.1). Pour faire face à la pénurie actuelle, O'Brien-Pallas (2003) souligne, lors d'une conférence, que les directions hospitalières doivent réagir rapidement pour améliorer l'environnement et les conditions de travail. Le désillusionnement et la négativité sont contagieux à l'intérieur de l'organisation. Beaucoup d'efforts sont requis par les directions hospitalières pour redonner un sens à la mission et une orientation aux valeurs. Enfin, elle ajoute qu'il s'avère donc urgent de réaménager l'environnement de travail en recrutant davantage d'infirmières, en réduisant les heures supplémentaires et en offrant aux personnels infirmiers un soutien adéquat.

Actuellement, les infirmières doivent faire face à des enjeux de taille dans leur environnement de travail, tels le bris des équipes de travail, l'instauration d'un climat de méfiance, des conditions d'emploi difficiles, la démobilisation, la déresponsabilisation et l'impuissance (Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand-Leclerc, 2002). Selon Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc (2002), Mayrand-Leclerc, Viens, Hamelin-Brabant, Lavoie-Tremblay, et Brabant (2005), Sherwood (2003) et la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations (ci-après CGSST) (2006), un environnement psychosocial de travail optimum est caractérisé par des demandes adaptées aux capacités des personnes, un niveau d'influence convenable des infirmières sur leur travail, un soutien social adéquat de la part des supérieurs et collègues, un équilibre entre les efforts et récompenses, un travail satisfaisant auprès de la clientèle de même que l'esthétique des lieux de travail. La communication entre infirmières et gestionnaires, la reconnaissance des gestionnaires et de l'organisation envers les infirmières, les opportunités de développement et le soutien des pairs contribuent également à un environnement de travail optimal (Grindel, Peterson, Kinneman, &

Turner, 1996). Bien qu'elle ait omis de spécifier le nombre de participants dans son étude qualitative de type descriptif, Sherwood (2003) mentionne que la culture du milieu de travail influence les façons de faire et la signification de l'environnement de travail chez les employés, et ce, à plusieurs niveaux. En effet, l'environnement de travail peut être l'ingrédient clé pour une meilleure satisfaction au travail, affirme Sherwood. Par exemple, un pauvre environnement de travail contribue à l'épuisement professionnel et à l'augmentation du taux d'absentéisme (FCRSS, 2006 ; Sherwood, 2003). Ainsi, toujours selon Sherwood, un environnement de travail positif s'avère essentiel non seulement pour la santé physique et mentale de l'infirmière, mais également pour assurer de meilleurs résultats au niveau de la santé pour les patients.

Dans une étude de type narratif auprès d'infirmières (n=24), Manion (2003) identifie la joie comme une émotion positive ayant le potentiel de procurer un environnement de travail plaisant. Selon cette auteure, les barrières identifiées au niveau de l'environnement de travail par les participantes sont les suivantes : les collègues (néguvisme, manque de soutien, travail d'équipe déficient), les ressources (nombre d'infirmières inadéquat, utilisation des ressources de façon non pertinente, faible niveau de compétence) et les demandes répétitives. De plus, plusieurs auteurs (Alderson, 2004; Capitolo, Ankner, & Miller, 2001; Grindel, Peterson, Kinneman, & Turner, 1996; Manion, 2003; Nyberg, 1998; Sherwood, 2003) mentionnent que le lien avec le gestionnaire est important afin de comprendre les sources de souffrance vécue dans le travail, telles que le manque de reconnaissance, d'autonomie ainsi que le pouvoir sur la charge de travail; conséquemment, si ce lien se vit de façon satisfaisante ces sources de souffrance pourront être davantage réduites.

Selon Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc (2002) et la FCRSS (2006), l'avenir du système de santé exige l'émergence de nouvelles façons de faire et demande l'implication de tous les acteurs afin de favoriser un environnement de travail qui permettra aux infirmières de se réaliser pleinement, de maintenir leur emploi, de créer un

milieu stimulant et intéressant pour la relève et aussi de répondre aux besoins grandissants de la clientèle. En ce sens, ces auteures (Mayrand-Leclerc et al., 2005; Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand-Leclerc, 2002) mentionnent huit dimensions qui favorisent un environnement santé pour l'infirmière, soit, a) la charge de travail, b) l'autonomie professionnelle, c) le soutien social, d) la reconnaissance, e) la prévisibilité, f) le sens au travail, g) le rapport à la clientèle et h) l'esthétique. Afin d'identifier ces dimensions, les auteures se sont appuyées sur les modèles de Karasek et Theorell (1990), Kristensen (1999) et Siegrist (1996, cités dans Viens, & Lavoie-Tremblay, 2002) ainsi que Mayrand-Leclerc (2001).

En effet, la première dimension, selon Karasek et Theorell (1990), fait référence à la demande psychologique liée à la charge de travail. Celle-ci englobe trois éléments de la charge de travail, soit la quantité, la complexité et les contraintes de temps. Ainsi, selon Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc (2002), avoir une charge de travail élevée renvoie à la quantité excessive de travail, à la vitesse à laquelle le travail est exécuté, au manque de temps pour faire le travail de façon satisfaisante, à des demandes qui se contredisent l'une l'autre, à un travail mentalement exigeant et à un appel à la concentration durant de longues heures. La seconde dimension porte sur l'autonomie professionnelle. Elle permet le recours à deux réalités. L'une concerne l'autonomie en regard des compétences, c'est-à-dire la capacité d'utiliser ses habiletés, d'avoir la possibilité d'en développer de nouvelles et de développer sa créativité. L'autre se rattache au pouvoir décisionnel, c'est-à-dire avoir la possibilité de choisir comment faire son travail, avoir de l'influence et de la crédibilité professionnelle auprès des collègues et des gestionnaires (Karasek & Theorell, 1990). Le soutien social correspond à la troisième dimension. Dans un premier temps, Karasek et Theorell (1990) font référence au soutien social des supérieurs, décrit de la façon suivante : faire confiance au travail des employés, avoir la possibilité de leur demander conseil, de leur demander de l'aide et leur octroyer le crédit pour le travail qu'ils ont effectué et, enfin, être capable de faire travailler les gens ensemble. Ces auteurs réfèrent également au soutien social de la part des collègues de

travail, ce qui peut se traduire ainsi : donner l'impression de faire partie de l'équipe, s'intéresser à l'individu en étant amical, aider les collègues dans les situations urgentes et avoir la possibilité de les consulter au besoin. La dimension suivante, la reconnaissance, repose sur l'effort et la récompense. Premièrement, l'effort est caractérisé, d'une part, par les facteurs extrinsèques au travail, tels que : les contraintes de temps, les interruptions fréquentes, le niveau de responsabilité, l'augmentation de la charge de travail, l'effort physique ainsi que l'obligation aux heures supplémentaires. D'autre part, l'effort peut aussi être caractérisé par un profil de personnalité qui fait que certains individus se surinvestissent, ce qui peut produire chez eux des comportements de compétitivité, d'hostilité, d'impatience, d'irritabilité et d'incapacité à s'éloigner du travail. La récompense, quant à elle, est morcelée en trois catégories : le niveau monétaire, le niveau socio émotionnel et le contrôle sur le statut professionnel propre à chaque individu. En d'autres mots, les infirmières s'attendent, à la suite des efforts fournis, à un salaire satisfaisant, à de l'estime et du respect au travail ainsi qu'à un niveau de contrôle satisfaisant sur le statut professionnel, à de bonnes perspectives d'emploi et à une bonne sécurité d'emploi (Niedhammer & Siegrist, 1998). Par ailleurs, Manion (2003) mentionne que le dîner annuel des employés n'est plus considéré par l'infirmière comme une source de reconnaissance suffisante.

Dans le même sens, Kristensen (1999) ajoute aux quatre dimensions présentées précédemment deux nouvelles dimensions : la prévisibilité et le sens au travail. Donc, selon Kristensen, la cinquième dimension réfère à la prévisibilité. Celle-ci renvoie à une faible menace de pertes importantes, c'est-à-dire recevoir à l'avance de l'information relative à des décisions importantes et recevoir toute l'information nécessaire pour bien effectuer le travail. Toujours selon Kristensen (1999), la sixième dimension, le sens au travail, demeure un élément essentiel. En effet, les infirmières trouvent un sens au travail lorsqu'elles peuvent prendre soin de leurs patients conformément à la philosophie de la profession. Le sens au travail permet ainsi d'avoir l'impression que le travail effectué est important, tout comme le fait de se sentir motivée et impliquée dans le travail (CGSST,

2006). De plus, le travail prend tout son sens lorsque les infirmières peuvent s'occuper de tous les aspects de la santé d'un patient (Baumann et al., 2001). Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc (2004) ajoutent une septième dimension, le rapport à la clientèle, afin de tenir compte de la nature des fonctions des intervenantes en santé. Selon ces auteures, le rapport à la clientèle correspond à la satisfaction des patients et des familles face aux soins et services dispensés, à la satisfaction de la relation interpersonnelle, de même qu'aux rapports et à la communication avec les patients et les familles. Finalement, Mayrand-Leclerc (2001) joint le concept de l'esthétique à l'environnement physique, qui s'avère être la huitième dimension, en ciblant les aires de repos, l'ambiance, la disponibilité du matériel et la propreté. Enfin, ces auteures soulignent que les huit dimensions permettent aux chercheurs, aux cliniciens, aux décideurs et aux infirmières soignantes de mettre en place des balises afin d'améliorer l'environnement de travail et ainsi favoriser le bien-être au travail. L'annexe (A) permet de résumer les éléments qui constituent les huit dimensions favorisant un environnement psychosocial optimum du travail chez les infirmières.

Laschinger, Finegan, Shamian et Almost (2001), ayant testé le modèle de Karasek, signalent l'existence d'un lien étroit entre le niveau de tension au travail, la notion de perte de contrôle, l'engagement envers l'employeur et le degré de satisfaction au travail. Dans le même ordre d'idées, Cheng, Kawachi, Coakley, Schwart et Colditz (2000) ont noté, dans leur étude longitudinale (n=21 290), que les infirmières américaines qui subissent un stress important au travail, stress caractérisé par une perte de contrôle, un haut niveau des demandes et un faible support social au travail, augmentent de façon significative les risques de maladie cardiovasculaire. Ainsi, les écrits recensés considèrent primordial de travailler conjointement à développer un environnement de travail positif afin de favoriser le bien-être des infirmières.

Plusieurs auteurs nord-américains (FCRSS, 2006; Lowe, 2003; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002; O'Brien-Pallas et al., 2001; O'Brien-

Pallas et al., 2002; Prescott, 1993; Rogers et al., 2004; Tourangeau, Giovannetti, Tu, & Wood, 2002) mentionnent que les infirmières souffrent d'une pression au travail assez élevée et grave qui affecte la qualité des soins prodigués aux usagers (Aiken & Patrician, 2000). Par exemple, l'*American Nurse Association*, (2000, cité dans Worthington, 2001) craint que l'utilisation du temps supplémentaire obligatoire ait des répercussions négatives pour les patients. Par ailleurs, Bosek (2001) est d'avis que le temps supplémentaire obligatoire prévient les torts causés aux patients en garantissant un ratio infirmière / patients. Toutefois, dans la pratique quotidienne, Bosek reconnaît que le temps supplémentaire obligatoire n'est pas synonyme de soins de qualité et peut, à l'inverse, causer des torts à la personne soignée. Dans le même sens, une analyse des erreurs commises par les infirmières travaillant dans un hôpital indique que ces erreurs sont trois fois plus élevées dans les cas où leur quart de travail excède 12,5 heures (Rogers et al., 2004).

Viens, Hamelin-Brabant, Lavoie-Tremblay, et Brabant (2005) concluent, lors d'une revue des écrits publiée pour l'Association des Hôpitaux du Québec (AHQ) et le M.S.S.S., qu'un environnement de travail sain passe par la satisfaction des infirmières et des patients. Rappelons que selon Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc (2002), de même que selon les observations de l'étudiante-chercheuse, les infirmières œuvrant en milieu clinique doivent faire face à des problématiques dans leur environnement de travail, problématiques liées, d'une part, aux facteurs engendrés par la pénurie, tels que : la désintégration des équipes de travail, l'établissement d'un climat de méfiance, de piètres conditions d'emploi, la démobilité, la déresponsabilisation et l'impuissance et, d'autre part, liées à la faible prise en compte du champ relationnel qu'elles mentionnent comme étant un domaine d'expertise qu'on leur reconnaît.

En effet, les problèmes vécus par le personnel infirmier ne se limitent pas aux infirmières, mais affectent le soin aux patients/famille. Les résultats d'une décennie de recherche identifiés dans les écrits scientifiques indiquent une corrélation directe entre le

rapport infirmières/patients et l'état de santé des patients (S. Clarke, communication orale, 18 mars 2003). Cette dernière perspective reflète également les résultats obtenus au Québec dans une étude menée par l'O.I.I.Q. (2001) indiquant que l'insatisfaction au travail des infirmières est liée à la charge de travail et à l'incapacité de répondre aux besoins psychosociaux de la clientèle, d'où la pertinence de s'attarder à promouvoir un environnement de travail sain.

Ainsi, un environnement de travail positif contribue à attirer et à retenir les infirmières, affirment Capitulo, Ankner et Miller (2001). En effet, l'attraction et la rétention des infirmières en milieu clinique pourraient représenter une solution intéressante pour la diminution de temps supplémentaire obligatoire. De plus, selon ces auteurs, afin de permettre de faire face au problème de temps supplémentaire, il convient de mettre en place des équipes interdisciplinaires, d'augmenter le nombre de techniciens et d'autres professionnels. Coughlin (2001) est également d'avis qu'il faut éliminer les pensées individualistes chez tous les cliniciens et administrateurs afin de déterminer ce qui est le mieux pour le patient et l'infirmière, et de développer ainsi un modèle de pratique transdisciplinaire.

Enfin, selon les conclusions de la revue des écrits de Viens, Hamelin-Brabant, Lavoie-Tremblay, et Brabant (2005), un environnement de travail sain contribue à accroître la satisfaction du personnel, à diminuer le taux d'absence et le taux de roulement, à accroître les performances à l'emploi, à diminuer les accidents de travail, à réduire les avantages sociaux liés à la santé et les coûts de compensation. Pour conclure, les auteures soulignent que les infirmières considèrent qu'il est important d'avoir de l'influence et une latitude décisionnelle, de disposer d'une charge de travail équilibrée, de garder le sens de leur profession et de conserver un équilibre entre leurs efforts et leurs récompenses. La prochaine section correspond aux écrits associés au phénomène d'intérêt, soit le temps supplémentaire obligatoire.

### Le temps supplémentaire obligatoire dans un contexte de pénurie

Cette section présente la définition du phénomène de temps supplémentaire et celle de temps supplémentaire obligatoire, suivies de quelques données statistiques afin de circonscrire l'importance du phénomène dans le contexte actuel. L'obligation déontologique de l'infirmière face au phénomène à l'étude ainsi que l'impact de celui-ci sur l'infirmière et sa pratique constituent les dernières parties de cette section.

Le recours aux heures supplémentaires soulève beaucoup d'interrogations de la part des infirmières au niveau de leur obligation déontologique. Il convient donc de définir les termes utilisés en regard du temps supplémentaire dans notre pratique quotidienne. Le temps supplémentaire se définit comme : tout travail fait en plus de la journée régulière, approuvé ou fait à la connaissance du supérieur immédiat et sans objection de la part de l'employé est considéré comme du temps supplémentaire (Convention collective F.I.I.Q., 2006). La définition du temps supplémentaire obligatoire étant inaccessible au Québec, la définition des infirmières américaines apparaît la meilleure pour bien comprendre la nature du phénomène. Aux Etats-Unis, cette définition est donc ainsi formulée : effectuer des heures de travail supplémentaire à la suite d'une journée de travail ou une semaine de travail excédant 40 heures et il s'agit là d'une obligation imposée par l'employeur (Traduction libre de West Virginia Nurse, 2004).

Historiquement, le temps supplémentaire obligatoire demeurait une exception et son utilisation était présente exclusivement en temps de crise ou lors d'une situation d'urgence. Actuellement, il est utilisé au quotidien, et ce, fréquemment et sans précédent, ce qui met les infirmières dans une position de vulnérabilité, tant au niveau de la santé mentale qu'au niveau de la santé physique (FCRSS, 2006). Par exemple, quelques auteurs (Jacobsen, Holson, Farley, Charles, & Suel, 2002; O'Brien-Pallas et al., 2005; Worthington, 2001) observent chez l'infirmière la présence de fatigue, de stress et l'apparition de maladies. D'autres auteurs (Rogers et al., 2004) ajoutent que la fatigue

associée au nombre d'heures de travail, plus spécifiquement 12,5 heures et plus par jour, contribue à augmenter l'absentéisme et l'insatisfaction au travail. Par ailleurs, peu d'auteurs ont étudié ce que vivent les infirmières lorsqu'elles sont obligées aux temps supplémentaires. Le contexte actuel qui prévaut dans les établissements s'avère encore plus spécifique puisque le temps supplémentaire obligatoire est monnaie courante dans la région de Montréal et peu d'auteurs ont fait part de données relatives à cette situation nouvelle.

#### *Données statistiques sur le temps supplémentaire obligatoire*

Les infirmières canadiennes font un total approximatif d'un quart de million d'heures supplémentaires chaque semaine, ce qui équivaut à 3 600 emplois à temps plein sur une période d'un an (FCRSS, 2006). Le *Pelican News* (2004), un rapport préliminaire publié par l'Association des infirmières de l'état de la Louisiane (*LSNA*) aux États-Unis, indique que 41 % des infirmières travaillent quarante heures semaine, 27 % travaillent plus de quarante heures semaine et 15 % mentionnent être obligées au temps supplémentaire de façon régulière. Toujours selon ce rapport, la majorité des infirmières (67 %) s'attendent à travailler plus que leur horaire de travail. Reed (2001) rapporte, lors d'une enquête produite par l'*ANA* à l'été 2000, que 67 % des infirmières américaines interrogées ont subi le temps supplémentaire obligatoire à chaque mois. De plus, elle souligne que l'utilisation du temps supplémentaire obligatoire provoque non seulement une exacerbation de la pénurie des infirmières soignantes, mais diminue le jugement clinique et la performance. Selon la revue des écrits canadiens et américains de Killien (2004), effectuée sur *CINAHL* et *Medline* depuis 1990, totalisant 99 articles, 78,8 % des infirmières exécutent du temps supplémentaire à chaque mois, qu'il soit obligatoire, planifié ou non. L'étude longitudinale de Trinkoff et al. (2006) regroupant 2273 infirmières, souligne que 17 % d'entre elles sont astreintes au TS à moins de deux heures d'avis. De plus, les auteurs mentionnent que 53,8% travaillent plus de neuf heures par jour et 33,2% travaillent plus de 40 heures par semaine. Ainsi, le taux élevé de temps

supplémentaire, mentionné ci-haut, démontre clairement qu'il s'avère urgent de comprendre ce que vivent les infirmières lorsqu'il est obligatoire.

Dans le cadre de la planification de la main-d'oeuvre infirmière au niveau des établissements du réseau de la santé, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (F.I.I.Q.) (C. Pagé, communication personnelle, 1<sup>er</sup> octobre 2004) signale l'existence de certaines statistiques à l'égard du temps supplémentaire dans les établissements de santé de Montréal. Cependant, il s'avère actuellement impossible pour la F.I.I.Q. de distinguer les heures supplémentaires effectuées sur une base volontaire, des heures supplémentaires obligatoires. Selon la F.I.I.Q. (C. Pagé, communication personnelle, 1<sup>er</sup> octobre 2004), les discussions auprès des employeurs conduisent à dire que l'infirmière qui est sollicitée pour faire des heures supplémentaires « obligatoires » finit toujours par accepter sans y être nécessairement obligée puisqu'elle y sera obligée de toute façon et qu'il n'y a pas de relève pour assurer les soins pendant le quart de travail suivant. Cela signifie, selon l'avis de l'étudiante-chercheuse, que les infirmières voient peu d'issues au phénomène de temps supplémentaire obligatoire. Ainsi, les infirmières acceptent de faire des heures supplémentaires lorsqu'elles savent qu'il n'y a pas de relève suffisante pour ainsi assurer la continuité des soins de la clientèle hospitalisée. Ceci pourrait sembler minimiser le phénomène.

Toutefois, bien qu'il existe quelques données statistiques sur le phénomène de temps supplémentaire, en général, et suite à plusieurs appels téléphoniques de l'étudiante-chercheuse auprès de différentes instances (Association des hôpitaux du Québec, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec), actuellement, aucune statistique en regard du temps supplémentaire obligatoire n'est disponible à l'échelle régionale, provinciale et nationale. Ce phénomène mérite donc que l'on s'y intéresse puisqu'il semble y avoir beaucoup de mystère et parce qu'une telle situation exerce un impact majeur sur la santé des

infirmières et le bien-être des patients. La prochaine section s'attarde à l'aspect déontologique en lien au temps supplémentaire obligatoire.

### *Obligations déontologiques de l'infirmière*

S'appuyant sur le Code de déontologie de l'O.I.I.Q. (2003), les gestionnaires détiennent des arguments d'ordre éthique solides afin d'obliger les infirmières à effectuer le temps supplémentaire. Le Code de déontologie permet aux gestionnaires de prendre les décisions assurant la protection des patients. Toutefois, les infirmières doivent faire face à un dilemme d'ordre professionnel. L'utilisation du Code de déontologie contient deux propositions contradictoires en regard du temps supplémentaire obligatoire et ces propositions sont liées au processus thérapeutique et à l'état pouvant compromettre la qualité des soins et des services. À l'article 43, il est mentionné que : « à moins d'avoir une raison grave, l'infirmière ou l'infirmier qui fournit des soins et traitements à un patient ne peut l'abandonner. » Le deuxième élément contradictoire, à laquelle l'infirmière doit faire face, se retrouve à l'article 16 et se lit comme suit : « ... l'infirmière ou l'infirmier doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'il est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et services. ». Dans sa chronique, la Syndic de l'O.I.I.Q. (2004) a tenté de démystifier la prise de décision liée à l'obligation de faire des heures supplémentaires selon les dispositions du Code de déontologie (2003). En effet, la Syndic affirme que l'infirmière qui refuse d'effectuer des heures supplémentaires, parce qu'elle juge son état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services, ne porte pas atteinte à ses obligations déontologiques « si elle a pris des mesures appropriées avant de quitter l'unité de soins » (p. 7). La Syndic définit les mesures appropriées par les actions suivantes : avertir son supérieur de sa décision de ne pas assurer le service requis et indiquer combien de temps elle peut continuer d'exercer en attendant une relève. Voici quelques citations de la Syndic afin d'aider les infirmières et les gestionnaires à prendre une décision éclairée :

L'employeur ne doit pas s'en servir comme prétexte pour gérer une situation prévisible de manque de ressources. À l'inverse, les infirmières ne doivent pas utiliser le code comme moyen de pression pour signifier leur refus de principe de faire des heures supplémentaires ou pour cautionner un geste collectif concerté à cet effet. (...) nous encourageons l'employeur à communiquer aux infirmières l'ensemble des démarches qu'il a effectuées avant que cette mesure devienne incontournable. Nous encourageons aussi les infirmières à discuter avec les gestionnaires afin de trouver des solutions satisfaisantes au niveau de l'organisation du travail et des règles d'attribution des heures supplémentaires. (2004, p. 7).

Les observations de l'étudiante-chercheuse permettent d'arriver au constat suivant : les infirmières se sentent éprouvées et mentionnent être « prises en otage » puisque, d'une part, elles doivent respecter le code de déontologie et, d'autre part, en dépit de leur fatigue, elles doivent assurer des soins sécuritaires et de qualité. De l'avis de l'étudiante-chercheuse, les propos de la Syndic semblent peu soutenir les infirmières lorsqu'elles doivent prendre une décision éclairée. En effet, la syndic fait fi d'une prise de position entre l'infirmière et son employeur. Ainsi, en cas de plainte, l'infirmière devra « démontrer » son incapacité à exercer. En fait, les propos de la Syndic semblent refléter plutôt une certaine ambiguïté utile aux gestionnaires afin d'assurer le personnel requis. De plus, selon les observations de l'étudiante-chercheuse, l'infirmière encourt des sanctions disciplinaires, dans certains milieux, si elle refuse d'assurer un quart de travail supplémentaire. Tel que le mentionne le Code de déontologie international (1973; cité dans Blondeau & Hébert, 2002), les arguments utilisés par les gestionnaires sont d'ordre moral. Les administrateurs menacent ainsi les infirmières refusant le temps supplémentaire obligatoire, en utilisant ces valeurs morales associées à la responsabilité professionnelle telles que le suivi et la surveillance des patients. Nous pouvons constater une relation gestionnaire/infirmière de type « employeur-employé » c'est-à-dire un contexte d'autorité hiérarchique lors de l'application du temps supplémentaire obligatoire. Cette conduite cause non seulement de sérieux problèmes de santé chez le personnel, mais également des risques accrus pour leur sécurité et celle des patients, affirment Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc (2002). O'Brien-Pallas et al. (2005) dans une étude descriptive quantitative, soulignent que les gestionnaires qui ont eu recours à la sur

utilisation de leurs effectifs infirmiers pour composer avec la pénurie, ont obtenu des effets préjudiciables sur l'offre directe des services auprès de la clientèle. Ceci démontre une fois de plus l'urgence de s'attarder à ce phénomène.

Blondeau et Hébert (2002) expliquent les notions de responsabilité et d'engagement propres à l'infirmière. En effet, toutes les interventions posées par l'infirmière lui sont imputables puisqu'elle est l'auteure même de ses actes. L'infirmière étant responsable de son action, elle attribuera à elle seule le fardeau d'une erreur commise ou le poids d'une intervention délicate qu'elle a réalisée, que ce soit lors d'un temps supplémentaire ou pas. Selon ces auteurs, le professionnalisme prend racine dans l'engagement personnel à assumer les responsabilités propres à l'exercice de sa profession. Par son adhésion, l'infirmière s'engage formellement à respecter les exigences (disciplinaires, morales et légales) liées à l'exercice de sa profession. Le Code de déontologie international (1973, cité dans Blondeau & Hébert, 2002) mentionne que : « l'infirmière assume une responsabilité personnelle dans l'exercice des soins infirmiers... » (p. 144). En ce sens, la notion de responsabilité recouvre celle d'exigence morale qui amène l'infirmière à respecter certaines règles de conduite, et « professionnellement, à prendre soin de la santé et du bien-être des clients. » (Code de déontologie international, 1973, cité dans Blondeau & Hébert, 2002, p.145). Bref, l'appartenance à la profession infirmière engage personnellement et moralement l'infirmière envers le patient, la société et l'équipe de soins. Selon l'étudiante-chercheuse, l'engagement personnel et moral amène l'infirmière, lors de temps supplémentaire obligatoire, à constater la faible prise en compte de son état physique et émotionnel, de la part des administrateurs, pour assurer le suivi de la clientèle après une journée de travail.

Par ailleurs, il convient de préciser que la convention collective des infirmières de la F.I.I.Q. (2006) ne contient aucun article encadrant la situation de temps supplémentaire obligatoire. Selon la F.I.I.Q. (Y. Tremblay, communication personnelle, 7 août 2004), il

n'est pas prévu d'inclure un article dans la prochaine convention collective puisque, selon les dirigeants syndicaux, un article de cet ordre contribuerait à légitimer une telle pratique alors qu'elle est inacceptable. De plus, le syndicat Infirmières et Infirmiers Unis (Y. Tremblay, communication personnelle, 7 août 2004) mentionne que l'infirmière qui a des obligations familiales (code civil) ou des problèmes de santé reconnus par un médecin peut être relevée de cette obligation. Il existe d'ailleurs un formulaire syndical que l'infirmière peut compléter pour décliner sa responsabilité quant aux incidents pouvant survenir lorsqu'elle est forcée au temps supplémentaire obligatoire (Y. Tremblay, communication personnelle, 7 août 2004). Selon Vernarek (2000), sans législation ou convention collective permettant de défendre leurs droits en tant que personne, les infirmières continueront à ressentir beaucoup de pression et accepteront le temps supplémentaire, tout en sachant qu'elles prennent des risques pour elle-même et pour le patient. Toutefois, Maître Ménard (avocat québécois reconnu dans le domaine de la santé) mentionnait, lors d'une conférence-midi (communication orale, 3 septembre 2003), que l'infirmière se devait d'assurer la continuité des soins malgré un état susceptible de compromettre la qualité des soins et services. De plus, il soulignait que le seul recours, en cas de plainte, consiste à faire appel aux assurances de l'employeur et qu'aucun formulaire permettant de se désister de sa responsabilité professionnelle, ne peut relever une infirmière de sa responsabilité professionnelle.

En résumé, l'étudiante-chercheuse signale l'existence d'une confusion pour l'infirmière face au phénomène de temps supplémentaire obligatoire. D'une part, son syndicat lui mentionne qu'elle demeure protégée et relevée de son obligation déontologique et, d'autre part, la législation québécoise ne permet, en aucun temps, d'être relevée de cette obligation. Par ailleurs, bien qu'étant d'actualité, ce que vivent les infirmières astreintes au temps supplémentaire demeure peu documenté dans les écrits scientifiques. Ceci fait l'objet de la prochaine section.

*Impact du temps supplémentaire obligatoire sur l'infirmière  
et sa pratique clinique*

Quelques études récentes (Baumann et al., 2001; Bourbonnais, Comeau, & Vézina, 1999; Bourbonnais, Comeau, Vézina, & Dion, 1998; Bourbonnais et al., 2000; Carlier, 2001; Delmas, 1999; Duquette, Kérouac, Balbir, & Beudet, 1994; O'Brien-Pallas et al., 2001; Rogers et al., 2004; Trinkoff et al., 2006; Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand-Leclerc, 2002) soulignent les effets néfastes de la situation actuelle de travail sur la santé des infirmières. En effet, les auteurs mentionnent les lourdes conséquences suivantes engendrées par cet état de la situation : les symptômes de malaises physiques, les problèmes de santé mentale, l'épuisement professionnel et le sentiment de perte de contrôle. Ces effets, expliquent ces auteurs, découlent du fardeau de tâches, du stress, de l'imprévisibilité, de l'environnement de travail, de même que du manque de soutien social et professionnel. Charles (2002) affirme que les conditions de travail actuelles engendrées par le temps supplémentaire obligatoire ont un impact moral important puisqu'elles provoquent un sentiment de culpabilité, de la dysharmonie et constituent une menace à l'intégrité de la personne qui vit le temps supplémentaire obligatoire. Pour sa part, Flarey (2001) mentionne que le temps supplémentaire obligatoire génère une perte de contrôle, une diminution des activités sociales et a un impact important sur les responsabilités familiales.

Par ailleurs, quelques auteurs (Bailey, MacLean, Desy, & McMahon, 2004; Bosek, 2001; Charles, 2002; Flarey, 2001; Foley, 2001) affirment que la pratique de temps supplémentaire obligatoire viole les standards de protection du public, augmente les risques ainsi que les erreurs pour les patients et prédispose les infirmières à des poursuites ou préjudices à la clientèle. Une étude randomisée contrôlée, effectuée auprès de 393 infirmières, révèle une augmentation significative des erreurs lorsque l'infirmière travaille douze heures et plus (Rogers et al., 2004). Les auteurs soulignent les facteurs prédictibles de la fatigue, soit : la diminution de l'état d'alerte, l'affectation de l'humeur,

la diminution de la performance incluant l'atteinte du jugement clinique, l'atteinte du processus décisionnel, la diminution de la mémoire, la diminution de la rapidité à réagir, le manque de concentration ainsi que la fixation. Aussi, *l'Institute of Medicine* (2004), dans son rapport *Keeping Patients Safe*, recommande de limiter le nombre d'heures en temps supplémentaire volontaire afin de prévenir les erreurs potentielles dues à la fatigue et qui pourraient porter préjudice à la clientèle.

En plus des impacts sur la santé des infirmières et la sécurité des patients, le temps supplémentaire obligatoire a comme conséquence, l'exode de la profession. Dans leur étude phénoménologique américaine réalisée auprès de cinq infirmières, Tinsley et France (2004) explorent les raisons pour lesquelles les infirmières choisissent de quitter la profession. Le premier sous-thème, « ...j'aime ça...c'est ce que je veux faire... » (Traduction libre, p. 8) est mentionné par tous les participants. En effet, les participants ont exprimé leur enthousiasme face à la profession et au lien avec le patient/famille. Le deuxième sous-thème est la souffrance. Les participants utilisent les mots tels que : souffrance, destruction, rejet, haïssable, colère et « ...ils me laissent là où ils se sentent confortables... » (Traduction libre, p. 8) pour traduire leur expérience liée à leur départ de la profession. Les auteurs présentent les propos d'une participante : « Quelle souffrance! Si vous souffrez personnellement, votre famille souffre et, malheureusement, vos patients souffrent. » (Traduction libre, p. 9). Le troisième sous-thème correspond à l'exode de la profession. Évidemment, chaque participant a choisi de quitter la profession infirmière. L'exode demeure le point final associé à la décision de quitter, car il est essentiellement provoqué par le temps supplémentaire obligatoire, découlant directement des effets de la pénurie. Enfin, le thème central de cette étude, l'oppression, résume les perceptions des infirmières et leurs raisons pour quitter la pratique. En effet, les participants mentionnent le temps supplémentaire obligatoire et le fait d'être appelé pour travailler lors des jours de congé comme étant les points marquants ayant contribué à l'exode de la profession. De plus, cette étude révèle que l'oppression provient principalement des attributs de la pénurie de main-d'œuvre infirmière. Les infirmières se sentent coincées et ne voient

aucune chance d'avancement professionnel. Enfin, Tinsley et France ajoutent qu'il s'avère important pour les infirmières, les gestionnaires et les éducateurs de travailler ensemble à créer une culture empreinte de *caring* afin de rétablir l'harmonie de chacun à l'intérieur de la profession.

Par ailleurs, dans un sondage effectué par Jacobsen, Holson, Farley, Charles et Suel (2002) portant sur la perception des infirmières américaines (n = 36) qui vivent le temps supplémentaire obligatoire, quatre facteurs pouvant alléger le fardeau du temps supplémentaire obligatoire ont été identifiés : la visibilité et la disponibilité du supérieur, le soutien des collègues de travail, le sentiment d'être important pour l'organisation et l'anticipation des besoins des employés par le gestionnaire. Les participants ont mentionné qu'il s'avère primordial de développer des évaluations en regard des perceptions des infirmières qui vivent le temps supplémentaire obligatoire, afin de déterminer des stratégies spécifiques pouvant aider les infirmières à faire face au phénomène.

Foley (2001) insiste sur le fait que le temps supplémentaire obligatoire est une solution temporaire et inadéquate. La décision des gestionnaires en regard du temps supplémentaire obligatoire s'avère, selon cette auteure, liée aux profits économiques plutôt qu'au bien-être des infirmières et des patients/familles. D'autres auteurs (Capitulo, Ankner, & Miller, 2001; Flarey, 2001) affirment que les syndicats internationaux veulent éliminer le temps supplémentaire obligatoire. Toutefois, les administrateurs, quant à eux, continuent d'affirmer que c'est une bonne stratégie, dans la mesure où les infirmières ont un horaire de travail flexible, une rotation équitable, un système d'attribution volontaire et une limite imposée du nombre d'heures supplémentaires par infirmière, permettant ainsi d'offrir des soins de qualité (Flarey, 2001). Par ailleurs, douze États américains ont limité le temps supplémentaire obligatoire (Capitulo, Ankner, & Miller, 2001; Gonzalez, 2002; Kany, 2001), dont l'état de la Californie depuis 1999 (Bolton, Jones, Aydin, Donaldson, Brown, Lowe, McFarland, & Harms, 2001). En effet, face au phénomène du temps

supplémentaire, la législation américaine permet de prévenir les actions disciplinaires envers l'infirmière si elle refuse de travailler plus de huit heures. Voici quelques exemples de limites au TSO approuvées par la loi dans différents états américains (Golden & Jorgensen, 2002) : le TSO prohibé après huit heures de travail par jour et 40 heures de travail par semaine; une pénalité exigée pour l'employeur si l'infirmière est privée de sa pause ou de son heure de repas; aucun droit de pénalité de la part des employeurs envers une infirmière qui refuse le TS ou le TSO; un refus de travailler plus de 12 heures par jour est possible; un écart requis de dix heures entre deux quarts de travail; l'infirmière ne peut travailler plus de 60 heures au cours d'une période de sept jours; l'infirmière ne peut travailler plus de deux heures en TSO et ne peut exercer plus de 16 heures dans une période de 24 heures; les infirmières en TS sont payées temps double; des horaires variés de huit – dix – douze heures de travail. Une telle législation permet de diminuer les impacts multiples sur la santé des infirmières et force également les gestionnaires à trouver des alternatives à cette situation chronique de pénurie, telles qu'un environnement de travail sain et les horaires de travail flexible (Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand-Leclerc, 2002).

L'étude d'Alderson (2004) permet de faire un parallèle intéressant avec l'environnement de travail qui doit être repensé et ainsi de préparer des équipes d'infirmières et d'autres catégories de personnel à réaliser des activités de réorganisation du travail, comme le suggère le gouvernement du Québec (Viens, Hamelin-Brabant, Lavoie-Tremblay, Brabant, 2005). Dans son étude portant sur la psychodynamique du travail, effectuée auprès de trente-trois infirmières dans un milieu de soins prolongés québécois, Alderson (2004) souligne que le fait d'avoir à assurer la pérennité de l'institution porte les gestionnaires à considérer la personne comme une ressource qu'ils s'efforcent de soumettre aux objectifs et impératifs organisationnels. Une telle attitude de la part des gestionnaires induit chez les infirmières le sentiment de n'être que de simples moyens permettant à l'institution d'accomplir sa mission (Alderson, 2004). Selon les résultats de cette étude, ce sont davantage les conditions défavorables dans lesquelles

s'inscrit le travail d'accompagnement et de relation d'aide qui peuvent mener les infirmières à l'épuisement que le travail lui-même (Alderson, 2004). Les résultats de cette étude amènent l'étudiante-chercheuse à faire un lien entre ce que vivent les infirmières lorsqu'elles sont forcées au temps supplémentaire et la faible prise en compte des conditions défavorables que ce phénomène engendre en terme de relation infirmière/patient.

Dans un autre ordre d'idées, les observations de l'étudiante-chercheuse l'incitent à croire que pour remplacer le personnel manquant, il faut soit augmenter le nombre de patients par infirmière en place ou encore ajouter du personnel de soutien. Les infirmières disent croire en la victoire de la législation en ce qui concerne le temps supplémentaire obligatoire, mais l'étudiante-chercheuse se questionne à savoir si l'impact au niveau du ratio infirmière / patients a été mesuré? En effet, en légiférant le temps supplémentaire obligatoire, les responsables de cette loi américaine ont répondu à un irritant majeur pour les infirmières, sans toutefois proposer des stratégies aidantes pouvant contrer les effets de la pénurie à long terme. Dallaire (2002) pose les questions suivantes : Qu'en est-il des fonctions reliées à l'administration de médicaments intraveineux, la surveillance des paramètres cliniques, l'alimentation parentérale, les procédures invasives telle que l'insertion de cathéters? Quel est l'impact sur l'enseignement à la clientèle? Est-ce que l'infirmière a toujours le temps de s'acquitter de toutes ces responsabilités?

Golden et Jorgensen (2002) ajoutent, qu'un ratio élevé de patients associé à la fatigue durant de longues heures de travail peut amener une assiduité inadéquate aux procédures et amener les infirmières à diminuer la surveillance des patients. En effet, le résultat peut compromettre la santé et la sécurité de la clientèle. Dans le même ordre d'idées, l'État de la Californie a adopté un projet de loi, en 1999, exigeant un ratio infirmière / patients. Le comité a établi un ratio de six patients pour une infirmière pour les unités de médecine et chirurgie à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et un ratio de cinq patients

pour une infirmière à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2005 (S. Clarke, communication orale, 18 mars 2003). Il convient de souligner un écart de cinq ans entre l'adoption de la loi et sa mise en application. Aussi, cette loi interdira au personnel non licencié d'exécuter des tâches nécessitant des connaissances scientifiques. Toutefois, l'*American Nurses Association* (Gallagher, Kany, Rowell, & Peterson, 2000) mentionnait, lors d'une conférence, que le ratio infirmière / patients n'était pas un standard de pratique pour assurer la sécurité des patients. En effet, cette association croit plutôt en l'acuité des patients pour déterminer le ratio requis. L'Australie a également imposé des ratios infirmières/patients. Il apparaît important de souligner que l'*Australian Nursing Federation* (2004) a effectué une recherche auprès des infirmières australiennes et que cette étude démontre que plus de la moitié des infirmières de l'État de Victoria seraient prêtes à démissionner, à prendre une retraite anticipée ou à réduire leurs activités si les ratios obligatoires étaient abolis.

Dans une étude récente effectuée auprès de 168 hôpitaux de l'État de la Pennsylvanie, Aiken et Clarke (2003) concluent que l'augmentation de la charge de travail s'avère un facteur déterminant pour la santé des patients. Bien que les auteurs aient omis de mentionner de quel type d'étude il s'agit, ils affirment que chaque patient additionnel à la charge de travail d'une infirmière est associé à une hausse de 7 % du risque de mortalité dans les trente jours suivant l'admission. De plus, les auteurs soulignent une augmentation de 23 % des risques d'épuisement professionnel et une augmentation de 15 % d'insatisfaction chez les infirmières ayant un patient additionnel à leur charge. Selon ces auteurs, malgré notre système de santé différent de celui des Américains, tout porte à croire qu'on arriverait à des résultats similaires si une enquête comparable était réalisée au Québec (S. Clarke, communication orale, 18 mars 2003). Un ratio adéquat, affirme Aiken et Clarke (2003), amène comme résultante une diminution des complications, un environnement de travail acceptable, ce qui favorise l'attraction et la rétention du personnel.

Par ailleurs, selon Benner (1984), dans un contexte de pénurie, les infirmières novices sont plus vulnérables puisqu'elles sont moins habilitées à détecter les signes de complications. Cependant, Aiken, Clarke, Cheung, Sloane et Silber (2003) révèlent, dans une étude corrélationnelle ( $n = 232\ 342$ ), que l'expérience des infirmières est peu significative en regard du risque de mortalité associé à une chirurgie lors de l'hospitalisation ( $p < 0.86$ ) et du risque de complication ( $p < 0.52$ ). Ces auteurs indiquent, toutefois, que la formation scolaire des infirmières a plus d'incidence sur la mortalité des patients que l'expérience. En effet, Aiken et ses collaborateurs concluent qu'il existe un rapport statistique significatif ( $p < 0.008$ ) entre le pourcentage d'infirmières détentrices d'un baccalauréat ou d'une maîtrise par hôpital et la réduction des risques de mortalité. Une scolarité plus élevée semble être associée à un meilleur jugement clinique, affirment ces auteurs.

Ainsi, à la lumière de ces écrits, il apparaît important de souligner que le temps supplémentaire obligatoire engendre une multitude d'impacts auxquels les infirmières sont confrontées. En effet, de nombreux auteurs (Baumann et al., 2001; Bourbonnais et al., 1998; Bourbonnais et al., 1999; Bourbonnais et al., 2000; O'Brien-Pallas et al., 2001; Carlier, 2001; Delmas, 1999; Duquette et al., 1993; Fondation Canadienne de Recherche sur les Services de Santé, 2006; Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand-Leclerc, 2002) soulignent les facteurs liés aux attributs de la pénurie, qui contribuent grandement aux problèmes de santé physique et mentale chez les infirmières oeuvrant en milieu clinique. De plus, l'exode de la profession, tel qu'on l'identifie dans l'étude menée par Tinsley et France (2004), constitue une façon de réduire la souffrance. Cet exode ne fait qu'accentuer la pénurie et contribue à la diminution de la qualité des soins auprès de la clientèle.

Enfin, compte tenu des enjeux majeurs présentés au début de ce chapitre, il nous semble pertinent d'explorer l'expérience vécue par l'infirmière soumise au temps supplémentaire obligatoire. En effet, la revue des écrits réalisée dans le cadre de cette

recherche conduit l'étudiante-chercheure à constater qu'il existe peu d'études portant spécifiquement sur le phénomène de temps supplémentaire obligatoire. La prochaine partie, la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999, 2006), toile de fond choisie pour cette étude, permettra à l'étudiante-chercheure d'explorer avec une lunette particulière les éléments pouvant être liés au phénomène de temps supplémentaire obligatoire.

### La philosophie du *caring* de Watson

Cette partie décrit brièvement la philosophie du *caring*, laquelle représente la toile de fond utilisée dans le cadre de cette étude phénoménologique. Cette section définit les concepts centraux en lien avec le centre d'intérêt de la discipline infirmière (Kérouac et al., 2003) en plus de présenter les éléments théoriques les plus pertinents à la compréhension du phénomène étudié.

Dans ses écrits, Watson (1985, 1988, 1999, 2006) définit le *caring* comme un idéal de soins infirmiers, un engagement moral afin de protéger, rehausser et préserver la dignité humaine. Tout comme Watson, plusieurs auteures ont affirmé que le *caring* s'avère l'essence de la discipline (Benner & Wrubel, 1989; Boykin & Schoenhofer, 1993; 2001; Cara, 1997; Leininger, 1981; Lynaught & Fagin, 1988). Watson (1999) réfère au concept de « relation *caring-healing* transpersonnelle » qui correspond à la connexion « humain-à-humain » où chaque personne aide l'autre à percevoir sa condition unique, de même qu'à partager les sentiments et les pensées qu'il veut exprimer. Le *caring*, selon Watson (1997, 2006), est réalisé à l'aide d'un ensemble de facteurs ou processus qui guide la démarche de soins étayée à la fois par une philosophie humaniste et par un ensemble de connaissances issues des sciences humaines et des sciences exactes. D'ailleurs, Watson (1988, 2006) considère la discipline infirmière comme une science humaine et un art.

Dans les conditions actuelles du réseau de la santé, s'inspirant des travaux de Watson, l'étudiante-chercheuse croit que les infirmières obligées au temps supplémentaire doivent s'appuyer sur une conception humaniste des soins infirmiers. En effet, le phénomène de temps supplémentaire obligatoire est une solution provoquant des sentiments et des pensées pouvant mener à la dysharmonie. L'étudiante-chercheuse croit que le phénomène apparaît, en quelque sorte, comme l'antithèse du *caring*. D'ailleurs, toujours selon Watson (1988, 1997), la contribution des infirmières aux soins de santé sera déterminée par leur capacité à traduire leur idéal moral de *caring* dans leur pratique.

La philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988), utilisée comme toile de fond, prône une approche existentielle et phénoménologique permettant d'identifier la perception qu'a la personne de sa situation. On retrouve, dans la philosophie de Watson, les quatre concepts centraux en lien avec le centre d'intérêt de la discipline infirmière.

#### *La vision de la personne*

Pour Watson (1988), la personne est un « être-dans-le-monde », qui perçoit, qui vit des expériences et qui est en continuité dans le temps et dans l'espace. La personne possède trois sphères, l'âme, le corps et l'esprit, lesquelles sont indivisibles. Le corps réfère à la condition de santé physique de la personne, lequel doit être observé en lien avec les émotions. L'esprit correspond à l'intellect et aux émotions et demeure le point d'ancrage permettant à l'individu d'accéder au corps et à l'âme. L'âme, selon Watson (1988), correspond à la spiritualité et est reliée à un degré de conscience plus élevé, au pouvoir qui amène la personne à déployer sa compétence et à transcender son soi habituel. Pour Watson (1988, 1997, 1999), la totalité de l'expérience d'une personne constitue un champ phénoménal unique. Ainsi, en s'inspirant de la conception de Watson, l'infirmière soignante peut être perçue comme un être unique recherchant une harmonie entre ces trois sphères. C'est d'ailleurs la perception qu'a l'infirmière de sa

situation qui s'avère importante en phénoménologie, méthode de recherche retenue pour la présente étude.

### *La vision de l'environnement*

Watson (1999) reconnaît qu'il existe une interaction entre la personne et son environnement. En effet, selon Watson (1988), l'environnement représente aussi bien toutes les forces de l'univers que l'environnement physique immédiat de la personne. Pour l'infirmière qui subit le temps supplémentaire obligatoire, l'environnement devient un concept majeur puisqu'il peut interagir avec son expérience de santé au travail. Réciproquement, la personne peut l'adapter pour atteindre un nouvel état d'harmonie. Suite aux écrits consultés et d'après l'étudiante-chercheuse, la réorganisation du système de santé québécois a significativement modifié l'environnement de travail des infirmières soignantes. Dans cet environnement devenu difficile, l'étudiante-chercheuse souligne la pertinence de s'interroger sur un environnement de travail malsain pour les infirmières œuvrant en milieu clinique, lorsqu'est présent le phénomène de temps supplémentaire obligatoire.

### *La vision de la santé*

La vision de la santé, selon Watson (1997, 1999, 2006), réfère à l'harmonie et à l'unicité corps-âme-esprit. Cette vision renvoie au degré de cohérence entre le soi tel que perçu et le soi tel que vécu par la personne (Watson, 1988, 1997). Ainsi, Watson considère la maladie comme une discordance entre le corps, l'âme et l'esprit, entre le soi perçu et le soi vécu, qu'elle nomme dysharmonie. Dans le phénomène à l'étude, il semble que l'obligation professionnelle d'effectuer un temps supplémentaire peut provoquer, chez l'infirmière qui le vit, une dysharmonie. Tel que souligné par plusieurs auteurs mentionnés dans le présent chapitre, un environnement de travail malsain peut entraîner chez plusieurs infirmières de l'épuisement, de la souffrance et de la détresse

émotionnelle. Ainsi, ces situations de santé peuvent correspondre à la présence de dysharmonie entre le corps, l'âme et l'esprit. L'infirmière peut également éprouver des difficultés à satisfaire son idéal moral (le *caring*), devant les enjeux majeurs engendrés par la pénurie de main-d'œuvre l'amenant ainsi à se questionner à nouveau sur sa pratique clinique (Duquette & Cara, 2000; Roch & Duquette, 2003). En ce sens, elle peut s'exposer à une dysharmonie corps-âme-esprit, laquelle peut éventuellement provoquer une altération de sa santé au travail. Watson (1999) et Cara (1997, 1999) reconnaissent que la dissonance entre les valeurs de l'infirmière et celles de son environnement entraîne plusieurs infirmières à quitter ce domaine de pratique.

#### *La vision du soin*

Le soin se définit comme un processus intersubjectif humain-à-humain nécessitant le *caring* en tant qu'idéal moral et des connaissances scientifiques. Le soin débute lorsque l'infirmière entre dans le champ phénoménal de la personne soignée (Watson, 1988, 1997). Le soin s'inscrit dans une relation de *caring* transpersonnelle entre deux personnes. Selon Watson, la relation transpersonnelle permet une ontologie relationnelle qui procure la vie et l'enrichissement de la vie non seulement pour la personne soignée mais également pour la soignante. De même, cette relation permet une connexion où chaque personne perçoit l'autre dans son unicité et comme un être-dans-le-monde (Traduction libre, Cara, 2003a).

De plus, selon Watson (1985, 1988, 1999), le soin constitue une assistance pour la personne afin qu'elle puisse atteindre une plus grande harmonie corps-âme-esprit, ce qui permet de promouvoir sa perception de soi, son estime de soi et sa guérison. En ce sens explique Cara (2003), pour Watson, une relation de *caring* permet d'accompagner la personne soignée dans la recherche d'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. Cette vision du soin contribue à la prise en compte des perceptions et de la

globalité de l'autre. De plus, l'accompagnement des personnes dans leurs expériences de santé permet de faire une différence pour la personne soignée lors d'épisodes de maladie, affirme Watson. Cette connexion humain-à-humain nécessite une mutualité dans la relation infirmière/patient. Dans le cadre de la présente étude, le temps supplémentaire obligatoire peut limiter l'accompagnement de la personne soignée puisque l'infirmière souffrant et vivant elle-même une dysharmonie peut difficilement aider l'autre à trouver une signification à son existence, à sa dysharmonie et à sa souffrance quand elle-même est à la recherche d'un sens à sa propre souffrance.

Afin de guider la pratique infirmière, Watson (2001, 2006) propose dix processus de « *caritas* clinique » (Annexe B). Ces processus de « *caritas* clinique », issus des « facteurs caratifs » (Watson, 1988, 2001), permettent d'orienter et d'amener la pratique à une maturité qui la place à l'avant-garde des exigences actuelles et futures (Kéroouac et al., 2003). En ce sens, l'étudiante-chercheuse croit que quatre des dix processus s'avèrent davantage pertinents pour la présente étude. D'après une traduction libre réalisée par Cara (2001), voici les processus deux, cinq, huit et dix.

2. Être authentiquement présent et faciliter et maintenir le système de croyances profondes et le monde subjectif du soignant et du soigné.
5. Être présent et offrir du soutien vis-à-vis l'expression de sentiments positifs et négatifs, telle une profonde connexion avec son âme et celle du soigné.
8. Créer un environnement « *healing* » à tous les niveaux (physique de même que non-physique, un environnement subtil d'énergie et de conscience, où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés).
10. Ouvrir et s'attarder aux dimensions spirituelles mystérieuses et existentielles de sa propre vie - mort; au soin de l'âme pour soi-même et pour la personne soignée.

Le processus deux réfère à la présence authentique dans le moment présent entre la personne soignée et la soignante (Watson, 2001). Aussi, être authentiquement présent renvoie aux occasions de *caring* et à la relation transpersonnelle. Dans ses écrits, Watson (2001) mentionne que la relation transpersonnelle est influencée par la conscience et l'intentionnalité de l'infirmière à entrer dans le champ phénoménal de la personne soignée. L'habileté de l'infirmière à entrer en relation transpersonnelle se traduit par ses mouvements, ses gestes, son expression verbale et non verbale, le toucher, le son et son intention de créer un environnement *caring* (Watson, 2001). De plus, l'infirmière doit préalablement posséder une harmonie corps - âme - esprit lui permettant également d'entrer en relation transpersonnelle. Ainsi, à la lumière des écrits de Watson, l'étudiante-chercheuse croit que le processus deux suppose que le phénomène de temps supplémentaire obligatoire permet difficilement une présence authentique. Selon les observations de l'étudiante-chercheuse, les infirmières vivent beaucoup d'émotions lors de temps supplémentaires obligatoires, telles que : la colère et le sentiment de perte de contrôle sur différentes sphères de leur vie (individuelle, familiale, professionnelle). Ces états émotionnels ne leur permettent pas d'être authentiquement présentes puisqu'elles semblent vivre une dysharmonie corps-âme-esprit lors du temps supplémentaire obligatoire. De plus, obliger les infirmières à travailler des heures supplémentaires sans leur consentement volontaire va à l'encontre des valeurs primordiales du *caring*, soit le respect et la dignité humaine.

Le cinquième processus représente la présence et l'offre de soutien vis-à-vis de l'expression de sentiments positifs et négatifs, telle une profonde connexion avec son âme et celle du soigné (Watson, 2001). Le phénomène de temps supplémentaire obligatoire semble générer, chez l'infirmière, une incapacité à prendre soin. L'étudiante-chercheuse est d'avis que l'infirmière, dans de telles circonstances, donne le soin et répond aux besoins physiologiques immédiats de la personne soignée. En effet, la connexion, humain-à-humain, qui encourage l'expression de sentiments positifs et négatifs (Watson, 2001), semble brisée puisque l'infirmière apparaît vivre au moment présent une

discordance entre ses valeurs de *caring* et l'obligation déontologique d'assurer des heures de travail supplémentaire.

Le huitième processus réfère à la création d'un environnement « *healing* » à tous les niveaux (Watson, 2001). Selon Watson (1985), ce huitième processus demeure constitué de variables internes et externes de l'environnement, lesquelles influencent les activités de la personne au quotidien. En ce sens, Watson reconnaît que certaines variables externes peuvent influencer l'environnement interne d'un individu. En effet, le fait de forcer à effectuer du temps supplémentaire (variable externe) influence grandement son environnement interne, entraînant par le fait même une dysharmonie (stress, colère, fatigue, conflit conjoint/famille). De plus, l'environnement de travail, tel que décrit précédemment, semble pouvoir agir sur la capacité qu'a l'infirmière de s'engager moralement à préserver et respecter la dignité humaine de son patient.

Enfin, le dernier processus représente l'ouverture et permet de s'attarder aux dimensions spirituelles, au soin de l'âme pour soi-même et la personne soignée (Watson, 2001). Ce processus semble particulièrement important pour la présente recherche puisqu'il reconnaît l'unicité de chaque personne. Il se fonde sur l'expérience subjective et personnelle de la personne comme fondement de la compréhension et inspire l'étudiante-chercheure à explorer l'aspect existentiel/phénoménologique (Watson, 1988) du phénomène à l'étude, soit la signification du temps supplémentaire obligatoire chez des infirmières œuvrant en milieu clinique. De même, Watson reconnaît que le *caring* débute lorsque l'infirmière entre dans le champ phénoménal de la personne.

Ainsi, bien que tous les processus de *caritas* clinique s'avèrent importants, l'étudiante-chercheure croit que ceux précédemment discutés sont les plus pertinents pour la présente recherche. D'ailleurs, dans son étude phénoménologique, Cara (1997) conclut que l'utilisation des facteurs caritatifs par les questionnaires peut également promouvoir la pratique du *caring* chez les infirmières soignantes. En effet, les attitudes de *caring* en

gestion favorise l'engagement, l'assistance (soutien), l'attention (ouverture, écoute, présence authentique) et la connaissance de l'autre (réciprocité, unicité et reconnaissance) (Cara, 1997, 2003b). Selon l'étudiante-chercheuse, le développement des attitudes de *caring* auprès des infirmières semble important afin de redonner un sens au travail permettant ainsi « des bénéfices sur le plan de l'engagement, la productivité de même que sur la qualité des soins et services » (Cara, 2003b, p.38).

En d'autres mots, la relation de *caring* est un idéal moral qui s'appuie sur l'authenticité et l'engagement afin de préserver la dignité humaine (Cara, 2003; Watson, 1997). Néanmoins, affirme Watson (2001), le *caring* promeut, tout d'abord, la capacité à prendre soin de soi-même afin de prendre soin de la personne qui vit une expérience de santé. Ainsi, selon l'étudiante-chercheuse, le temps supplémentaire obligatoire s'avère un phénomène à l'opposé du *caring* puisqu'il réfrène l'infirmière à prendre soin d'elle-même et entrave par le fait même la relation soignante-soigné.

En résumé, bien que des interventions aient été entreprises dans le réseau de la santé, le phénomène de temps supplémentaire obligatoire demeure une réalité entraînant un dilemme d'ordre professionnel pour les infirmières et de nombreux impacts sur la santé de celle-ci. La revue des écrits démontre qu'un environnement de travail difficile diminue les relations de *caring* puisque les attributs de la pénurie, dont le temps supplémentaire obligatoire, peuvent occasionner de la frustration, amener un sentiment d'incohérence avec l'idéal moral de l'infirmière qui vit l'expérience de temps supplémentaire obligatoire. Aussi, la piètre qualité des soins octroyés lors de TSO demeure un élément de grande importance puisqu'il peut générer des préjudices à la clientèle desservie. À la lumière de ces écrits, l'étudiante-chercheuse estime que les effets d'un piètre environnement de travail, conjugués au phénomène de temps supplémentaire obligatoire, ont un impact majeur sur la santé de l'infirmière. Suite à ces constats, l'étudiante-chercheuse croit qu'il est urgent de s'y attarder.

Par une approche phénoménologique, Watson promeut la compréhension du vécu de l'individu. Cette approche est détaillée par Giorgi (1979, 1997). En effet, cette méthode de recherche phénoménologique semble la plus appropriée afin de décrire et comprendre les perceptions d'infirmières lorsqu'elles sont forcées au temps supplémentaire. Cette méthode fera l'objet du chapitre suivant.

**CHAPITRE III**  
**LA MÉTHODE**

Ce chapitre présente la méthode utilisée dans cette étude qualitative. Il comprend plusieurs sections : la pertinence de la méthode phénoménologique, la philosophie et la méthode phénoménologique, le milieu, la population, l'échantillon, les critères de sélection, le déroulement de l'étude, l'analyse des données, les considérations éthiques ainsi que la rigueur scientifique.

### La pertinence de la méthode phénoménologique en sciences infirmières

Plusieurs auteurs (Benner, 1994; Burns & Grove, 2001; Cara, 1997; Cohen, 1987; Ray, 1991; Reeder, 1991; Swanson-Kauffman & Schonwald, 1988; Watson, 1985, 1988, 1999) se sont intéressés à la pertinence d'utiliser la méthode phénoménologique pour la recherche en sciences infirmières puisqu'elle permet la description de diverses expériences telles qu'elles sont vécues. En effet, Ray (1991) fait remarquer que la phénoménologie s'avère un moyen d'explorer et de comprendre les phénomènes humains de même que les expériences vécues par les infirmières ou par les personnes dont elles sont responsables.

Dans l'approche phénoménologique, l'objectif principal consiste à rechercher la signification ou le sens de l'expérience plutôt que l'explication de celle-ci à l'aide de causalités, ce qui consiste à comprendre les phénomènes tels qu'ils se présentent dans toute leur réalité, au fur et à mesure qu'ils se manifestent (Giorgi, 1997). Ainsi, cette méthode vise deux aspects : une description soignée et systématique de ce qui est perçu dans l'expérience vécue et, dans un deuxième temps, elle vise à identifier et à élucider sa signification principale (Bachelor & Joshi, 1986). Par exemple, dans les cercles infirmiers, Watson (1988) mentionne que la phénoménologie permet au chercheur de décrire et comprendre les expériences humaines de même que la signification subjective et l'essence étudiée.

Pour ce faire, la phénoménologie exige que l'on regarde le phénomène sans idée préconçue. Le chercheur explore donc le phénomène en mettant l'emphase sur la perspective de la personne qui le vit quotidiennement (Dubeau, 2001). De cette façon, cette approche vise, d'après Ray (1991), à acquérir une meilleure compréhension du phénomène étudié, à travers la description, la réflexion et la prise de conscience. En d'autres mots, la méthode phénoménologique a pour objectif de décrire le phénomène (Deschamps, 1993; Omery, 1983) et non de le définir. Décrire, « c'est prendre appui sur l'expérience originaire du fait » (Deschamps, 1993, p.17), ce qui implique de prendre en compte « le monde » qui a façonné le phénomène, celui vécu par l'individu et sa conscience du monde. D'ailleurs, pour Swanson-Kauffman et Schonwald (1988), cette méthode tente de décrire l'existence de « l'être dans le monde ». Cette définition de la personne correspond aux expériences qu'elle vit et qui est en continuité dans le temps et l'espace. La signification de « l'être-dans-le-monde » est fondamentale à la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999), utilisée comme toile de fond dans la présente étude.

Utilisée en sciences infirmières, la phénoménologie s'avère donc une méthode de choix lorsque le but consiste à comprendre la signification de l'expérience que vit la personne (Oiler, 1981; Omery, 1983). Cette méthode de recherche, telle que suggérée par Giorgi (1997), sera donc utilisée dans le cadre de cette étude.

### La philosophie phénoménologique

Bien que la philosophie phénoménologique existe depuis le 17<sup>e</sup> siècle, elle a pris son élan au cours du 20<sup>e</sup> siècle. Husserl est fréquemment désigné comme étant le père de la phénoménologie (Cara, 1999, 2004; Cohen, 1987; Spiegelberg, 1982; Walters, 1995). Selon Husserl, plusieurs notions sont essentielles à la phénoménologie : la conscience, l'intentionnalité, l'intuition, la réduction phénoménologique et la variation libre et imaginaire (Cara, 1999, 2004).

Premièrement, la « conscience » représente une façon d'accéder à l'expérience dans le but de lui donner une signification (Cara, 2004). La conscience, prise au sens large, renvoie à la totalité des expériences vécues par la personne. La conscience n'est pas neutre puisqu'elle comporte une signification (Giorgi, 1997). En fait, Giorgi (1979) définit la phénoménologie comme étant l'étude de la structure et des variations de cette même structure vis-à-vis de la conscience, telle qu'elle apparaît par rapport à n'importe quel objet, événement ou personne. De plus, 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 (...) » (p. 341-342). Ainsi, le chercheur, selon Giorgi, s'intéresse à la conscience de la personne qui vit le phénomène à l'étude afin de lui « donner la signification véritable » (1997, p. 343).

La seconde notion importante correspond au principe « d'intentionnalité » qui fait référence à la conscience. En effet, la conscience s'avère toujours orientée vers quelque chose, une attitude vis-à-vis d'une expérience spécifique (Cara, 2004). Selon Ray (1991), l'intentionnalité démontre l'évidence de façon strictement objective de l'expérience de la personne. Le troisième élément essentiel à la phénoménologie s'intitule « l'intuition » qui, selon Spielberg (1982), correspond à la première opération de l'investigation d'un phénomène. Cette opération demeure la plus exigeante pour le chercheur puisqu'elle requiert une concentration quasi absolue, tout en demeurant néanmoins critique. Cara (2004) explique, en s'appuyant sur les écrits de Reeder (1991), que l'intuition réfère au processus du chercheur pour décrire l'expérience quotidienne telle qu'elle est vécue, à partir d'une ouverture d'esprit et de plusieurs modes de conscience, tels que : la mémoire, les sentiments, l'esthétique, l'éthique, la synthèse créative et l'ouverture. Une telle attitude est nécessaire pour décrire ce que la personne vit vraiment (Cara, 2004).

La réduction eidétique ou l'essence d'un phénomène, pour sa part, permet de découvrir la signification « universelle » du phénomène (Cara, 2004). En effet, Giorgi (1997) précise 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 » (p. 51). La réduction eidétique permet ainsi de dégager l'essence du phénomène lors de l'analyse des données. Selon Cara (2004), la recherche de l'essence correspond à la signification du phénomène. En ce sens, le processus de réduction eidétique permet, en partant du récit de chaque participant, de se diriger vers la signification globale du phénomène, de guider le chercheur à décrire le phénomène dans sa globalité (Cara, 2004).

Pour découvrir l'essence d'un phénomène, Giorgi (1997) suggère d'utiliser la « variation libre et imaginaire ». 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 » (p. 351). De façon plus explicite, la « variation libre et imaginaire » permet au chercheur de savoir si chaque thème s'avère approprié (Cara, 2004). Dans le même ordre d'idées, Giorgi (1997) mentionne que ce procédé permet au chercheur d'organiser et énoncer les données brutes dans le langage de la discipline afin d'augmenter la compréhension du phénomène. Ce processus, reconnaît Reeder (1991), est utile afin de distinguer les éléments propres à un phénomène ainsi que ceux qui le rattachent à d'autres thèmes.

Enfin, la phénoménologie correspond à la vision d'infirmières théoriciennes du *caring*, en occurrence Watson (1985, 1988, 1999), qui a mis en valeur l'importance de comprendre la perspective unique de la personne. Ainsi, c'est à partir de l'analyse des *verbatim* des entrevues des personnes ayant vécu le temps supplémentaire obligatoire que l'étudiante-chercheuse est arrivée à décrire et comprendre la signification de l'expérience des infirmières œuvrant en milieu clinique.

La quatrième notion fait référence à la « réduction phénoménologique ». En effet, Husserl (1954/1970) suggère d'effectuer une réduction phénoménologique afin de rendre les résultats de recherche plus compréhensibles, authentiques et rigoureux. La réduction phénoménologique s'avère centrale et permet une réflexion rigoureuse afin de décrire la conscience vis-à-vis du phénomène (Cara, 2004). Elle consiste à établir une réflexion profonde, afin de permettre au chercheur de décrire la conscience vis-à-vis du phénomène à l'étude (Ray, 1991). En ce sens, Deschamps (1993) et Ray (1991) sont d'avis qu'il s'agit d'un processus spécifique de la phénoménologie de Husserl par lequel est modifiée l'attitude du chercheur. Cette procédure permet une transparence et une ouverture sur le phénomène en évitant d'adopter des préconceptions. Deschamps (1993) reconnaît que : « c'est par une pratique de la réduction phénoménologique que l'identification et la distanciation des préconceptions du chercheur à l'égard du phénomène exploré sont rendues possibles » (p. 17). Selon Giorgi (1997), elle est composée de deux phases distinctes, identifiées par Husserl : a) le *braketing* ou époque b) la réduction eidétique ou l'essence du phénomène.

Le *braketing* est la phase qui permet de mettre entre parenthèses les présupposés, toutes les hypothèses pré-formulées, toutes les variables présélectionnées et de retourner aux choses elles-mêmes (Bachelor & Joshi, 1986). Cette phase requiert, de la part du chercheur, la suspension du jugement en regard du phénomène à l'étude, ce que Husserl appelle « l'Épochè » (Giorgi, 1997). Ainsi, sans savoir au préalable ce que les sujets exprimeront, l'étudiante-chercheure devra reconnaître ses croyances, préjugés et théories privilégiés (Cara, 2004). En effet, Benner, Tanner et Chesla (1996) soulignent l'importance d'écrire nos préconceptions et nos postulats relatifs au phénomène afin de prendre conscience de ce qui nous habite. Le *braketing* représente, pour ces auteures, un moyen de diminuer l'écart entre les connaissances et les expériences du chercheur vis-à-vis du phénomène étudié et la réalité du phénomène pour les participantes. Le *braketing* de l'étudiante-chercheure se retrouve à l'annexe C.

### Le milieu

Le milieu à l'étude est celui des hôpitaux francophones de la région métropolitaine puisque la pénurie est plus sévère dans cette région et que la pratique du temps supplémentaire obligatoire y est exercée de façon accrue. L'étudiante-chercheure a priorisé les centres universitaires ou affiliés universitaires.

### La population

La population est constituée par l'ensemble des infirmières travaillant dans un des centres hospitaliers universitaires ou affiliés universitaires de la région métropolitaine et ayant vécu le temps supplémentaire obligatoire. Les femmes sont privilégiées dans la présente étude puisqu'elles représentent la majorité du bassin de la population infirmière.

### L'échantillon

En accord avec la méthode phénoménologique, Benner (1994) suggère de réaliser des entrevues jusqu'à « redondance », ce qui signifie jusqu'au moment où l'étudiante-chercheure a obtenu un nombre suffisant de données similaires entre chacune des participantes. Par contre, on estime qu'un nombre de quatre à cinq participantes est indiqué pour permettre de respecter la limite de temps imposée par le programme de maîtrise. L'étudiante-chercheure a recruté cinq participantes de façon à obtenir le plus possible de redondance, en accord avec les recommandations de Benner (1994).

## Les critères de sélection

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

- Parler et comprendre le français
- Occuper un emploi dans un centre hospitalier universitaire ou affilié universitaire
- Avoir subi le temps supplémentaire obligatoire au moins trois fois
- Accepter volontairement de participer à la recherche
- Désirer partager leur expérience vécue

Comme beaucoup d'infirmières ont subi l'obligation au temps supplémentaire, le nombre d'années d'expérience, l'âge, le quart de travail et le degré de scolarité n'ont pas fait partie des critères de sélection. Il est même souhaitable d'encourager une certaine diversité des participants en recherche phénoménologique (Benner, 1994; Cara, 2004).

## Le recrutement des participantes

Le recrutement des participantes a été fait, dans un premier temps, par une brève présentation de la problématique auprès des étudiantes infirmières au deuxième cycle de la région de Montréal, via courriel (Annexe H). Pour ce faire, la vice doyenne a fait parvenir une missive écrite par l'étudiante-chercheuse. Ce courriel a exposé la problématique reliée au phénomène de temps supplémentaire obligatoire auprès des étudiantes. Dans cet envoi, l'étudiante-chercheuse a laissé ses coordonnées pour faciliter un premier contact téléphonique, ce qui a permis d'expliquer, de façon plus approfondie la nature de l'étude. Étant donné le nombre insuffisant de réponse, l'étudiante-chercheuse a utilisé la méthode boule de neige (Burn & Grove, 2001). Suite à l'acceptation des participantes, l'étudiante-chercheuse a fixé un rendez-vous avec celles-ci au moment qui leur était opportun, dans un endroit calme et favorable à l'échange. Un délai minimal de deux à trois jours a été offert aux participantes afin qu'elles

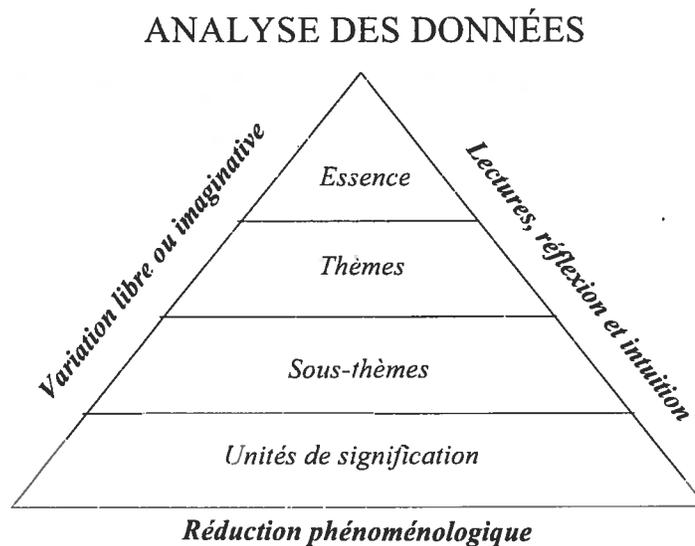
puissent lire attentivement les renseignements et le formulaire de consentement, de même que poser leurs questions avant l'entrevue.

### Le déroulement de l'étude

Suite au recrutement des participantes, celles-ci ont été invitées à lire un feuillet d'informations qui leur a été remis (Annexe D) concernant le projet de recherche afin de bien comprendre le but de l'étude. Après avoir bien compris les renseignements explicités par l'étudiante-chercheure, elles ont confirmé leur participation en signant le formulaire de consentement (Annexe E). De plus, elles ont été avisées de l'enregistrement de l'entrevue sur bande magnétique afin de promouvoir l'exactitude des verbatim.

Au début de la rencontre, un questionnaire de données sociodémographiques (Annexe F) a permis de recueillir des informations telles que l'âge, le genre, le nombre d'années d'expérience, le nom de l'employeur ainsi que le statut et le quart de travail. La collecte de données a été faite à l'aide d'une entrevue semi-structurée (Giorgi, 1997), d'une durée moyenne de quarante minutes afin de favoriser le partage de l'expérience vécue, tout en préservant le caractère subjectif. Pour ce faire, un guide d'entrevue (Annexe G) élaboré avec des questions larges et ouvertes (Giorgi, 1997), a permis aux infirmières d'exprimer leur point de vue et a favorisé le partage de l'expérience vécue. Aussi, le guide d'entrevue contient une question principale : Quelle est la signification que vous donnez à l'expérience d'être forcée au temps supplémentaire ?, suivi de six sous-questions dont en voici quelques unes : Décrivez une situation récente où vous avez été obligée de faire du temps supplémentaire ? Qu'est-ce que vous vous dites à vous-même au sujet de l'expérience d'avoir été obligée de faire du temps supplémentaire ? Qu'est-ce que vous ressentez lorsque vous êtes forcée à faire du temps supplémentaire ?

## L'analyse des données



**Figure 1** : Processus de l'analyse en phénoménologie, Cara (2004)

Le contenu des entrevues des participantes a été analysé selon les étapes suivantes décrites par Giorgi (1997). La figure 1 résume bien le processus de l'analyse (Cara, 2004).

1. La collecte des données verbales. La collecte des données a été effectuée à l'aide d'une entrevue semi-structurée exigeant que l'étudiante-chercheuse reconnaisse (*bracketing*) (voir annexe C) le plus possible ses préconceptions sur le phénomène (Giorgi, 1997). Les données obtenues ont été enregistrées et transcrites intégralement par l'étudiante-chercheuse afin d'analyser le contenu. Un journal de bord a été tenu afin qu'elle puisse noter ses impressions sur le phénomène, et ce, au moment des entrevues et durant toute l'analyse des données.

2. La lecture des données. Une fois la transcription du *verbatim* réalisée, l'étudiante-chercheure a lu à plusieurs reprises le contenu des *verbatim* afin d'en analyser le contenu. Selon Giorgi (1997), la lecture des descriptions permet de saisir le sens général de l'expérience tel que décrit par les participantes.
3. La division en unités de signification. À cette étape, il s'avère important de rappeler que la phénoménologie est orientée vers la découverte du phénomène à l'étude (Giorgi, 1997). L'étudiante-chercheure a, grâce aux multiples lectures, dégagé les unités de signification tel que le suggère Giorgi. Ceci a amené l'étudiante-chercheure à isoler les phrases qui partagent une même idée (Cara, 2004). Ensuite, les unités de signification ont été regroupées en sous-thèmes en utilisant le plus possible le *verbatim* des participantes. Chaque sous-thème a été scruté attentivement afin de permettre de découvrir ce qu'ils signifient dans cette situation spécifique pour la personne (Cara, 2004).
4. L'organisation des données brutes dans le langage de la discipline. Une fois les sous-thèmes dégagés lors de l'étape précédente, l'étudiante-chercheure les a réunis sous quelques thèmes, en tenant compte de l'ensemble des participantes et en s'inspirant du langage de la discipline. À cette étape, l'utilisation de l'intuition est fondamentale. En effet, Cara (2004) mentionne que l'intuition correspond au processus d'ouverture du chercheur pour décrire l'expérience quotidienne, telle qu'elle est vécue par le participant. Cara (2004) explique, en s'appuyant sur les écrits de Reeder (1991), que l'intuition permet au chercheur une ouverture d'esprit par divers modes de conscience. De façon à tenir compte de l'intuition, l'étudiante-chercheure devra adopter une attitude ouverte pour s'imprégner de la signification de l'expérience vécue des participantes.

De même, l'étudiante-chercheuse utilisera la méthode de la variation libre et imaginaire (Giorgi, 1997). Cette méthode signifie que l'on modifie à loisir des aspects ou des éléments d'un phénomène ou d'un objet afin de vérifier s'ils sont encore reconnaissables et s'ils sont conformes à la discipline (Beck, 1994; Cara, 1999, 2004; Giorgi, 1997).

5. La synthèse des résultats. Tel que suggéré par Giorgi (1997), cette étape a permis à l'étudiante-chercheuse de dégager la structure essentielle de la signification relative aux expériences vécues selon une perspective disciplinaire et d'y retrouver l'essence du phénomène étudié. Encore une fois, l'étudiante-chercheuse a utilisé la méthode de la variation libre et imaginaire telle que décrite dans la section précédente. La synthèse des résultats se concrétise tout au long de l'étude, en partant du récit de chaque participant (particulier), en se dirigeant vers la signification globale du phénomène (universalité) afin de guider le chercheur vers une description du phénomène dans sa globalité et d'en faire émerger l'essence.

#### Les considérations éthiques

La recherche a été soumise au Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal (Annexe I). L'étudiante-chercheuse a assuré l'anonymat des données, entre autres, par l'attribution d'un pseudonyme inconnu ainsi que la mise sous clé des données et des bandes sonores. La signature d'un consentement libre et éclairé a été demandée à chaque participante (Annexe E). Les participantes ont été informées dès le début de la possibilité de se retirer de la recherche à n'importe quel moment sans subir de préjudices, et ce, sans avoir à se justifier (Field & Morse, 1994) par un simple avis verbal, ce qui n'a pas été le cas. Toutes ont été informées des raisons justifiant la nécessité de l'enregistrement des entrevues. Tel que suggéré par le comité

d'éthique, l'étudiante-chercheuse s'engage à conserver les données sous clé pendant sept (7) ans avant de les détruire. Finalement, un suivi téléphonique des participantes était prévu afin de les référer à des ressources d'aide si, suite aux émotions vécues lors de l'entrevue, elles manifestent un besoin de consultation ; l'étudiante-chercheuse aurait pu diriger la participante vers une ressource appropriée (Munhall, 1988). Toutefois, aucune des participantes n'en a exprimé le besoin.

### La rigueur de l'étude

Les critères de scientificité s'avèrent fondamentaux en phénoménologie afin d'assurer un processus de recherche rigoureux. Plusieurs auteurs spécifiques à la méthodologie phénoménologique (Cara, 2004; Giorgi, 1997; Ray, 1991; VanManen, 1990) ont discuté de l'« authenticité » et la « crédibilité » comme étant les critères de validité pertinents à ce type d'étude. Whittemore, Chase et Mandle (2001), quant à eux, ont recommandé quatre critères importants pour la recherche qualitative en général. Il s'agit de l'« authenticité », la « crédibilité », la « critique » et l'« intégrité ». Comme la « critique » et l'« intégrité » sont incorporées dans les deux critères précédents, l'étudiante-chercheuse y a mis davantage d'emphase. Ainsi, l'**authenticité** signifie que les résultats correspondent bien à l'expérience telle qu'elle est vécue et décrite par les participantes (Cara, 1997, 2004). Ce critère est assuré, en premier lieu, par le respect de la méthodologie de Giorgi (1997) et le *bracketing*. Selon Cara (2004), de multiples lectures des *verbatim* contribuent également à l'authenticité de l'étude proposée. De plus, la directrice de recherche a relu les *verbatim* (validation interjuge) afin de s'assurer qu'ils reflètent bien la description de l'expérience vécue d'être forcée au temps supplémentaire par chacune des participantes. La **crédibilité**, quant à elle, consiste à ce que les résultats décrivent vraiment le phénomène à l'étude (Cara, 2004; Whittemore, Chase, & Mandle, 2001). Ce critère est assuré par une certaine diversité des participants et par les entrevues réalisées jusqu'à redondance. Selon Oiler Boyd (1994), les entrevues jusqu'à redondance facilitent le choix des thèmes centraux. De plus, au cours

de l'analyse, l'étudiante-chercheure a utilisé la variation libre et imaginaire pour la recherche de l'essence telle que proposée par Giorgi (1997). Le principe de *braketing* a été appliqué tout au long de l'étude, afin d'assurer également la crédibilité (Benner, 1994 ; Cara, 1997, 2004). En tout dernier lieu, ce critère de scientificité a été vérifié par la reconnaissance du phénomène par les experts.

L'article scientifique pour fin de publication dans une revue scientifique, l'*Infirmière Canadienne*, lequel comporte les résultats et leur analyse, fera l'objet du prochain chapitre (Annexe N).

**CHAPITRE IV**

**L'ARTICLE SCIENTIFIQUE POUR PUBLICATION**

La signification du temps supplémentaire obligatoire : la perception d'infirmières en centre hospitalier.

## RÉSUMÉ

**But :** L'article consiste à décrire et à comprendre la signification, selon leurs propres perceptions, du temps supplémentaire obligatoire, tel que vécu par des infirmières œuvrant en centre hospitalier métropolitain. Cette recherche s'est réalisée dans le cadre d'études de deuxième cycle en sciences infirmières.

**Phénomène à l'étude :** Depuis plus d'une décennie, les services de soins de santé font face à une importante pénurie de main-d'œuvre infirmière qui est lourde de conséquences pour les infirmières et amène systématiquement la sollicitation au temps supplémentaire (TS). Aussi, le temps supplémentaire obligatoire (TSO) est un phénomène qui sévit régulièrement voire même quotidiennement et ce, à l'échelle régionale, provinciale, nationale et internationale. Les gestionnaires s'appuient sur le Code de déontologie (OIIQ, 2003) dans l'intention d'obliger les infirmières à effectuer le TS. Ce Code comporte deux énoncés contradictoires qui causent un problème éthique important au niveau du temps supplémentaire obligatoire (TSO) : le premier, « on ne peut laisser le patient sans relève compétente » et le second, « on ne doit pas travailler si l'on est fatigué ». Cette contradiction conduit les infirmières à se sentir « prises au piège » dans leur propre milieu de travail. La plupart des écrits disponibles à ce jour se sont penchés sur les statistiques, les conséquences physiques et mentales pour l'infirmière, de même que pour le patient. Toutefois, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à la perception qu'ont les infirmières de vivre l'expérience d'être astreinte au temps supplémentaire.

**Méthode :** En accord avec la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999, 2006), utilisée comme toile de fond, cette recherche a privilégié la méthode

phénoménologique de Giorgi (1979, 1997) pour l'analyse des données recueillies à la suite d'entrevues semi-structurées, d'une durée moyenne de quarante minutes, réalisées auprès de cinq infirmières ayant vécu le phénomène de TSO au moins trois fois.

**Résultats :** L'analyse des *verbatim* a permis l'émergence des sept thèmes suivants : a) l'insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO, b) l'emprise associée aux enjeux de pouvoir en dépit du Code de déontologie, c) la détresse psychologique provoquée par la contrainte du TSO, d) le déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale, e) la perturbation des valeurs de *caring* et du climat de travail associée au processus de TSO, f) les stratégies d'adaptation au phénomène de TSO et, enfin, g) le regard positif à l'expérience de TSO. L'essence dégagée de la signification du temps supplémentaire obligatoire, tel que vécu par des infirmières en centre hospitalier, demeure **le déchirement entre le *caring* pour soi-même, les patients, les collègues et l'organisation**. Le déchirement évoque la souffrance de ne pas pouvoir accomplir son travail selon son idéal moral.

**Conclusion :** Dans le cadre de cette étude, il apparaît que certains résultats corroborent les propos identifiés dans plusieurs écrits scientifiques. Par ailleurs, l'essence du phénomène apporte une contribution novatrice à la discipline infirmière. Enfin, des pistes de solution innovatrices dégagées de cette étude seront présentées de même que des recommandations au niveau de la recherche infirmière.

- ✶ **Mots clés :** *caring*, phénoménologie, pénurie, temps supplémentaire, temps supplémentaire obligatoire, environnement de travail, déchirement, souffrance.

## LE PHÉNOMÈNE À L'ÉTUDE

Depuis le milieu des années 90, les services de soins de santé font face à une restructuration du réseau de la santé, ce qui a entraîné une grave pénurie de main-

d'œuvre infirmière. Cette pénurie d'infirmières menace, d'une part, les soins prodigués aux usagers/familles (Aiken & Patrician, 2000; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Bourbonnais, Malenfant, Viens, Vézina, Brisson, Laliberté, & Sarmiento, 2000) et, d'autre part, la santé physique et psychologique des infirmières (Blythe, Baumann, O'Brien-Pallas, & Buti, 2002; O'Brien-Pallas, Duffield, Tomblin-Murphy, Birch, & Meyer, 2005; Viens, Lavoie-Tremblay, & Brabant, 2004). Cette pénurie entraîne notamment la sollicitation au temps supplémentaire chez les infirmières. Toutefois, le temps supplémentaire n'est plus seulement une demande, mais une obligation professionnelle d'assurer le personnel requis pour répondre aux besoins de la clientèle desservie.

Le recours aux heures supplémentaires soulève beaucoup d'interrogations de la part des infirmières en regard de leur obligation déontologique. Il convient donc de définir les termes utilisés concernant le temps supplémentaire dans notre pratique quotidienne. Ainsi, le temps supplémentaire correspond à tout travail fait en plus de la journée régulière, approuvé ou fait à la connaissance du supérieur immédiat et sans objection de sa part (Convention collective F.I.I.Q., 2006). Une définition du temps supplémentaire obligatoire étant inaccessible au Québec, la définition des infirmières américaines apparaît la meilleure pour bien comprendre la nature du phénomène : effectuer des heures de travail supplémentaire, à la suite d'une journée de travail ou une semaine de travail excédant 40 heures, qui constitue une obligation imposée par l'employeur (Traduction libre de West Virginia Nurse, 2004). Ainsi, la définition de temps supplémentaire obligatoire n'inclut pas le temps supplémentaire volontaire ou planifié d'avance, mais bien le temps supplémentaire de dernière minute, imposé au personnel.

S'appuyant sur le Code de déontologie de l'O.I.I.Q. (2003), les gestionnaires détiennent des arguments solides d'ordre éthique afin d'obliger les infirmières à effectuer le temps supplémentaire. Les infirmières doivent faire face à un dilemme

d'ordre professionnel puisque l'utilisation du Code de déontologie en regard du temps supplémentaire obligatoire contient deux propositions contradictoires. À l'article 43, il est mentionné que : « à moins d'avoir une raison grave, l'infirmière ou l'infirmier qui fournit des soins et traitements à un patient ne peut l'abandonner », tandis que l'article 16 se lit comme suit : « ... l'infirmière ou l'infirmier doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'il est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et services. » Ainsi, afin d'obliger les infirmières à effectuer le temps supplémentaire, les gestionnaires s'appuient sur l'article 43 du Code de déontologie et les infirmières disent alors se sentir « prises au piège ».

Les infirmières canadiennes effectuent un total approximatif d'un quart de million d'heures supplémentaires chaque semaine, ce qui équivaut à 3 600 emplois à temps plein sur une période d'un an, affirme la Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé (ci-après F.C.R.S.S.) (2006). Selon la revue des écrits canadiens et américains de Killien (2004), 78,8 % des infirmières font du temps supplémentaire à chaque mois, qu'il soit obligatoire, planifié ou non. Reed (2001) rapporte quant à elle, lors d'une enquête produite par l'ANA à l'été 2000, que 67 % des infirmières américaines interrogées ont été astreintes au temps supplémentaire obligatoire chaque mois. De plus, elle souligne que l'utilisation du temps supplémentaire obligatoire provoque non seulement une exacerbation de la pénurie des infirmières soignantes, mais diminue leur jugement clinique et leur performance. L'étude longitudinale de Trinkoff, Geiger-Brown, Brady, Lipscomb et Muntaner (2006), regroupant 2273 infirmières, souligne que 17 % d'entre elles sont obligées au TS, à moins de deux heures d'avis. Bien qu'il existe quelques données statistiques sur le phénomène de temps supplémentaire en général, peu de statistiques au sujet du temps supplémentaire obligatoire sont disponibles à l'échelle régionale, provinciale et nationale. Ainsi, le taux élevé de temps supplémentaire mentionné ci-haut, démontre clairement qu'il s'avère urgent de comprendre ce que vivent les infirmières lorsqu'il est obligatoire.

À l'heure actuelle, le temps supplémentaire obligatoire est utilisé au quotidien, et ce, fréquemment et sans précédent, ce qui met les infirmières dans une position de vulnérabilité, tant au niveau de la santé mentale qu'au niveau de la santé physique (F.C.R.S.S., 2006). D'ailleurs, quelques études récentes (Baumann, O'Brien-Pallas, Armstrong-Stassen, Blythe, Bourbonnais, Cameron, Irvine Doran, Kerr, Mc Gillis Hall, Zina, Butt, & Ryan, 2001; Bourbonnais, Comeau, & Vézina, 1999; Bourbonnais, Comeau, Vézina, & Dion, 1998; Bourbonnais et al., 2000; Duquette, Kérouac, Balbir, & Beaudet, 1994; O'Brien-Pallas et al., 2001; Trinkoff et al., 2006; Rogers, Hwang, Scott, Aiken, & Dinges, 2004; Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand-Leclerc, 2002) soulignent les effets néfastes de la situation actuelle de travail sur la santé des infirmières. En effet, des résultats de recherches (Côté, 2002; F.C.R.S.S., 2006; O'Brien-Pallas et al., 2005; O'Brien-Pallas et al., 2001; Shamian, O'Brien-Pallas, Kerr, Koehoorn, Thomson, & Alksnis, 2001) indiquent une corrélation directe entre le nombre d'heures supplémentaires et les congés de maladie chez les infirmières.

Les résultats de l'étude phénoménologique américaine de Tinsley et France (2004) révèlent que les attributs de la pénurie de main-d'œuvre infirmière sont souvent responsables de l'oppression vécue par les infirmières. En effet, les participants de leur étude mentionnent le temps supplémentaire obligatoire et le fait d'être appelés pour travailler lors des jours de congé comme étant les points marquants ayant contribué à l'exode des membres de la profession. Pour sa part, Alderson (2004) conclut, dans le cadre de son étude effectuée auprès de trente-trois infirmières dans un milieu de soins prolongés québécois, que ce sont davantage les conditions défavorables dans lesquelles s'inscrit le travail d'accompagnement et de relation d'aide qui peuvent mener les infirmières à l'épuisement que le travail lui-même.

En plus des effets sur la santé des infirmières, l'*American Nurse Association* (2000, cité dans Worthington, 2001) craint que l'utilisation du temps supplémentaire

obligatoire ait également des répercussions négatives pour les patients. D'ailleurs, dans leur étude descriptive quantitative, O'Brien-Pallas et al. (2005) soulignent que les gestionnaires qui ont eu recours à la surutilisation de leurs effectifs infirmiers pour composer avec la pénurie, ont obtenu des effets préjudiciables sur l'offre directe des services auprès de la clientèle. Dans le même sens, une analyse des erreurs commises par les infirmières travaillant dans un hôpital indique que ces erreurs demeurent trois fois plus élevées dans le cas où leur quart de travail excède 12,5 heures (Rogers et al., 2004). De plus, Clarke (communication orale, 18 mars 2003) reconnaît que les résultats d'une décennie de recherches identifiées dans les écrits scientifiques indiquent une corrélation directe entre le rapport infirmières/patients et l'état de santé des patients.

Cette dernière perspective reflète également les résultats obtenus au Québec dans une étude menée par l'O.I.I.Q. (2001) et indiquant que l'insatisfaction au travail des infirmières est liée à la charge de travail et à l'incapacité de répondre aux besoins psychosociaux de la clientèle, d'où la pertinence de s'attarder à promouvoir un environnement de travail sain. O'Brien-Pallas (2003) souligne également, lors d'une conférence, que pour faire face à la pénurie actuelle, il s'avère urgent de réaménager l'environnement de travail en recrutant davantage d'infirmières, en réduisant les heures supplémentaires et en offrant au personnel infirmier un soutien adéquat. D'ailleurs, Mayrand-Leclerc (2001), Mayrand-Leclerc, Viens, Lavoie-Tremblay et Brabant (2005), Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc (2002), Viens, Hamelin-Brabant, Lavoie-Tremblay, et Brabant (2005) Sherwood (2003) et la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations (CGSSTa, 2006) estiment qu'un environnement psychosocial de travail optimum est caractérisé par des demandes adaptées aux capacités des personnes, un niveau d'influence convenable des infirmières sur leur travail, un soutien social adéquat de la part des supérieurs et collègues, un équilibre entre les efforts et récompenses, un travail satisfaisant auprès de la clientèle de même qu'un environnement physique esthétique.

Enfin, en dépit des écrits scientifiques et des interventions qui se réalisent dans le réseau de la santé, le phénomène de temps supplémentaire obligatoire demeure une réalité entraînant un dilemme d'ordre professionnel pour les infirmières et ayant plusieurs impacts sur la santé de celles-ci. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à la perception d'infirmières lorsqu'elles sont astreintes au temps supplémentaire. À la lumière de ces écrits, il demeure que les effets d'un piètre environnement de travail conjugué au phénomène de temps supplémentaire obligatoire ont un impact majeur sur la santé de l'infirmière, d'où l'urgence de s'intéresser à ce phénomène. La philosophie du *caring* de Watson (1988, 2006), qui représente la toile de fond utilisée dans le cadre de cette étude, encourage l'utilisation de la méthode phénoménologique afin de décrire et comprendre la signification d'un phénomène pour la personne qui le vit et, dans ce cas-ci, il s'agit du temps supplémentaire obligatoire tel que vécu par des infirmières œuvrant en centre hospitalier. Dans ses écrits, Watson (1985, 1988, 1999, 2006) définit le *caring* comme un idéal moral de soins infirmiers afin de protéger, rehausser et préserver la dignité humaine. Néanmoins, affirme Watson (2001), le *caring* promeut, tout d'abord, la capacité à prendre soin de soi-même afin de prendre soin de la personne qui vit une expérience de santé. Ainsi, selon nous, le temps supplémentaire obligatoire s'avère un phénomène à l'opposé du *caring* puisqu'il peut réfréner l'infirmière à prendre soin d'elle-même et entraver par le fait même la relation soignante-soigné.

Le but de cette recherche phénoménologique (Giorgi, 1979, 1997) consiste donc à décrire et à comprendre la signification, selon leurs propres perceptions, du temps supplémentaire obligatoire, tel que vécu par des infirmières œuvrant en centre hospitalier.

## La méthode phénoménologique

Utilisée en sciences infirmières, la phénoménologie s'avère une méthode de choix lorsque le but consiste à comprendre la signification de l'expérience que vit la personne (Oiler, 1981; Omery, 1983). D'ailleurs, la phénoménologie correspond à la vision d'infirmières théoriciennes du *caring*, en l'occurrence Watson (1985, 1988, 1997), qui a mis en valeur l'importance de comprendre la perspective unique de la personne.

La méthode phénoménologique proposée par Giorgi (1979, 1997) comporte trois aspects centraux permettant de saisir la signification du phénomène du TSO chez les infirmières, soit: a) la réduction phénoménologique, b) la description et c) la recherche de l'essence. La réduction phénoménologique est essentielle afin de pouvoir décrire, le plus fidèlement possible, les propos des participants. Selon Giorgi (1997), la réduction se compose de deux phases distinctes, identifiées par Husserl, père du mouvement phénoménologique : l'*epochè* ou le *bracketing* puis, comme seconde phase, la réduction eidétique ou la recherche de l'essence du phénomène. Cette réduction permet une réflexion rigoureuse afin de décrire la conscience vis-à-vis le phénomène (Ray 1991; Cara, 2004). Pour ce faire, le chercheur doit adopter une attitude ouverte, ce que Giorgi nomme « intuition », de façon à s'imprégner de la signification de l'expérience vécue des participantes à l'étude. L'*epochè*, explique Giorgi, permet d'abord au chercheur de reconnaître ses propres connaissances et préconceptions afin de saisir, le plus possible, le phénomène selon la description des participants. La réduction eidétique permet, quant à elle, de découvrir la signification « universelle » ou encore la signification du phénomène dans sa globalité. Dans le but de découvrir l'essence du phénomène, Giorgi (1997) suggère la « variation libre et imaginaire » afin de permettre au chercheur de savoir si chaque thème s'avère approprié. En d'autres mots, explique Cara (2004), en partant du récit des participants, le chercheur isole les unités de signification des

*verbatim*, dégage les sous-thèmes, identifie les thèmes et conclut par l'émergence de l'essence du phénomène à l'étude.

### *Les participants*

Cinq participantes, provenant de différents hôpitaux francophones de la région métropolitaine, constituaient l'échantillon de type non-probabiliste. Avec l'appui de la vice-doyenne d'une université de la région métropolitaine, le recrutement des participantes à l'étude a été effectué par courriel, en acheminant une présentation écrite de la problématique aux étudiantes infirmières inscrites au programme de deuxième cycle. Étant donné le nombre insuffisant de réponse, l'étudiante-chercheure a utilisé la méthode boule de neige (Burn & Grove, 2001) pour compléter le recrutement. Les participantes répondaient aux critères de sélection suivants : a) parler et comprendre le français, b) occuper un emploi dans un centre hospitalier universitaire ou affilié universitaire, c) avoir subi le temps supplémentaire obligatoire au moins trois fois, d) accepter volontairement de participer à la recherche et enfin, e) désirer partager leur expérience vécue. Une brève description des participantes est présentée dans le tableau 1 ci après.

### *La collecte des données*

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'une entrevue semi-structurée (Giorgi, 1997), dont la durée moyenne était de quarante minutes, afin de favoriser le partage de l'expérience vécue. Pour ce faire, un questionnaire sociodémographique et un guide d'entrevue, élaboré avec des questions larges et ouvertes (Giorgi, 1997; Cara, 2004), a permis aux infirmières d'exprimer leur point de vue et a favorisé le partage de l'expérience vécue.

| Participant | Âge    | Genre   | Formation académique                 | Années d'expérience | Quart de travail | Statut d'emploi | Statut familial         |
|-------------|--------|---------|--------------------------------------|---------------------|------------------|-----------------|-------------------------|
| Ariane      | 25 ans | Féminin | Maîtrise en sciences infirmières     | 3 ans               | Soir             | Temps partiel   | Mariée sans enfant      |
| Éléna       | 23 ans | Féminin | baccalauréat en sciences infirmières | 3 ans               | Jour/ Nuit       | Temps complet   | Célibataire sans enfant |
| Isabelle    | 38 ans | Féminin | Collégial en soins infirmiers        | 15 ans              | Jour             | Temps partiel   | Mariée avec enfants     |
| Mylène      | 25 ans | Féminin | baccalauréat en sciences infirmières | 2 ans               | Soir             | Temps complet   | Célibataire sans enfant |
| Frédérique  | 29 ans | Féminin | Maîtrise en sciences infirmières     | 6 ans               | Soir/ Jour       | Temps partiel   | Célibataire sans enfant |

Tableau 1 Description des participantes

### *L'analyse des données*

Selon Giorgi (1979, 1997), la méthode phénoménologique d'analyse des données s'effectue conformément aux cinq étapes suivantes : a) la collecte des données verbales, b) la lecture des données, c) la division des données en unités de signification (identification de sous-thèmes), d) l'organisation et l'énonciation des données brutes dans le langage de la discipline (identification de thèmes), ainsi que e) la synthèse des résultats (l'essence). Tel que suggéré par Giorgi (1997), l'utilisation de la variation libre et imaginaire a permis d'évaluer l'aspect essentiel de chaque thème et de favoriser l'émergence de l'essence du phénomène, plus précisément la signification «universelle» du phénomène. En d'autres mots, c'est à partir de l'analyse des *verbatim* des entrevues de personnes ayant vécu le temps supplémentaire obligatoire que l'on est arrivé à décrire et comprendre la signification de l'expérience d'infirmières œuvrant dans un centre hospitalier.

### *La rigueur phénoménologique*

Les principaux critères de scientificité en phénoménologie sont l'« authenticité » et la « crédibilité » (Cara, 2004; Van Manen, 1990; Whittemore, Chase, & Mandle, 2001). L'**authenticité** signifie que les résultats correspondent bien à l'expérience telle qu'elle est vécue et décrite par les participantes (Cara, 1997, 2004). Ce critère est assuré par le respect de la méthode phénoménologique de Giorgi (1997), notamment la réduction phénoménologique qui comprend le *bracketing*, la validation interjuge des données de l'analyse, de même que de multiples lectures afin d'assurer que les résultats concordent le plus exactement possible avec l'expérience décrite par les participants. Par ailleurs, la **crédibilité** consiste à ce que les résultats décrivent vraiment le phénomène à l'étude (Cara, 2004 ; Whittemore et al., 2001). Ce critère est assuré par la diversité des participants et par les entrevues réalisées le plus possible jusqu'à redondance (Benner, 1994). La variation libre et imaginaire pour la recherche de l'essence, telle que proposée par Giorgi (1997), et le *bracketing*, appliqués tout au long de l'étude, contribuent également à assurer la crédibilité (Cara, 1997, 2004). Enfin, la reconnaissance du phénomène par des experts (autres infirmières en centres hospitaliers ayant vécu le TSO) contribue également à la crédibilité des résultats.

### *Les considérations éthiques*

Le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal auquel la recherche a été soumise, a émis un accord écrit autorisant l'étude. Aussi, suite au recrutement, les participantes ont été invitées à lire un feuillet d'informations qui leur a été remis concernant le projet de recherche afin de bien comprendre le but de l'étude. Elles ont ensuite confirmé leur participation en signant le formulaire de consentement. L'identité des participantes a été protégée par l'emploi d'un

pseudonyme et la confidentialité assurée par la mise sous clé des données et des bandes sonores. Enfin, celles-ci pouvaient en tout temps se retirer de l'étude.

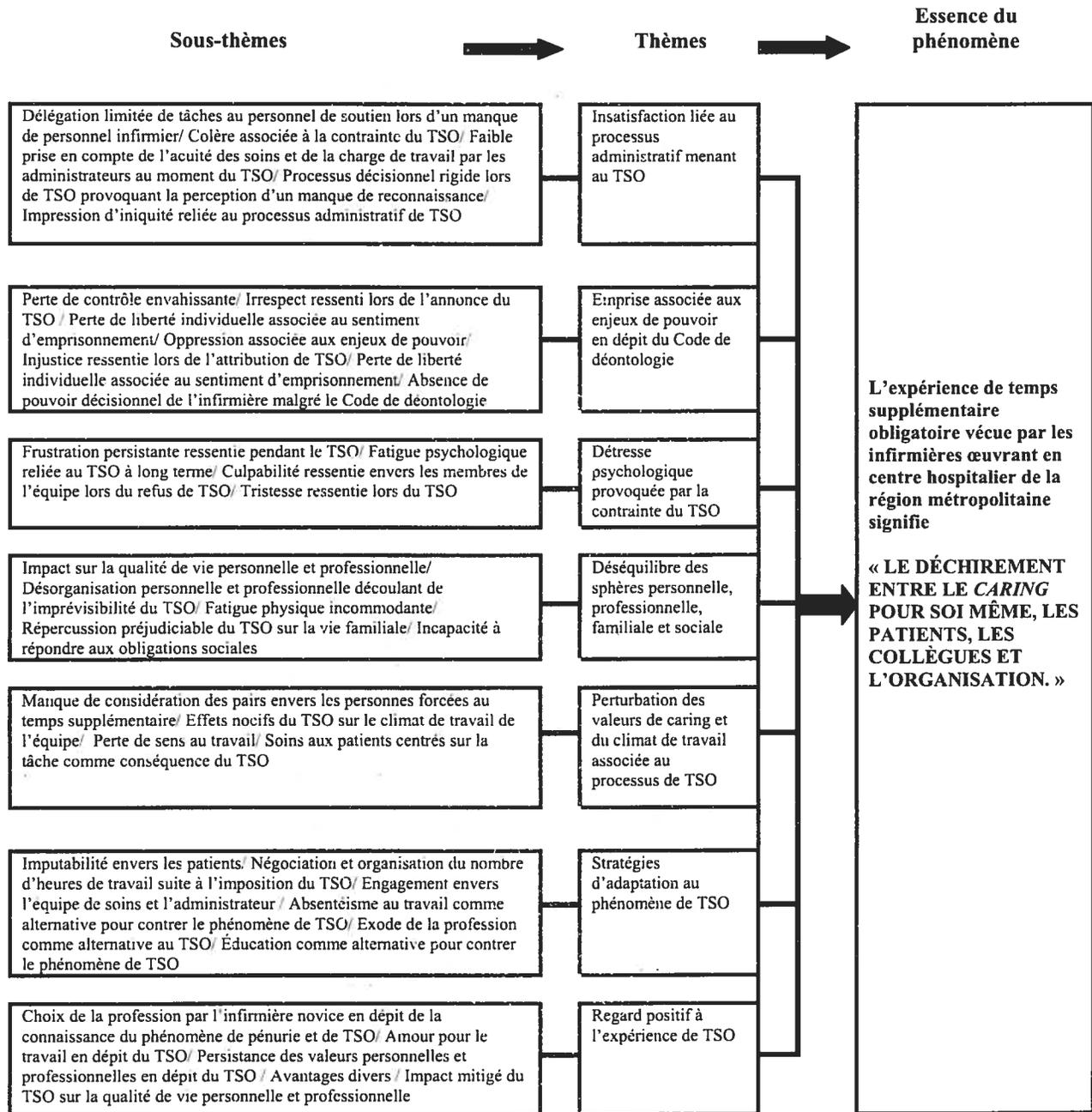
## LES RÉSULTATS ET LA DISCUSSION

L'analyse des données a permis d'identifier 34 sous-thèmes, desquels émergent les sept thèmes de l'étude (Tableau 2) soit : a) l'insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO, b) l'emprise associée aux enjeux de pouvoir en dépit du Code de déontologie, c) la détresse psychologique provoquée par la contrainte du TSO, d) le déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale, e) la perturbation des valeurs de *caring* et du climat de travail associée au processus de TSO, f) les stratégies d'adaptation au phénomène de TSO et, enfin, g) le regard positif à l'expérience de TSO. Dans le but d'éviter d'alourdir le texte, seuls les principaux sous-thèmes seront discutés. L'ouvrage original peut être consulté afin d'y retrouver les résultats détaillés.

### Insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO

Ce thème, l'insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO, s'avère le troisième en termes de fréquence, selon les participantes. Les participantes sont d'avis que les mécontentements ressentis sont attribuables aux demandes relatives aux tâches et aux rôles, ce qui amène le sentiment de frustration pouvant mener à des problèmes de santé psychologique au travail. En effet, les participantes dénoncent le faible soutien accordé dans leurs tâches. Le TSO est appliqué de façon rigide, sans considération pour la charge de travail et la gravité des maladies affectant la clientèle. En effet, la décision du TSO repose fréquemment sur le nombre de patients présents sans égard pour leurs besoins, ce qui entraîne une perception d'incohérence.

Tableau 2 : Schéma du processus d'analyse phénoménologique



Les participantes mentionnent qu'il est fréquent que les administrateurs optent pour l'ajout d'une personne appartenant au personnel de soutien, lors d'une pénurie de main d'œuvre infirmière. Cette décision est prise afin que les infirmières puissent se consacrer aux tâches exigeant des compétences et des connaissances précises. Deux constats sont clairement ressortis de la présente étude. L'un réfère à l'importance du personnel de soutien dans l'équipe de soins afin d'assurer un renfort aux infirmières ainsi qu'à la clientèle. Par contre, le second constat concerne le remplacement du personnel infirmier réglementé par le personnel de soutien. Cette pratique s'avère risquée pour le patient et amène une diminution de la satisfaction au travail des infirmières, puisque plusieurs tâches exigent des connaissances et des compétences spécifiques ne pouvant être déléguées. Isabelle exprime bien cette contradiction :

*[...] sauf que c'est sûr que si on avait plus de soutien des autres métiers, je ne sais pas...des personnes de soutien, sauf qu'il y a des fois où tu ne peux pas déléguer tout là, même si des fois c'est ça qu'il faut. Ils vont t'envoyer un préposé aux bénéficiaires, mais ils ne peuvent vraiment pas le faire...oui ça va m'aider parce qu'il a deux bras, ... on trouvait que ça nous aidait plus ou moins, oui ça peut aider pour certains [...]*

Les résultats de la présente recherche appuient ceux de quelques études qui ont établi une relation significative entre le manque d'effectifs infirmiers et l'accroissement du taux de mortalité des patients (Aiken et al., 2002; Needleman, Buerhaus, Matke, Stewart, & Zelevinsky, 2002) ainsi que l'insatisfaction au travail, un taux d'absentéisme plus élevé et une intention plus prononcée de quitter la profession (McGillis Hall, Irvine Doran, Baker, Pink, Sidani, O'Brien Pallas, & Donner, 2001; O'Brien-Pallas, Baumann, Blythe, Colotylo, & Underwood, 2004). D'autres auteurs (Aiken & Clarke, 2003; Golden & Jorgensen, 2002) soutiennent qu'un ratio infirmière / patients plus élevé lors de TS amène l'infirmière à ressentir de la fatigue, à prendre soin de ses patients de façon inadéquate et à réduire sa vigilance lors de procédures. À l'opposé, l'*American Nurses Association* (Gallagher, Kany, Rowell, & Peterson, 2000) soulignait, lors d'une conférence, que le ratio infirmière / patients ne suffit pas à assurer la sécurité de la

clientèle. Ces auteurs considèrent que l'évaluation de la gravité des maladies affectant les patients, pour déterminer le ratio requis, demeure la façon de faire la plus efficace.

Par ailleurs, l'attribution du TSO génère beaucoup de colère chez les infirmières qui le vivent. Isabelle exprime la rage ressentie: *«Je fais ma nuit puis le matin il m'oblige à rester ...je pouvais bien être frustrée là ... puis j'ai vraiment vécu des rages avec ça là, vraiment!»*.

Les résultats de cette étude appuient les propos de plusieurs auteurs qui ont identifié la colère comme un symptôme émotif pouvant conduire à l'épuisement professionnel (CGSST, 2006a; Duquette, Kérouac, Sandhu, & Beaudet, 1994) L'infirmière perçoit un manque de justice relié au processus administratif. Les participantes ont mentionné être plus souvent obligées que d'autres au TSO, en raison de leur âge et de leur ancienneté dans l'organisation. Lorsque le TSO est reconnu et exigé, la liste du tour de rôle débute, et dans certains cas, la fin de la période financière efface la liste et recommence au début. Mylène explique : *« À tour de rôle, mais après un « laps » de temps. Admettons que ça fait deux mois qu'ils n'ont pas fait de temps supplémentaire obligatoire, bien là, ça revient à moi, donc finalement, c'est toujours à moi. »*. Ces résultats diffèrent de ceux provenant de l'étude de Trinkoff et al. (2006) qui soulignent qu'un nombre important d'infirmières vivent le TSO, tous âges confondus.

#### Emprise associée aux enjeux de pouvoir en dépit du Code de déontologie

Ce second thème indique clairement un sentiment de perte de contrôle, d'emprisonnement et une impression d'être prise en otage lors du TSO. Arianne explique:

*Je pense être prise pour acquis puis de ne pas avoir le choix là, puis d'être comme obligée, puis d'être emprisonnée, mais j'avais comme... je pense que c'est ça, d'être emprisonnée dans ton milieu de travail là. Tu te dis d'habitude bon... tu sais que tu finis ton quart, mais tu rentres puis tu sais jamais quand tu*

*vas finir. C'est l'incertitude, puis c'est un sentiment d'emprisonnement, je pense.*

De même, la perte de contrôle semble être vécue comme une séparation avec les valeurs de *caring* et les valeurs fondamentales de l'éthique professionnelle et morale. Mylène exprime la perte de contrôle de la façon suivante : «...c'est insultant parce que lorsque tu n'as pas le contrôle sur ce que tu fais, sur ce qui t'arrive, c'est insultant, parce que tu le sens un peu comme une prise d'otage...c'est comme ça que je me sentais ». Ce résultat coïncide avec les propos de quelques auteurs (Baumann et al., 2001; CGSSTa, 2006; Niedhammer & Siegrist, 1998; Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand-Leclerc, 2002) qui reconnaissent l'importance du contrôle des individus sur les impacts négatifs des facteurs de risque organisationnels. Il apparaît important de souligner que selon quelques auteurs (Baumann et al., 2001; Cheng, Kawachi, Coakley, Schwart, & Colditz, 2000; Karasek & Theorell, 1990; Laschinger, Finegan, Shamian, & Almost, 2001) une surcharge de travail peut être moins néfaste pour la santé des travailleurs s'ils ont un degré de contrôle sur les demandes qui leur sont adressées.

D'une part, les résultats démontrent que les infirmières se sentent peu considérées et ont le sentiment que leur présence est prise pour acquise; d'autre part, elles soulignent comprendre les raisons qui sous-tendent le TSO tout en ressentant un manque de respect, puisqu'elles doivent faire le TSO malgré les causes qui y sont associées. Ce résultat corrobore les propos de quelques auteurs (CGSST, 2006; Laschinger, 2004; Mathieu & Mayrand-Leclerc, 2002; Mishra & Spreitzer, 1998) ayant discuté de l'importance du respect de la part de l'administration. Récemment, dans une étude randomisée contrôlée effectuée auprès de 285 infirmières, Laschinger (2004) a constaté que seulement 38.3% des infirmières ont jugé avoir été traité avec respect par des administrateurs. En effet, Mathieu et Mayrand-Leclerc (2002) et Mayrand-Leclerc et al. (2005) spécifient qu'un administrateur respectueux démontre, par des gestes de reconnaissance (CGSST, 2006), une attitude mobilisatrice et contribue à la création d'un environnement de travail sain.

Le sentiment d'oppression est un résultat identifié dans la présente étude. L'impression de n'entrevoir aucune issue possible et le fait de constater que les problématiques associées à la pénurie n'auront pas de solution à court terme demeurent omniprésents pour les participantes à l'étude. L'oppression apparaît lorsque les infirmières vivent de la colère et de la frustration. Ceci concorde avec les résultats de recherche (Cara, 1997; Tinsley & France, 2004) qui rapportent que les infirmières ressentent de l'oppression lorsqu'elles ont la perception de ne pas pouvoir influencer positivement leur environnement de travail. Thomas (2003) de même que Tinsley et France (2004) remarquent que le temps supplémentaire obligatoire constitue le point marquant ayant contribué au sentiment d'oppression.

L'injustice ressentie, conséquence de l'emprise lors de TSO, ressort comme résultat dans la présente étude. Les participantes stipulent que toutes les infirmières devraient faire une part d'heures supplémentaires afin d'alléger le fardeau occasionné par le TSO. L'injustice ressentie par les participantes est appuyée dans la littérature. En effet, selon Laschinger et Finegan (2005), la perception d'injustice chez les participantes semble coïncider avec leur peu d'expérience dans la profession, et réfère aux perceptions des employés sur l'équité dans les processus et les activités liées à leur travail.

Le manque de considération à l'égard des infirmières se traduit par les attitudes, les propos tenus par les administrateurs ainsi que le peu de recours lorsque le TSO amène les infirmières à vivre sous l'emprise des exigences déontologiques de la profession. Voici les propos de Frédérique :

*Quand tu veux t'en aller, tu devrais avoir le choix de t'en aller. Même quand j'ai été obligée, je n'aurais pas pensé m'en aller. J'ai trouvé des moyens d'adaptation, mais je n'aurais pas osé, j'aurais eu la «trouille» de perdre ma job ou je ne sais pas quoi. Je ne sentais vraiment pas de recours.*

Les participantes questionnent leur pouvoir décisionnel, lors de refus du TSO pour des raisons familiales ou sociales. L'OIIQ (2004) indique clairement que les infirmières ne peuvent utiliser le Code de déontologie comme moyen de pression pour

signifier leur refus de faire des heures supplémentaires ou pour cautionner un geste collectif concerté à cet effet. Les deux facteurs prédictifs les plus importants de la satisfaction professionnelle des infirmières sont l'effort et l'engagement de l'organisation (Blegen, 1993; Laschinger, Finegan, Shamian, & Wilk, 2001; Laschinger, Finegan, & Shamian, 2001). Selon les résultats de la présente étude, les infirmières constatent le peu d'efforts de leurs administrateurs et de leurs organisations pour contrer le phénomène de TSO. Les écrits scientifiques corroborent les résultats de la présente étude.

### Détresse psychologique provoquée par la contrainte du TSO

Le thème détresse psychologique provoquée par la contrainte du TSO correspond à la frustration, la fatigue psychologique, la culpabilité et la tristesse ressenties par les participantes obligées au TS. Ces résultats confirment les propos de plusieurs écrits scientifiques. En effet, les problèmes de santé psychologique au travail ont augmenté de façon significative dans les 20 dernières années (CGSST, 2006a), ce qui amène à percevoir la détresse psychologique dans un contexte de TSO comme un enjeu de grande importance.

Les résultats de la présente étude démontrent que le sentiment de frustration demeure l'un des plus grands facteurs associés à la détresse psychologique. En effet, la CGSST (2006a) est d'avis que les symptômes tels que la dépression, l'anxiété et l'ennui ainsi que la frustration et l'irritabilité peuvent conduire à l'épuisement. Isabelle exprime son sentiment de frustration :

*[...] j'ai des enfants, le matin je me lève tôt avec eux autres pour l'école, puis je me recouche pas avant ... un petit deux heures le soir, puis que je fais ma nuit puisque le matin il m'oblige à rester c'est .. en tout cas moi, personnellement ... je pouvais bien être frustrée là.*

Ces symptômes de détresse, explique la CGSST, surgissent lorsque la personne fait face à des attentes contradictoires de la part de ses supérieurs ou de ses collègues, ou encore lorsque ces attentes sont incompatibles à ses valeurs. D'ailleurs, en contexte de TSO, les infirmières estiment que les attentes de l'organisation à leur égard ne correspondent aucunement à leur idéal professionnel.

Selon les résultats de la présente étude, la fatigue psychologique s'avère aussi une conséquence du TSO. Il apparaît important de préciser que la santé mentale au travail fait référence au sentiment de bien-être ou de mal-être psychologique que les travailleurs ressentent par rapport au travail (CGSST, 2006a). Cette fatigue, pouvant se répercuter dans le milieu professionnel, familial ou autre, ajoute un sentiment d'épuisement psychologique qui entraîne souvent une incapacité à prendre soin adéquatement de la clientèle en cause.. Les propos d'Éléna illustrent cet aspect : «

*Il faut toujours répéter les mêmes choses, entendre le monde crier, souffrir, après huit heures que tu as entendu quelqu'un crier là, parce qu'il a mal, mais quatre heures de plus, c'est comme si ça te pèse. Moi ça me fait un poids, je ne suis plus capable de l'entendre crier, ça vient me chercher, tout est à bout, parce que tu sais que tu en as trop.*

Ce résultat coïncide avec les propos du CGSST (2006a), à savoir que l'épuisement professionnel découle principalement de la fatigue psychologique.

Le sentiment de culpabilité envers l'équipe lors de TSO demeure présent puisque les participantes ont mentionné ne pas pouvoir être indifférentes à l'impact de leur refus sur l'équipe. Le sentiment de culpabilité vécu semble les amener à vouloir compenser pour les conséquences que leur refus pourrait causer à l'équipe. Éléna traduit bien les propos des participantes : « *On dirait que tu veux toujours te racheter. Tu finis par te sentir coupable parce que tu dis ah, non, je ne peux pas, puis demain je vais compenser.* » Le fardeau de la culpabilité demeure un poids et est susceptible d'amener la personne forcée au TSO à anticiper de la souffrance puisqu'aux yeux de son équipe,

elle est inadéquate. Ceci concorde avec les écrits de la CGSST (2006a), à savoir que la culpabilité est à la fois un facteur de risque susceptible d'amener la détresse psychologique, et un symptôme indiquant la présence d'une telle détresse chez les individus en milieu de travail.

#### Déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale

Ce thème représente les impacts vécus sur différentes sphères de la vie des participantes suite au TSO. Ce thème est celui qui s'avère le plus souvent abordé par les participantes. Composer avec le travail, les études, la famille et la vie sociale exige structure et organisation. En effet, ceci est discuté notamment par le Ministère de l'Emploi, de la solidarité sociale et de la famille (2004), pour qui les horaires de travail atypiques, le manque de prévisibilité, le peu de ressources disponibles, les situations familiales complexes et la rareté de la main-d'œuvre permettent peu de conciliation travail-famille.

Le TSO, affirment les participantes, exerce un impact majeur sur la qualité de vie personnelle et professionnelle. L'impression que la vie personnelle n'est pas prise en compte et le sentiment d'incohérence en regard de l'incapacité à prendre soin de soi, sont autant de résultats qui sont clairement ressortis de la présente étude. Le *verbatim* d'Isabelle explique cette incohérence :

*Tu te dis que ça n'a pas d'allure, tu soignes des patients, des gens malades, puis toi tu risques de te rendre malade, tu n'as pas de conditions pour subvenir à ça des fois, ce n'est pas tout le monde qui est capable de faire du temps supplémentaire.*

De même, Ariane mentionne le TSO comme étant un facteur bouleversant sa vie personnelle, ce qui restreint sa qualité de vie en général. De plus, elle ajoute que le TSO l'amène à considérer que la vie personnelle et professionnelle ne font qu'un.

La tendance à planifier les besoins en personnel à la dernière minute contribue à désorganiser les équipes de travail. Cette désorganisation amène un sentiment de perte de contrôle sur la planification de la vie personnelle. Éléna mentionne que le fait de savoir à l'avance qu'elle devra faire du TSO lui permettrait d'acquiescer à la demande de façon plus acceptable. Devoir s'organiser en fonction du TSO possible empêche les participantes de planifier des activités personnelles, familiales ou sociales après leur quart de travail. Ce résultat correspond à la cinquième dimension énoncée par Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc (2002), concernant un environnement de travail optimal, dimension qui fait référence à la prévisibilité.

La fatigue physique demeure l'un des résultats les plus percutants de la présente étude. Pour les participantes, avoir l'énergie suffisante pour prendre soin de la clientèle s'avère nécessaire à l'obtention d'une plus grande satisfaction au travail. En effet, elles affirment que la fatigue physique crée un impact majeur sur la santé physique et peut donc être la cause de maladies secondaires. Isabelle ajoute que la fatigue physique constitue une cause de son impatience envers ses enfants : « ...je suis fatiguée, puis stressée, puis j'ai moins de patience avec les enfants, c'est certain là. Tu te dis bon...les enfants subissent parce que je suis fatiguée. » Aussi, Frédérique mentionne que la fatigue physique générée par le TSO l'amène à adapter ses activités en fonction de son niveau de fatigue. « Lorsque tu es obligée d'adapter ta soirée ou ta journée de travail à ton niveau de fatigue, ce n'est pas normal, moi je trouve que c'est un non-sens. » Le niveau de fatigue intense vécu par Frédérique amène la notion de pratique sécuritaire, puisqu'elle utilise la double vérification afin de réduire le risque d'éventuelles erreurs lors des TSO. Les participantes discutent de la fatigue, notamment en termes de manque de sommeil. Ce résultat concorde avec les écrits de quelques auteurs (Blachowicz & Letizia, 2006; CGSST, 2006a; Tabone, 2005) qui reconnaissent que la quantité et la qualité des heures de sommeil exercent un impact majeur sur le moral, la performance et la qualité de vie. Aussi, le *National Sleep Foundation* (2001) ajoute qu'un déficit de sommeil est associé à une diminution de l'état d'alerte, une augmentation de tâche non

complétée, des troubles de concentration, de l'irritabilité, des actions ainsi que des décisions non sécuritaires pour la clientèle. D'autres auteurs (Jha, Bradford, & Bates; 2001), dans une revue systématique de littérature au sujet de la fatigue, le sommeil et les erreurs, ont observé qu'un adulte qui a moins de cinq heures de sommeil par 24 heures, voit ses habiletés mentales décliner. Dans le même ordre d'idées, après deux nuits de manque de sommeil, la performance cognitive peut tomber jusqu'à 40 % de sa capacité (Jha, Bradford, & Bates; 2001).

Les individus qui travaillent de longues heures peuvent avoir de la difficulté à concilier un certain équilibre entre les sphères professionnelle et personnelle. Dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre infirmière, le défi lié au nombre d'heures de travail est largement documenté dans la littérature. Le conflit travail-famille semble prendre des proportions considérables en temps de pénurie puisque l'irrégularité des heures de travail demeure un important prédicteur de conflit travail famille (Flarey, 2001; Simon, Kümmerling, & Hasselhorn, 2004). Tout comme ceux de Burke et Greenglass (1999, 2001), les résultats de cette étude permettent de constater qu'il existe un lien étroit entre une faible conciliation travail-famille et une diminution de la satisfaction au travail ainsi qu'une augmentation de la détresse psychologique. D'ailleurs, l'ampleur de la problématique associée à la conciliation travail-famille a amené le Gouvernement du Québec (2004) à mettre en place une politique sur la conciliation travail-famille. Malheureusement, encore aujourd'hui, il semble que le peu d'impact de cette politique ne facilite pas le contexte de travail des infirmières.

Enfin, l'isolement social est une des conséquences du TSO puisque les heures de travail sont plus importantes que les heures de liberté. À notre connaissance, il semble y avoir une absence notoire d'études portant sur l'impact que peut avoir le TS sur les activités sociales, dans un contexte de pénurie. Ce résultat s'avère donc novateur puisque peu d'auteurs se sont intéressés à l'isolement social provoqué par le TSO.

Perturbation des valeurs de *caring* et du climat de travail  
associée au processus de TSO

Ce thème représente l'impact du TSO sur les valeurs de *caring* et le climat de l'équipe, lequel peut provoquer une perte de sens au travail. Ainsi, les participantes croient que le TSO rend difficile le fait de prendre soin des patients avec compétence et selon leurs valeurs de *caring*. En effet, ce résultat permet d'affirmer que les infirmières retrouvent du sens à leur travail, lorsqu'elles perçoivent de la cohérence dans leur relation avec le patient. Ce résultat corrobore notamment les propos de Duquette et Cara (2000) qui spécifient qu'une perte de sens au travail peut survenir s'il y a incohérence entre les valeurs de *caring* et celles du milieu de travail. Mylène souligne ainsi la perte de sens au travail lors de TSO : « *Je pense qu'un moment donné, tu t'écoeures puis tu ne vois plus ce que tu aimais dans ta job, parce que tu n'es plus nécessairement là parce que tu le veux.* » En outre, d'autres auteurs (CGSST, 2006a; Kristensen, 1999) reconnaissent que le sens au travail demeure un élément essentiel donnant l'impression que le travail effectué est important et incitant l'employé à se sentir motivé et impliqué professionnellement. En ce qui concerne les infirmières, quelques auteurs (Baumann et al., 2001, Bourbonnais et al., 2000) sont d'avis qu'elles trouvent un sens au travail lorsqu'elles peuvent s'occuper de la santé d'un patient de façon globale.

À la lumière des *verbatim*, on constate que le TSO amène l'infirmière à se centrer sur l'exécution de tâches plutôt que de prendre soin de la personne soignée. La priorité accordée aux tâches cliniques lors de TSO, affirment les participantes, constitue une menace à la qualité et à l'humanisation des soins offerts à la clientèle. Par exemple, Mylène affirme devoir faire un effort considérable pour prendre soin des patients, ce qui provoque un fardeau face à la souffrance de l'autre.

*Je vais m'intéresser aussi, sauf que plus de temps que je passe là, moins j'ai d'intérêt. Je vais m'intéresser plus quand ça fait un petit bout que je n'en ai pas fait, puis que je suis en forme... je vais plus aller chercher les dossiers, chercher l'histoire au complet, ouvrir mes livres... Sauf que lorsque je travaille beaucoup, ça ne me tente même plus, j'exécute.*

Ceci corrobore les propos de quelques auteurs dont Alderson (2004), Montgomery (1993) et Watson (1999). En effet, pour Watson (1999), l'approche de *caring* s'inscrit dans une démarche philosophique où l'être humain est au cœur des préoccupations des soignants.

Le manque de considération des pairs, résultat qui ressort de cette étude, est décrit comme étant l'un des plus grands facteurs de la perturbation du climat de travail. Il apparaît, à la lumière des propos des participantes, que « forcer » une infirmière au temps supplémentaire s'oppose à un climat de travail s'appuyant sur les prérogatives du *caring*. En effet, des relations de travail médiocres engendrent beaucoup de souffrance. La citation de Mylène l'illustre bien :

*Je trouve que le temps supplémentaire obligatoire peut mettre la « bisbille » dans une équipe qui va bien, parce qu'un moment donné, quand tu sais que quelqu'un va être obligé de rester, là tout le monde essaie de trouver une raison puis au pire, tu vas écraser l'autre pour que l'autre soit obligé de rester, tant mieux parce que toi tu vas partir chez vous. Ce n'est pas bon pour les personnes individuelles et ce n'est pas bon pour l'esprit d'équipe non plus.*

Bien qu'aucun écrit scientifique ne porte sur cet aspect, Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc (2002) reconnaissent toutefois que les infirmières œuvrant en milieu clinique font face à des problématiques dans leur environnement de travail, tels que : le bris des équipes de travail ainsi que l'instauration d'un climat de méfiance. Cet état de fait révèle, une fois de plus, la nature novatrice de la présente recherche.

Toutefois, Cara (1997) souligne que les administrateurs qui adoptent une vision de *caring* amènent les infirmières à percevoir leur environnement de travail de façon positive. Selon Rodney et ses collaborateurs (2006), depuis la restructuration du réseau de la santé québécois, les équipes de soins ont été disséminées, le travail est plus individualisé et l'entraide s'avère quasi absente. Les résultats de la présente étude confirment que le contexte de TSO ne peut qu'accentuer l'effet néfaste déjà observé par Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc (2002).

### Stratégies d'adaptation au phénomène de TSO

Ce thème correspond aux diverses stratégies d'adaptations exposées par les participantes à l'étude et qui leur permettent de s'ajuster aux demandes, aux changements et à la détresse liée au TSO. Ce thème est le second en fréquence pour les participantes. En effet, les stratégies d'adaptation sont utilisées pour se protéger contre la souffrance, affirme Alderson (2004a). Celle-ci explique qu'à plus ou moins long terme, leur utilisation peut avoir un effet négatif sur la santé mentale des infirmières qui y recourent dans la mesure où elles les portent à se conformer à une situation moralement douloureuse ou à la fuir plutôt qu'à tenter de la changer.

Toutes les participantes à l'étude ont affirmé se sentir responsables envers le patient et cette attitude est utilisée comme stratégie d'adaptation. Les propos des participantes confirment que le patient demeure au centre de leur décision malgré le contexte de TSO. Elles soulèvent le fait qu'il est important que le patient reçoive des soins de qualité, malgré les facteurs intrinsèques à la pénurie. Éléna et Isabelle affirment devoir faire le TSO pour le bien-être des patients. Arianne exprime bien les propos de l'ensemble des participantes : « ...c'est pas la faute de la personne malade, c'est de la personne qui a eu son intoxication là...[...] c'est pas de sa faute si le système de santé est en pénurie... » La responsabilité professionnelle et déontologique amène l'infirmière à prendre soin de la personne et à se sentir imputable de celle-ci pour éviter l'accroissement des risques de complications chez la personne soignée. Ceci rejoint les directives de l'OIIQ (2006) qui stipulent qu'en raison de son statut professionnel, l'infirmière doit faire preuve de compétence, démontrer un haut niveau d'intégrité et engager pleinement sa responsabilité dans l'exercice de sa profession.

La négociation de même que la rémunération, suite à l'imposition du TS, rendent le TSO plus tolérable selon les participantes. Voici le *verbatim* de Mylène :

*Tu es obligée de rester, mais regarde ce que je vais faire pour toi... alors au moins, je vais te donner une journée de congé demain. Ça, c'est apprécié quand*

*même parce qu'au moins tu as le temps de te reposer le lendemain. Ça, c'est une méthode qui est mieux quand même, que dire : « Je t'oblige à rester », puis le lendemain tu es obligée de rentrer à 16h00.*

Ce résultat concorde avec les propos de l'AIIC (2006) révélant que 76% des infirmières bénéficient d'une rémunération financière ou compensatoire, à la suite des heures supplémentaires. Toutefois, la négociation et la rémunération compensatoire peuvent engendrer un effet pervers selon les participantes. En effet, cette façon de faire accroît la problématique de disponibilité des ressources pour les quarts de travail suivants. Peu d'écrits confirment ou infirment ce résultat.

L'engagement envers l'équipe et l'administrateur constitue une autre stratégie d'adaptation. Frédérique affirme que son sentiment de responsabilité envers l'équipe l'incite à accepter le TS. Les participantes à l'étude ont également reconnu le malaise des administrateurs lorsqu'ils doivent astreindre les infirmières au TS. En effet, les participantes soulignent les efforts des administrateurs pour diminuer les heures en TSO ainsi que le respect des contraintes lorsqu'elles ne peuvent assumer le TSO. De plus, les administrateurs sont impuissants devant le manque de ressources infirmières, ajoute Isabelle. Ceci coïncide avec les propos de l'*Institute of Medicine* (2004) et de Laschinger et Finegan (2005), pour qui l'environnement de travail positif permet aux infirmières d'être engagées auprès des patients, des collègues, des administrateurs ainsi qu'envers leur profession.

Les résultats indiquent que l'éducation, l'exode, de même que l'absentéisme sont également utilisés comme stratégies d'adaptation face au phénomène de TSO. Frédérique a quitté la profession durant une année et ces propos traduisent son état d'exaspération :

*Ah, la goutte venait de déborder. Tu vois je retournais à l'école et j'avais déjà pris la décision que je retournais à l'école, même quand j'y suis retournée, j'avais dit à mon infirmière-chef, je vais te faire les fins de semaines. Ça faisait mon affaire de continuer à travailler, puis je me suis cherché un autre travail,*

*puis j'ai été travaillé dans un autre domaine. ... dans un autre domaine carrément !*

Ces résultats corroborent les propos de plusieurs auteurs. Selon un sondage effectué par l'ANA (2001), 88% des infirmières mentionnent vouloir quitter la profession pour des raisons de santé et de sécurité. Pour les participantes de la présente étude, les statistiques liées à l'exode sont très révélatrices et amènent les infirmières à entrevoir d'autres possibilités de carrière. Selon Rivers, Tsai et Munchus (2005), l'environnement de travail et la perception d'un manque de loyauté des administrateurs de leur organisation contribuent à l'exode des membres de la profession. Plusieurs auteurs (AHC, 2006; O'Brien-Pallas et al., 2001; Viens, Lavoie-Tremblay, & Brabant, 2004) sont d'avis que l'augmentation des heures supplémentaires et les problèmes de santé psychologique au travail coïncident avec l'augmentation de l'absentéisme. Selon les conclusions de la revue des écrits de Viens, Hamelin-Brabant, Lavoie-Tremblay, et Brabant (2005), un environnement de travail sain contribue à une importante diminution des taux d'absentéisme et de roulement des infirmières.

#### Regard positif à l'expérience de TSO

Ce dernier thème souligne que, malgré le contexte très difficile du réseau de la santé, les infirmières arrivent à identifier des aspects positifs à l'expérience de TSO. Par exemple, les participantes à l'étude ont affirmé éprouver de l'amour pour la profession. En ce sens, Isabelle atteste ceci:

*Il faut vraiment que tu aimes ton travail, ta job parce que c'est vraiment...ça prend vraiment... Pour ma part, je trouve que c'est exigeant et si tu n'aimes pas ça, tu ne peux pas soigner les malades. Ils peuvent finir les cours, commencer à travailler, mais ça peut être assez fort pour dire : ben là, non, moi je lâche, ou bien ça va faire des infirmières qui n'aiment pas leur travail ou ça va faire des infirmières qui n'aiment pas ce qu'elles font.*

Les participantes expriment que l'infirmière ne peut exercer sa profession, où la dimension humaine est pourtant incontestable, si elle n'aime pas ce qu'elle fait. Elles

multiplient les moments de contact avec la personne soignée dans un espace rempli de gestes qui reflètent l'amour pour la profession. Ainsi, les résultats de la présente étude, tout comme certains écrits (Alderson, 2004; Chandra, 2003; Watson, 1997, 1999, 2006), indiquent que l'amour pour le travail demeure un élément de grande importance pour prendre soin des patients dans un contexte difficile.

De plus, les participantes ont ajouté que la pénurie et les conséquences associées, comme le TSO, n'ont pas atténué leurs valeurs personnelles et professionnelles. Les participantes souhaitent éviter aux patients les conséquences des impacts associés au TSO qu'elles vivent. La philosophie du *caring* reflète des valeurs fondamentales en sciences infirmières (Watson, 1997, 1999, 2006). Ceci rejoint les propos de l'OIIQ (2006) à savoir que choisir de soigner, c'est privilégier l'humain, avoir le sentiment d'être utile et de contribuer à l'humanisation des soins. Le TSO, tel que vécu par les participantes, ne semble donc pas avoir atténué cette valeur fondamentale de la profession.

Les participantes à l'étude ont constaté que les jeunes infirmières choisissent la profession infirmière en dépit du contexte de TSO. Il apparaît important de mentionner qu'en contexte de pénurie, la difficulté d'attraction demeure une donnée de grande importance. La médiatisation des conditions de travail difficiles, le manque de ressources, les données concernant la détresse psychologique amènent la population en général, à avoir une image peu positive de la profession. Ce résultat corrobore quelques écrits (Takase, Maude, & Manias, 2006; Seago, Spetz, Alvarado, Keane, & Grumbach, 2006), qui confirment l'importance de redorer l'image de la profession afin de la rendre plus attirante. Ce sous-thème est soutenu dans la littérature; dans les faits, selon les écrits (Takase et al., 2006; Seago et al., 2006), la profession infirmière demeure une carrière de moins en moins choisie et cette situation est liée aux multiples facteurs mentionnés précédemment.

Les TSO sont certes rémunérés dans les organisations; ainsi, les participantes soulignent que l'aspect financier leur a permis une certaine compensation pour les émotions et les impacts négatifs vécus lors du TSO. Éléna l'exprime ainsi :

*Il y a des avantages à être obligée de rester, ça fait de l'argent de plus, puis même si tu n'as pas voulu. Quand je fais un quatre heures, c'est comme si je faisais un quart complet de plus là, quand même là. Alors, c'est considéré. Ça t'a peut-être écoeuré, mais tu es payée quand même. Ce n'est pas du « cheap labor », au moins tu es payée là.*

Ceci rejoint quelques écrits, notamment les propos de l'AIIC (2006), à savoir que pour certaines infirmières le TS demeure un avantage financier qu'elles recherchent et sur lequel elles sont habituées de compter. Toutefois, affirment Chiha et Link (2003), de même que Montmarquette et Thomas (2005), l'impact financier du salaire reste relativement faible par rapport aux heures travaillées. Par ailleurs, Irvine et Evans (1992) soutiennent que la considération pour l'argent devient source de satisfaction en l'absence d'autres sources.

Dans un autre ordre d'idées, les patients constatent le nombre d'heures de travail chez les infirmières, ce qui les amène à formuler moins de demandes auprès de celles-ci. Les participantes à l'étude observent que les patients reconnaissent le nombre d'heures reliées à la charge de travail et au manque de ressources. Voici ce que souligne Mylène:

*C'est sûr que la plupart des patients sont bien compréhensifs, quand ils vont me voir, ils vont dire : « Ah, elle est toujours là », alors on dirait qu'ils vont essayer de moins t'en demander, parce qu'ils savent justement que tu ne t'es pas couchée. En général, ils sont assez compréhensifs. Ils se rendent compte que ce n'est pas nécessairement ton choix d'être là tout le temps.*

Les participantes ont observé la sympathie des patients/ familles lors des TS ou TSO effectués. Cette sympathie s'avère peu documentée dans la littérature.

## L'essence

L'essence qui émerge des thèmes entourant la signification du phénomène de temps supplémentaire obligatoire s'avère le **déchirement entre le *caring* pour soi-même, les patients, les collègues et l'organisation**. Ce déchirement correspond à l'incapacité d'être *caring* pour soi-même, tout en demeurant *caring* pour le patient, les collègues et les administrateurs. Le déchirement représente la souffrance vécue par l'infirmière, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre dans lequel le TSO demeure une pratique courante. La souffrance surgit lorsque l'infirmière, en dépit de ses stratégies d'adaptation et de son regard positif, n'est plus en mesure d'accomplir son travail selon son idéal moral. De plus, l'empêchement d'exercer la profession avec compétence, selon les valeurs du *caring*, amène l'infirmière à éprouver des émotions telles que l'insatisfaction et la détresse, lesquelles peuvent mettre en péril la relation de *caring* entre le soignant et la personne soignée et causer un déséquilibre dans les sphères de la vie et d'éventuels dommages pour la santé de l'infirmière.

Bien que peu d'études se soient intéressées à ce phénomène, Montgomery (1993) a exploré, à l'aide de la théorisation ancrée, les risques émotionnels que peuvent vivre les soignants. Cette auteure reconnaît le soutien requis par les soignants pour faire face aux demandes émotionnelles engendrées par la relation de *caring* avec le patient. D'autres auteurs (Benner & Wrubel, 1989; Kines, 1999) constatent également le risque pour l'infirmière de s'engager de façon excessive dans la relation de *caring* auprès du patient, ce qui peut entraîner chez l'infirmière un surcroît émotionnel. Ce surcroît émotionnel se manifeste lorsque l'infirmière met à l'écart sa propre souffrance pour faire face à la souffrance de l'autre, en l'occurrence le patient, les collègues et les administrateurs, affirme Montgomery (1993). Tout comme l'indiquent les résultats de la présente recherche, Montgomery estime que c'est souvent l'amour pour la profession de même que les valeurs fondamentales associées à l'approche de *caring* qui incitent l'infirmière à poursuivre, malgré sa souffrance, son investissement dans son travail. En effet, selon

Alderson (2004), la faible prise en compte de la relation d'aide et le peu de considération pour l'accompagnement du patient et de sa famille peuvent davantage mener les infirmières à l'épuisement que le travail lui-même. Lorsque le travail des infirmières, tel que structuré, organisé et vécu sur le terrain, ne rejoint ni ne nourrit plus l'idéal professionnel, le plaisir s'estompe et la souffrance surgit, affirme Alderson.

Somme toute, la mission des infirmières soignantes demeure essentielle pour prendre soin de la clientèle. Conséquemment, le phénomène de TSO, qui est en opposition au *caring*, favorise peu la reconnaissance de l'humanisme qui reste la pierre angulaire du prendre soin qui est le sens même de la profession infirmière. Ainsi, le TSO vécu comme un **déchirement entre le *caring* pour soi même, les patients, les collègues et l'organisation** démontre l'urgence, pour les sciences infirmières, de s'attarder à cette problématique d'actualité afin de contribuer, notamment, au renouvellement des pratiques de gestion visant à promouvoir la santé au travail de l'infirmière.

#### Les limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites dont il apparaît important de tenir compte. La première limite correspond au nombre restreint de cinq participants. Toutefois, pour cette recherche effectuée dans le cadre d'un programme de maîtrise pour lequel une limite de temps est imposée, le nombre de cinq participantes était jugé suffisant. Bien que la redondance dont discute Benner (1994) n'ait pas été obtenue pour tous les sous-thèmes, nous sommes tout de même parvenues à une redondance au moment de l'analyse des *verbatim*. Néanmoins, la richesse contenue dans les *verbatim* contribue à offrir une compréhension profonde du phénomène à travers la description de l'expérience d'avoir été astreinte au temps supplémentaire.

Selon les critères de sélection, les femmes sont privilégiées dans la présente étude, ce qui constitue une autre limite, puisque les perceptions des hommes et des femmes concernant le phénomène à l'étude pourraient s'avérer différentes. Par ailleurs, en lien avec les recommandations émises lors de devis qualitatifs, le plus de diversité possible au moment du recrutement a été encouragé. En effet, l'expérience de travail, l'âge ainsi que le statut familial des participantes sont différents.

### Les recommandations pour la pratique et la gestion des soins infirmiers

Les résultats de cette recherche font ressortir l'insatisfaction au travail et la détresse psychologique associées au TSO, ce qui implique un processus qui met en cause l'environnement de travail. Il semble impératif d'optimiser l'environnement de travail afin de contribuer à l'amélioration du climat de travail. De plus, la charge de travail de même que l'incapacité de répondre aux besoins de la clientèle sont également associées à l'insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO. Les auteures suggèrent de porter une attention particulière à la charge de travail lorsqu'une infirmière est forcée au temps supplémentaire. En effet, la charge de travail importante lors du TSO pourrait être susceptible d'amener l'infirmière à omettre des interventions nécessaires auprès de la clientèle desservie. Dans le même sens, il apparaît important d'assurer la présence d'un personnel infirmier compétent, tant pour pourvoir à la sécurité de la clientèle que pour favoriser la satisfaction au travail de l'infirmière et de son équipe. À cet effet, il semble pertinent d'impliquer les infirmières dans les décisions dans un contexte de restrictions des ressources humaines disponibles et de TSO. La révision des modes de distribution de soins permettrait la représentation des niveaux de compétences afin que celles-ci soient déployées de manière adéquate et que puisse être atteint un niveau élevé de satisfaction au travail.

Les résultats de la présente étude indiquent que le TSO occasionne une fatigue physique importante, laquelle contribue à un déséquilibre des sphères personnelle,

professionnelle, familiale et sociale. Une telle fatigue générée par le nombre d'heures de travail consécutif peut accroître le risque d'éventuelles erreurs à l'égard des patients/familles. Il s'avère donc capital de reconnaître les limites physiques exprimées par les infirmières. Ainsi, il semble pertinent de limiter le nombre d'heures en temps supplémentaire volontaire ou obligatoire, tel que recommandé par *l'Institute of Medicine* (2004), afin de prévenir les éventuels préjudices envers la clientèle et qui seraient associés à la fatigue. De plus, les résultats de la présente étude démontrent que le fait de composer avec le travail, les études, la famille et la vie sociale, dans un contexte de TSO, comporte de grandes exigences. En effet, le manque de prévisibilité des horaires de travail, la rareté de la main-d'œuvre, les situations familiales vécues, nous amènent à recommander des mesures de conciliation travail-famille visant à soutenir les infirmières.

En plus de la fatigue physique, la présente étude fait ressortir les conséquences négatives du TSO en termes de fatigue psychologique de l'infirmière. Nous croyons que ces conséquences peuvent sans doute conduire l'infirmière vers l'épuisement professionnel, lequel occasionne des coûts additionnels pour l'organisation. Il importe donc que tous les acteurs concernés travaillent à prévenir les graves conséquences que peut avoir sur la santé mentale et physique des infirmières le fait d'être astreintes à faire du temps supplémentaire obligatoire.

Les résultats de la présente étude indiquent que le Code de déontologie (OIIQ, 2003) protège peu l'infirmière lors du TSO. L'emprise exercée par le TSO demeure un résultat auquel il est urgent de s'attarder. Nous croyons que légiférer sur le nombre d'heures de travail serait une piste de solution pertinente pour contrer les effets néfastes de la pénurie actuelle. En cas de refus d'effectuer des heures de travail supplémentaires, cette législation pourrait permettre de prévenir les actions disciplinaires envers l'infirmière. Aussi, cette législation permettrait de diminuer les multiples impacts sur la santé de l'infirmière et d'encourager fortement les

gestionnaires à trouver des solutions à cette situation chronique de pénurie. Des modifications dans les horaires de travail seraient indiquées pour offrir une plus grande autonomie et flexibilité à l'infirmière soignante afin de promouvoir un équilibre entre ses sphères personnelle et professionnelle.

Les résultats de la présente étude soulignent que la signification du TSO est associée à une perturbation des valeurs de *caring* et du climat de travail, laquelle contribue grandement à la déshumanisation des soins offerts aux patients et à leur famille. Les participantes à l'étude ont d'ailleurs exprimé la nécessité de prioriser les soins directs aux patients et à leur famille. En accord avec Cara (1997), une pratique clinique empreinte de *caring* doit avoir préséance sur les restrictions budgétaires. De même, la reconnaissance du travail semble devoir être repensée. Il serait alors important de miser sur des valeurs organisationnelles qui s'inscrivent dans un processus de valorisation de la dimension humaine du soin et de la collégialité. Il convient donc d'ajouter aux recommandations, l'importance de reconnaître et de valoriser la pratique du *caring* chez le personnel soignant, tel que le recommande Watson, (1997, 1999, 2006). En outre, l'introduction d'une culture de respect mutuel serait pertinente puisque le respect amène les membres de l'équipe à promouvoir une pratique de *caring*. Tout comme Cara (1997), nous croyons qu'il demeure capital d'appuyer non seulement sa pratique clinique, mais aussi sa pratique de gestion sur la philosophie du *caring* afin de promouvoir la satisfaction du personnel de même que des patients/familles.

À la lumière des résultats de la présente étude, on constate que l'infirmière astreinte au TS vit un déchirement source d'une grande souffrance. Nous croyons que l'infirmière aurait avantage à bien comprendre qu'il demeure capital de prendre soin d'elle-même par le sommeil, une saine alimentation et l'exercice physique. De plus, l'engagement mutuel à l'intérieur des équipes de soin pourrait permettre, par le

sentiment d'appartenance, un soutien considérable lorsque le phénomène de TSO surgit. La mise en place de tables de discussion par le personnel concerné constituerait une stratégie favorisant la prise de décisions d'équipe permettant de contrer le phénomène.

En somme, toute intervention visant à promouvoir l'harmonie de l'infirmière au travail pourrait contribuer à diminuer la souffrance vécue lorsque celle-ci se voit obligée à faire du temps supplémentaire. Les infirmières, les cliniciens et les gestionnaires doivent tenir compte du contexte de travail qui peut générer un stress susceptible de conduire à des problèmes de détresse psychologique et à des problèmes de santé physique. Il s'avère donc primordial de créer une culture organisationnelle empreinte de *caring* permettant l'atteinte d'un idéal moral de soins infirmiers et de rétablir ainsi le sens de la profession. Nous sommes d'avis, tout comme d'autres auteurs (Cara, 1997; CGSST, 2006; Nyberg, 1998), que ces recommandations feront en sorte que la philosophie organisationnelle sera cohérente et en harmonie avec les principes de la reconnaissance en milieu de travail et celles des valeurs de *caring*.

#### Les recommandations pour la recherche en soins infirmiers

La pénurie de main d'œuvre infirmière perdure depuis déjà une décennie. Toutefois, le phénomène de TSO demeure peu exploré. Si l'on croit les statistiques prévisionnelles relatives à la main d'œuvre infirmière, le TSO est un phénomène qui ne tendra pas à disparaître si aucune action n'est entreprise. De ce fait, il apparaît capital de poursuivre la recherche sur le phénomène de TSO. Cette même étude pourrait être réalisée auprès des hommes, des mères de famille et des femmes monoparentales afin de comprendre si le phénomène se vit différemment. Il serait également intéressant d'explorer la perception des patients lorsque le personnel effectue plusieurs heures de travail consécutives.

Dans un autre ordre d'idées, les participantes ont souligné qu'elles comprenaient le malaise des gestionnaires lorsqu'ils devaient obliger une infirmière au TS. Nous demeurons convaincues de la présence de souffrance chez les gestionnaires lorsqu'ils astreignent une infirmière à assumer un quart de travail supplémentaire contre son gré. Ainsi, une recherche de type phénoménologique serait pertinente afin de décrire et comprendre la perception de ces dernières lorsque le personnel infirmier est soumis au TS.

Enfin, orienter la recherche vers les stratégies de *coping* pour les infirmières et les gestionnaires en lien avec le phénomène de TSO permettrait aux personnes concernées de mieux faire face à la situation. De tels résultats pourraient contribuer au renouvellement des pratiques de gestion relatives au TSO et à la santé du personnel.

### La conclusion

Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude phénoménologique ont démontré la lourdeur des impacts liés au phénomène de TSO, lesquels peuvent même conduire les infirmières, selon les participantes, vers l'épuisement professionnel. Pour les participantes à l'étude, le TSO signifie l'insatisfaction face aux procédures administratives, l'emprise associée aux enjeux de pouvoir malgré leur code de déontologie, la détresse psychologique, le déséquilibre des différentes sphères de leur vie de même que la perturbation de leurs valeurs de *caring* et du climat de travail. Toutefois, les participantes ont également discuté des stratégies d'adaptation qui leur permettent de continuer à prendre soin et à entrevoir des solutions au phénomène de TSO. Entre autres, l'amour de la profession et l'engagement envers la clientèle, les collègues, les administrateurs et la profession les aident à conserver un regard positif face au phénomène de temps supplémentaire obligatoire. Par ailleurs, l'absentéisme, l'exode et la négociation des heures de travail amènent les infirmières à réaliser qu'il est important de prendre soin de soi, c'est-à-dire, de s'assurer minimalement, d'avoir assez de sommeil et de bien s'alimenter.

Ainsi, la signification de l'expérience vécue des infirmières forcées au TS œuvrant en centre hospitalier se définit par le **déchirement entre le *caring* pour soi-même, les patients, les collègues et l'organisation**. Ce déchirement représente non seulement la perte du sens au travail mais aussi la souffrance vécue par l'infirmière lorsqu'elle ne peut accomplir son travail selon ses valeurs et son idéal moral. L'empêchement de s'acquitter de l'exercice infirmier avec compétence et selon ses valeurs, de même que le sentiment de ne pas pouvoir s'épanouir dans sa profession entraînent cette souffrance. Dans un tel contexte, l'engagement du soignant dans une relation de *caring* avec le soigné, peut représenter un risque pour le soignant. Le risque se présente lorsque le soignant se retrouve dans un état de vulnérabilité émotionnelle, le TSO, dans lequel le soignant peut ressentir une surcharge émotionnelle. Cette surcharge émotionnelle se manifeste lorsque l'infirmière néglige sa propre souffrance pour répondre aux besoins de l'autre, en l'occurrence le patient, les collègues, les administrateurs. Les enjeux vécus à l'heure actuelle dans le réseau de la santé favorisent peu la reconnaissance de la dimension humaine.

Ce souci d'humaniser les pratiques de gestion des ressources humaines doit s'inscrire, notamment, dans un processus de prise en considération de l'importance des personnes dans le milieu de travail. Il apparaît d'une importance capitale que les infirmières soient reconnues et respectées comme personnes ayant un rôle professionnel, un rôle de mère de famille, un rôle de conjointe, un rôle d'amie, pour ne nommer que ceux-ci. Nous rappelant que l'infirmière est, elle aussi, une personne unique ayant un corps, un esprit et une âme, visant la santé et l'équilibre dans toutes ses sphères (personnelle, professionnelle, familiale et sociale), nous reconnaissons les conditions gagnantes pour une pratique pleine de sens, laquelle se veut porteuse de l'espoir d'une plus grande humanisation, non seulement des soins mais aussi du climat de travail.

## Remerciements

Nous désirons remercier les cinq participantes à l'étude. Par leur collaboration, elles ont contribué au développement des connaissances entourant la compréhension, pour des infirmières, de l'expérience d'être forcées au temps supplémentaire obligatoire.

Nous souhaitons également remercier les membres du comité d'approbation et du jury, Monsieur Louis Bolduc, Dre Louise Gagnon ainsi que Dr Alain Legault, pour leurs commentaires judicieux au cours de l'élaboration et de la réalisation de cette recherche.

Toute notre gratitude d'adresse à l'ORIM/L (Ordre Régional des Infirmières et Infirmiers de Montréal/Laval) et le centre FERASI (Formation et Expertise en Recherche en Administration des Services Infirmiers) pour les bourses d'études obtenues qui ont grandement facilité la démarche entourant la réalisation de ce mémoire.

## Les auteurs

Manon Bougie, Inf., M.Sc.Inf., est conseillère clinicienne en soins infirmiers à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Cet article a été rédigé dans le cadre de son mémoire de maîtrise en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

- Chantal Cara, Inf., Ph.D., est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de
- l'Université de Montréal et directrice de ce mémoire. Elle est également chercheure au
- Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR).

### Références

- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2006). *Vers 2020 Visions pour les soins infirmiers. Ontario, Canada* Récupéré de <http://www.cna-aaiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Toward-2020-f.pdf>.
- Aiken, L. H., & Clarke, S. (2003). Failure to rescue: Needless deaths are prime examples of the need for more at the bedside. *American Journal of Nursing, 103*(1), 42-47.
- Aiken, L., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA, 288*(16), 1987-1993.
- Aiken, L., & Patrician, P. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research, 49*(3), 146-153.
- Alderson, M. (2004). La santé au travail des infirmières en unités de soins de longue durée : l'apport de la psychodynamique du travail. *Infirmière Canadienne, 5*(1), 5-11.
- Alderson, M. (2004a). La difficile construction identitaire des infirmières : un facteur prédisposant aux problèmes de santé mentale. *Le Vis-à-vie, 14*(1). Récupéré de <http://www.aqps.info/docs/vav/v14/v14n3.shtml>.
- American Nurses Association. (2001). *Analysis of American Nurses Staffing Survey*. Washington, DC: American Nurses Association
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran, D., Kerr, M., Mc Gillis Hall, L., Zina, M., Butt, M., & Ryan, L. (2001). *Engagement et soins: les avantages d'un milieu sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Toronto : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Récupéré de [www.chsrf.ca](http://www.chsrf.ca).
- 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). Thousand Oaks, CA: Sage
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Don Mills, Ont.: Addison-Wesley.
- Blachowicz, E., & Letizia, M. (2006). The challenges of shift work. *MEDSURG Nursing, 15*(5), 274-280.

- Blegen, M.A. (1993). Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36-41.
- Blythe, J., Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., & Butt, M. (2002). La qualité de vie au travail et la valeur du travail infirmier dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand Leclerc (éds), *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp.23-36). Cap Rouge : Presses inter universitaire.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., & Vézina, M. (1999). Job strain evolution of mental health among nurses. *Journal of occupational health psychology*, 4(2), 95-107.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American journal of industrial medicine*, 34, 20-28.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., & Sarmiento, J., (2000). *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et infirmiers de l'agglomération de Québec*. Québec : Équipe de recherche RIPOST; Université Laval Direction de la santé publique de Québec.
- Cara, C. (1997). *Manager's subjugation and empowerment of caring practices: A relational caring inquiry with staff nurses*. Doctoral Dissertation, University of Colorado Health Sciences Center.
- Cara, C. (mars 2004). *La méthode phénoménologique : une approche qualitative à découvrir*. Communication scientifique. Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières.
- Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations (CGSST) (2006). *La reconnaissance au travail*. Québec : Université Laval. Récupéré de <http://cgsst.fsa.ulaval.ca/reconnaissance>.
- Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations (CGSST) (2006a). *La santé psychosociale au travail*. Québec : Université Laval Récupéré de <http://cgsst.fsa.ulaval.ca/sante>.
- Chandra, A. (2003). Why do nurses leave and what can health organizations do to retain them? *Healthcare and Public Policy*, 81(3), 33-36.

- Cheng, Y., Kawachi, I., Coakley, E. H., Schwartz, J., & Colditz, G. (2000). Association between psychological work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *British Medical Journal*, 320, 1432-1436
- Chiha, Y.A., & Link, C.R. (2003). The shortage of registered nurses and some new estimates of the effects of wages on registered nurses labor supply: A look at the past and a preview of the 21st century. *Health Policy*, 64(3), 349-75.
- Clarke, S. (2003). *Impact de la dotation en personnel infirmier : recherche et perspectives américaines et internationales*. Communication présentée au Colloque des dirigeants en soins infirmiers sur la gestion de demain. Montréal, Québec.
- Côté, E. (2002). La main d'œuvre en soins infirmiers. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds.), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (pp. 39-60). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Duquette, A. & Cara, C. (2000). Le caring et la santé de l'infirmière. *Infirmière Canadienne*, 1(2), 10-11.
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B.K., & Beaudet, L. (1994). Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge. *Issues in mental health nursing*, 15(4), 337-58.
- F.I.I.Q. (2006). *Convention collective*. Récupéré de <http://www.fiiq.qc.ca/convention.htm>.
- Flarey, D. (2001). Mandatory overtime: Mission impossible? *JONAS Healthcare, Law, Ethics and Regulation*, 3(3), 69-74.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006). *Les maux qui affligent nos infirmières. Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*. Récupéré de <http://www.chsrf.ca>.
- Gallagher, R.M., Kany, K.A., Rowell, P.A., & Peterson, C. (2000). ANA's nurse staffing principles. *Prairie Rose*, 69(2), 13.
- Giorgi, A. (1979). An application of Phenomenological method in psychology. In A. Giorgi, C. L. Fisher, & E. L. Murray (Eds.). *Duquesne studies in phenomenological psychology* (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, & A.P. Pirès. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 341-364). Montréal : Éd. Gaëtan Morin.
- Golden, L., & Jorgensen, H. (2002). Time after time: Mandatory overtime in the U.S. economy. *Economic Policy Institute: Briefing Paper*, 1-18.
- Gouvernement du Québec (2004). *Politique sur la conciliation travail-famille* Récupéré de <http://www.politiquessociales.net/>.
- Greenglass, E.R., & Burke, R.J. (1999). Work-family conflict, spouse support, and nursing staff well-being during organizational restructuring. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(4), 327-36.
- Greenglass, E.R., & Burke, R.J. (2001). Stress and the effects of hospital restructuring in nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(2), 93-107.
- Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Irvine, D., & Evans, M. (1995). *Job satisfaction and turnover among nurses: A review and meta analysis*. Toronto: University of Toronto, faculty of nursing Monograph Series.
- Jha, A.K., Bradford, W.D., & Bates, D.W. (2001). *Chapter 46. Fatigue, sleepiness, and medical errors*. Evidence Report/Technology Assessment No 43. Making Health Care Safer: A critical Analysis of patient safety practices. Récupéré de <http://www.ahrp.gov/clinic/ptsafety/index.html>.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work-stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Killien, M. G. (2004). Nurses' health: Work and family influences. *The Nursing Clinics of North America*, 39, 19-35.
- Kines, M. (1999). The risks of caring too much. *The Canadian Nurse*. 95(8), 27-30
- Kristensen, T. (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular diseases. *Scandinavian Journal of work Environment Health*, 25(6), 550-557

- Laschinger, H.K.S. (2004). Hospital nurses perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34, 354-364.
- Laschinger, H.K.S., & Finegan, J. (2005). Using empowerment to build trust and respect in the workplace: A strategy for addressing the nursing shortage. *Nursing Economics*, 23(1), 6-13.
- Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Shamian, J., & Almost, J. (2001). Testing Karasek's demands-control model in restructured healthcare settings. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 233-243.
- Laschinger, H.K.S., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment and organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26(3), 7-23.
- Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work setting: Expanding Kanter's Model. *Journal of Nursing Administration*, 31, 260-272.
- Mathieu, L., & Mayrand-Leclerc, M. (2002). Gestionnaires mobilisateurs demandés. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand Leclerc (éds), *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 127-144). Cap Rouge : Presses inter universitaire.
- Mayrand-Leclerc, M. (2001). *Environnement psychosocial du travail des chefs d'unité(s) de soins infirmiers de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Montréal : une étude descriptive « EPIC »*. Thèse de doctorat inédite. Université Laval, Québec, Canada.
- Mayrand-Leclerc, M., Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., & Brabant, F. (2005). Pour un environnement des gestionnaires infirmiers. *Soins Cadres*, 54, 48-55.
- McGillis Hall, L., Irvine Doran, D., Baker, G.R., Pink, G., Sidani, S., O'Brien Pallas, L., & Donner, G.J. (2001). *A study of the impact of nursing staff mix models and organizational change strategies on patient, system and nurse outcomes*. Toronto: University of Toronto & Canadian Health Services Research Foundation.
- Mishra, A.K., & Spreitzer, G.M. (1998). Explaining how survivors respond to downsizing: The roles of trust, empowerment, justice, and work redesign. *Academy of Management Review*, 23, 567-588.
- Montgomery, C. L. (1993). *Healing through communication. The practice of caring*. Newbury Park : Sage Publications.

- Montmarquette, C., & Thomas, L. (2005). *La pénurie des travailleurs qualifiés. Rapport de projet CIRANO*. Récupéré de <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2005RP-03.pdf>.
- National Sleep Foundation (2001). *Less fun, less sleep, more work: An American portrait*. Washington, D.C. Récupéré de [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org).
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nieldhammer, L., & Siegrist, J. (1998). Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires: l'apport du modèle du Déséquilibre efforts/récompenses. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 46(5), 398-410.
- Nyberg, J. (1998). The elements of caring in nursing administration. *Nursing Administration Quarterly*, 13(3), 9-16.
- O'Brien-Pallas, L. (2003). *Prendre soin du personnel infirmier ... CUSM ensemble*. Récupéré de [http://www.muhc.mcgill.ca/Ensemble/2002dec/fr\\_nurses.htm](http://www.muhc.mcgill.ca/Ensemble/2002dec/fr_nurses.htm).
- O'Brien-Pallas L., Baumann, A., Blythe, J., Colotylo, C., & Underwood, J. (2004). *Construire l'avenir: une stratégie pour les ressources humaines infirmières au Canada: Rapport de synthèse de la recherche*. Canada. Récupéré de <http://www.buildingthefuture.ca>.
- O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Tomblin-Murphy, G., Birch, S., & Meyer, R. (2005). *Nursing Workforce Planning: Mapping the Policy Trail*. The Global Nursing Initiative. Geneva: International Council of Nurses.
- O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Alkinsnis, C., & Bruce, S. (2001). The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road? *Hospital Quarterly*, 4(3), 42-50.
- O.I.I.Q. (2001). *Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé au Québec*. 4e trimestre. Montréal : Centre de documentation de l'O.I.I.Q.
- O.I.I.Q. (2003). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Montréal : Centre de documentation de l'O.I.I.Q.
- O.I.I.Q. (2004). Chronique déonto. Les heures supplémentaires : pour une décision éclairée. *Le journal*, 2(1), 7.

- O.I.I.Q. (2006). *Infirmière, infirmier une profession aux multiples visages*. Récupéré de <http://www.oiiq.org/infirmieres/profession/index.asp>.
- Oiler Boyd, C. (1993). Phenomenology: The method. In P.L. Munhall & C.O. Boyd (Eds). *Nursing Research: A qualitative approach* (pp. 99-132). New York: National League for Nursing.
- Omery, A. (1983). Phenomenology: A method for nursing research. *Advances in nursing sciences*, 5, 49-63.
- 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.
- Reed, S. (2001). Prohibiting Mandatory Overtime: The ANA and law makers are working to eliminate this dangerous practice. *American Journal of Nursing*, 101(11), 23.
- Rivers, P.A., Tsai, K.L., & Munchus, G. (2005). The financial impacts of the nursing shortage. *Journal of Health Care Financing*, 31, 52-64.
- Rogers, A.E., Hwang, W., Scott, L.D., Aiken, L., & Dinges, D.F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety: Both errors and near errors are more likely to occur when hospital staff nurses work twelve or more hours at a stretch. *Health Affairs*, 23(4), 202-212.
- Seago, J.A., Spetz, J., Alvarado, A., Keane, D., & Grumbach, K. (2006). The Nursing Shortage: Is it really about image? *Journal of Healthcare Management*, 51(2), 96-110.
- Shamian, J., O'Brien-Pallas, L., Kerr, M., Koehoorn, M.W., Thomson, D., & Alknis, C. (2001). *Effects of job strain, hospital organizational factors and individual characteristics on work-related disability among nurses*. Final report submitted to workers' safety Insurance board. Toronto.
- Sherwood, G., (2003). Leadership for a healthy work environment caring for the human spirit. *Nurse Leader*, 1(5), 36-40. Récupéré de <http://www.nurseleader.com>.
- Simon, A., Kümmerling, H.M., & Hasselhorn, H.M. (2004). Work home conflict in the European nursing profession. *International Journal Occupational Environment Health*, 10(40), 384-391.
- Tabone, S. (2005). Nurse fatigue: The human factor. *The Alabama Nurse*, 32(3), 14-15.

- Takase, M., Maude, P., & Manias, E. (2006). Impact of the perceived public image of nursing on nurses' word behaviour. *Nursing and Healthcare Management and Policy*, 53(3), 333-343.
- Tinsley, C., & France, N. (2004). The trajectory of the registered nurse's exodus from the profession: A phenomenological study of the lived experience of oppression. *International Journal for Human Caring*, 8(1), 8-12.
- Thomas, S. (2003). Anger: The mismanaged emotion. *Dermatology Nursing*, 15(4), 351-357.
- Trinkoff, A.M., Geiger-Brown, J., Brady, B., Lipscomb, J., & Muntaner, M.D. (2006). How long and how much are nurses now working? *American Journal of Nursing*, 106(4), 60-71.
- Van Manen, A. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Viens, C., Hamelin-Brabant, L., Lavoie-Tremblay, M., Brabant, F. (2005). *Revue de littérature en organisation des soins et du travail pour comprendre et réussir des transformations organisationnelles*. Cap-Rouge, Québec: Éditions Presses Inter Universitaires.
- Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., & Mayrand-Leclerc, M. (2002). *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Cap Rouge: Presses inter universitaire.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boulder, Co: Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1988, 1999). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing* (2e Ed.). New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (1997). The Theory of Human Caring: Retrospective and prospective. *Nurse Science Quarterly*, 10(1), 49-52.
- Watson, J. (2006). Carative factors - Caritas processes guide to professional nursing. *Danish Clinical Nursing Journal*, 20(3), 21-27.
- West Virginia Nurse (2004). *Statement by the nurses' licensing boards concerning the use of forced overtime*. 8(1), 6-30.
- Whittemore, R., Chase, S.K., & Mandle, C.L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522-537.

Worthington, K. (2001). The health risks of mandatory overtime: The hidden costs of this all-too-common practice. *American Journal of Nursing*, 101(5), 96.

**CHAPITRE V**  
**LA DISCUSSION DES RÉSULTATS**

Ce dernier chapitre porte sur la discussion des résultats obtenus lors de la présente étude relative à la signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécu par les infirmières œuvrant en centre hospitalier. Ainsi, l'essence de même que les sept thèmes et les 34 sous-thèmes les plus fréquemment évoqués (Tableau 2) émergent des entrevues réalisées auprès des participantes ayant vécu une expérience de temps supplémentaire obligatoire seront comparés aux écrits scientifiques recensés.

## PRÉSENTATION DE L'ESSENCE, DES THÈMES ET DES SOUS-THÈMES

Tout d'abord, il apparaît important de mentionner que les thèmes sont classés par ordre d'apparition dans l'expérience vécue, c'est-à-dire ce qui est ressenti pendant et après le TSO. Le tableau 3 Schéma du processus d'analyse phénoménologique permet une vision globale des sous-thèmes, des thèmes et de l'essence émergent de la présente étude.

### L'essence du phénomène

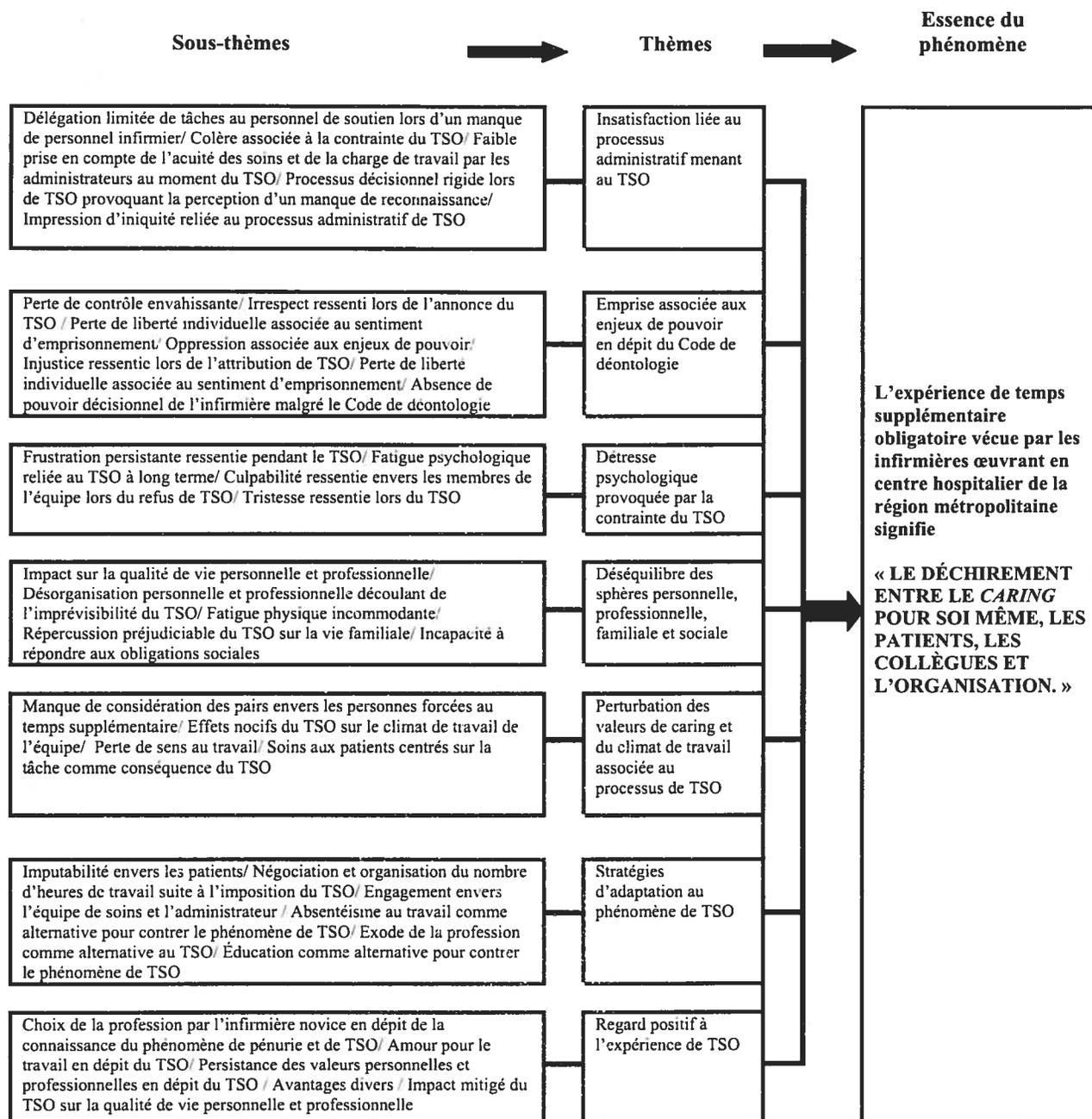
**Le déchirement entre le *caring* pour soi même, les patients, les collègues et l'organisation** décrit la signification du phénomène vécu et, rappelons-le, émerge des sept thèmes suivants : a) l'insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO, b) l'emprise associée aux enjeux de pouvoir en dépit du Code de déontologie, c) la détresse psychologique provoquée par la contrainte du TSO, d) le déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale, e) la perturbation des valeurs de *caring* et du climat de travail associée au processus de TSO, f) les stratégies d'adaptation au phénomène de TSO et, enfin, g) le regard positif à l'expérience de TSO.

Tableau 2 Synthèse des fréquences

| Nombre de participantes | Nombre d'unités de signification | % du nombre total d'unités de signification | Sous-thèmes  | Thèmes   |
|-------------------------|----------------------------------|---|--|--|
| 5                       | 17                               | 3%  | Délégation limitée de tâches au personnel de soutien lors d'un manque de personnel infirmier                     | <b>Insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO</b>                |
| 4                       | 16                               | 2,81%                                       | Colère associée à la contrainte du TSO   |  |
| 4                       | 25                               | 4,5%  | Faible prise en compte de l'acuité des soins et de la charge de travail par les administrateurs au moment du TSO |  |
| 4                       | 11                               | 2%  | Processus décisionnel rigide lors de TSO provoquant la perception d'une manque de reconnaissance                 |  |
| 4                       | 22                               | 4%  | Impression d'iniquité reliée au processus administratif lors de TSO  |  |
| 5                       | 15                               | 2,7%  | Perte de contrôle envahissante   | <b>Emprise associée aux enjeux de pouvoir en dépit du Code de déontologie</b>      |
| 5                       | 10                               | 1,8%  | Irrespect ressenti lors de l'annonce du TSO  |  |
| 3                       | 7                                | 1,25%                                       | Perte de liberté individuelle associée au sentiment d'emprisonnement   |  |
| 4                       | 25                               | 4,5%  | Oppression associée aux enjeux de pouvoir  |  |
| 4                       | 10                               | 1,8%  | Injustice ressentie lors de l'attribution de TSO   |  |
| 3                       | 18                               | 3,25  | Absence de pouvoir décisionnel lié au TSO malgré le Code de déontologie  |  |
| 5                       | 25                               | 4,5%  | Frustration persistante ressentie pendant le TSO   | <b>Détresse psychologique provoquée par la contrainte du TSO</b>                   |
| 5                       | 16                               | 2,81%                                       | Fatigue psychologique reliée au TSO à long terme   |  |
| 3                       | 12                               | 2,15%                                       | Culpabilité ressentie envers les membres de l'équipe lors du refus de TSO  |  |
| 3                       | 8                                | 1,5%  | Tristesse ressentie lors du TSO  |  |
| 5                       | 18                               | 3,22%                                       | Impact sur la qualité de vie personnelle et professionnelle  | <b>Déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale</b> |
| 5                       | 27                               | 4,83%                                       | Désorganisation personnelle et professionnelle découlant de l'imprévisibilité du TSO                             |  |
| 5                       | 31                               | 5,6%  | Fatigue physique inconfortable   |  |
| 4                       | 20                               | 3,6%  | Répercussion préjudiciable du TSO sur la vie familiale   |  |
| 3                       | 16                               | 2,81%                                       | Incapacité à répondre aux obligations sociales   |  |

| Nombre de participantes | Nombre d'unités de signification | % du nombre total d'unité de signification | Sous-thèmes  | Thèmes   |
|-------------------------|----------------------------------|--|--|--|
| 5                       | 14                               | 2,5%                                       | Manque de considération des pairs envers les personnes forcées au temps supplémentaire                       | <b>Perturbation des valeurs de <i>caring</i> et du climat de travail associées au processus de TSO</b> |
| 4                       | 9                                | 1,6%                                       | Effets nocifs du TSO sur le climat de travail de l'équipe  |  |
| 4                       | 12                               | 2,2%                                       | Perte de sens au travail   |  |
| 3                       | 14                               | 2,5%                                       | Soins aux patients centrés sur la tâche comme conséquence au TSO   |  |
| 5                       | 23                               | 4,1%                                       | Imputabilité envers les patients   | <b>Stratégies d'adaptation au phénomène de TSO</b>   |
| 5                       | 34                               | 6%   | Négociation et organisation du nombre d'heures de travail suite à l'imposition du TSO                        |  |
| 4                       | 20                               | 3,6%                                       | Engagement envers l'équipe de soins et l'administrateur  |  |
| 3                       | 10                               | 1,8%                                       | Exode de la profession comme alternative au TSO  |  |
| 4                       | 8                                | 1,45%                                      | Éducation comme alternative pour contrer le phénomène de TSO   |  |
| 3                       | 8                                | 1,45%                                      | Absentéisme au travail comme alternative pour contrer le phénomène de TSO                                    | <b>Regard positif à l'expérience de TSO</b>  |
| 5                       | 8                                | 1,45%                                      | Choix de la profession en dépit de la connaissance du phénomène de pénurie et de TSO par l'infirmière novice |  |
| 5                       | 14                               | 2,5%                                       | Amour pour le travail en dépit du TSO  |  |
| 4                       | 9                                | 1,6%                                       | Persistance des valeurs personnelles et professionnelles en dépit du TSO                                     |  |
| 3                       | 11                               | 2%   | Impact mitigé du TSO sur la qualité de vie personnelle et professionnelle                                    |  |
| 3                       | 15                               | 1,65%                                      | Avantages divers   |  |

Tableau 3 : Schéma du processus d'analyse phénoménologique



Bien que la plupart des thèmes et des sous-thèmes corroborent les propos identifiés dans plusieurs écrits scientifiques, l'essence du phénomène, demeure une contribution innovatrice au sein de la discipline infirmière. En effet, aucune étude, à notre connaissance, n'a exploré l'expérience vécue de ce phénomène d'actualité. Ainsi, les résultats démontrent que l'infirmière perçoit que le temps supplémentaire obligatoire signifie **le déchirement entre le *caring* pour soi même, les patients, les collègues et l'organisation**. Ce déchirement correspond à l'incapacité d'être *caring* envers soi-même, tout en demeurant *caring* envers le patient, les collègues et les administrateurs et ce, dans un contexte chaotique engendré par les enjeux vécus à l'heure actuelle dans le réseau de la santé, où la dimension humaine demeure précaire. En d'autres mots, le déchirement représente la souffrance vécue par l'infirmière. L'infirmière souffre de ne pas pouvoir accomplir son travail selon son idéal moral. Cette souffrance au travail ou ce déchirement naît de l'empêchement d'accomplir avec compétence l'exercice infirmier selon ses valeurs, de même que du sentiment de ne pouvoir s'épanouir dans sa profession. L'exercice de l'activité professionnelle, lors de TSO, s'accomplit donc dans la souffrance. Somme toute, le contexte de TSO, qui amène l'infirmière à ressentir des émotions négatives dans un environnement de travail non optimal, peut, non seulement mettre en péril la relation de *caring* entre le soignant et la personne soignée, mais aussi ébranler la santé de l'infirmière.

L'expérience de temps supplémentaire obligatoire vécue par les infirmières œuvrant en centre hospitalier n'est pas un sujet traité par de nombreux chercheurs. Quelques auteurs (Baumann et al., 2001; Caruso et al., 2004; Golden & Jorgensen, 2002; Tinsley & France, 2004; Trinkoff et al., 2006; Viens & Lavoie-Tremblay, 2002) s'intéressent au phénomène de TSO par ricochet, c'est-à-dire qu'ils explorent l'exode causé en partie par le TSO et orientent leurs études vers la charge de travail en contexte de pénurie, dont une des grandes causes demeure le non remplacement des ressources ou encore le TSO. D'autres auteurs (Aiken & Clarke, 2003; Aiken et al., 2002; Gallagher et al., 2000; Golden & Jorgensen, 2002; Rodney, Hartrick Doane, Storch, & Varcoe, 2006) se penchent également sur la détérioration de la sécurité associée aux soins offerts

à la clientèle, sujet également lié aux conséquences de la pénurie, soit le TSO. Aussi, les résultats de Cara (1997) exposent la bureaucratie comme un obstacle majeur à la pratique de *caring* chez les infirmières. Dans le même sens, Nyberg (1998) souligne la frustration vécue par l'infirmière lorsque la relation de *caring* envers le patient survient dans un contexte économiquement difficile.

En lien avec l'essence ayant émergé dans le cadre de la présente étude, Montgomery (1993) explore, à l'aide de la théorisation ancrée, les différents risques émotifs que les soignants doivent affronter. Elle présente un modèle qui décrit l'appui nécessaire pour aider les soignants à faire face aux demandes émotives du *caring*. Par la communication qui se veut centrale à une approche de *caring*, elle décrit les qualités et les manifestations comportementales requises pour communiquer avec le patient, tout en admettant les risques émotifs auxquels doivent faire face les soignants. Par exemple, Montgomery identifie un risque émotif lié au *caring* lorsque le soignant, en période de vulnérabilité, s'ouvre à la personne soignée.

Benner et Wrubel (1989) ainsi que Kines (1999) discutent, eux aussi, du risque pour l'infirmière de s'engager de façon extrême dans la relation de *caring* auprès du patient. Ces auteurs affirment que l'engagement extrême peut conduire l'infirmière à être victime du système de santé si celui-ci ne lui permet pas de participer aux décisions et si l'environnement de travail n'est pas positif. En effet, Kines (1999) et Montgomery (1993) expliquent qu'un environnement de travail qui n'offre aucun soutien expose le soignant à un traumatisme psychologique, à la perte et à la souffrance. La surcharge émotionnelle de l'infirmière surgit, spécifie Montgomery, lorsqu'elle ne peut concilier sa propre souffrance avec la souffrance de l'autre, en l'occurrence le patient, les collègues et les administrateurs. D'ailleurs, Montgomery précise que chaque personne a des limites lorsqu'il faut faire face au stress. Tout comme les résultats de la présente recherche l'indiquent, Montgomery estime que c'est souvent l'amour pour la profession de même que les valeurs fondamentales associées à l'approche de *caring* qui incitent l'infirmière à maintenir, malgré sa souffrance, son investissement dans son travail.

La mission des infirmières soignantes demeure indispensable dans le réseau de la santé, dans lequel le TSO demeure l'antithèse du *caring*. La profession infirmière promeut la dimension humaine, ce qui demeure la pierre angulaire du prendre soin.

Les sept thèmes et les 34 sous-thèmes émergeant des entrevues réalisées auprès des participantes ayant vécu une expérience de temps supplémentaire obligatoire feront l'objet de la prochaine section et seront comparés aux écrits scientifiques recensés.

#### Thème : Insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO

Ce premier thème, l'insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO, correspond aux demandes administratives relatives aux tâches et aux rôles qui constituent des sources fréquentes de mécontentement et de problèmes de santé psychologique au travail. Par exemple, les participantes dénoncent le fait que le TSO, appliqué sans tenir compte ni de la charge de travail, ni de la gravité des maladies affectant la clientèle, génère beaucoup de colère chez les infirmières qui le vivent. L'impression d'iniquité demeure également un facteur associé à l'insatisfaction. Ces résultats coïncident avec les propos de quelques auteurs qui font référence à l'insatisfaction, lorsqu'il est question de charge de travail (Aiken & Clarke, 2003) et de l'incapacité à répondre aux besoins psychosociaux de la clientèle (Alderson, 2004; O.I.I.Q., 2001). D'autres auteurs (Rogers et al, 2004) ajoutent que la fatigue, associée au nombre d'heures travaillées, contribue à augmenter l'insatisfaction au travail.

Ce thème émerge des cinq sous-thèmes suivants : a) la délégation limitée de tâches au personnel de soutien lors d'un manque de personnel infirmier, b) la colère associée à la contrainte du TSO, c) la faible prise en compte de l'acuité des soins et de la charge de travail par les administrateurs, au moment du TSO, d) le processus décisionnel rigide lors de TSO provoquant la perception d'une manque de reconnaissance et, enfin, e) l'impression d'iniquité reliée au processus administratif de TSO.

*Sous-thème : Délégation limitée de tâches au personnel de soutien lors  
d'une pénurie de personnel infirmier*

Ce premier sous-thème, identifié par l'ensemble des participantes, illustre qu'il arrive fréquemment, faute de personnel infirmier qualifié, que les administrateurs optent pour l'ajout d'une personne appartenant au personnel de soutien. Cette décision est prise afin que les infirmières puissent se consacrer aux tâches exigeant des compétences et des connaissances précises. Deux constats sont clairement ressortis de la présente étude. Le premier constat réfère à l'importance du personnel de soutien dans l'équipe de soins afin d'assurer un renfort aux infirmières ainsi qu'à la clientèle. Par contre, le second constat concerne le remplacement du personnel infirmier réglementé par le personnel de soutien. Ceci demeure une pratique plus à risque pour le patient et diminue la satisfaction au travail des infirmières. En effet, le remplacement de ressources infirmières par le personnel de soutien peut s'avérer une pratique hasardeuse puisque plusieurs tâches exigent des connaissances et des compétences spécifiques ne peuvent être déléguées. Ces résultats permettent de faire un lien intéressant avec les écrits relatifs à la diminution de la prestation de soins sécuritaires pour la clientèle.

En effet, quelques études américaines (Aiken et al., 2002; Needleman et al., 2002) ont démontré une relation significative entre la réduction des effectifs infirmiers et un accroissement du taux de mortalité des patients. Ce résultat va également dans le même sens que les conclusions d'O'Brien-Pallas, Baumann, Blythe, Cototlyo et Underwood (2004) ainsi que celles de McGillis, Irvine, Baker, Pink, Sidani, O'Brien-Pallas et Donner (2001) qui ont démontré que les unités de soins dont les niveaux d'utilisation des ressources infirmières étaient inférieurs à 80 % présentaient chez celles-ci un taux de satisfaction plus bas face à leur travail, un niveau d'absentéisme plus élevé ainsi qu'une intention plus prononcée de quitter leur emploi. Selon MacPhee, Ellis et McCutcheon (2006), pour être efficace et systématique, le plan de dotation doit tenir compte de la complexité inhérente à la prestation de services aux patients et de la

concordance à établir entre la composition des ressources humaines et les besoins des patients.

*Sous-thème : Colère associée à la contrainte du TSO*

Quatre participantes sur cinq affirment avoir ressenti de la colère et de l'hostilité face à cette situation accablante. Ce résultat dénote que la colère ressentie à l'annonce du TSO favorise un sentiment négatif persistant en regard des différentes sphères de la profession, par exemple : une diminution de la satisfaction au travail, un bris du lien avec les collègues, une présence auprès de la clientèle qui demeure peu authentique, la souffrance psychologique au moment de l'épisode de colère, etc.

Les résultats de cette étude appuient les propos de plusieurs auteurs qui ont identifié la colère comme un symptôme émotif pouvant conduire à l'épuisement professionnel (CGSST, 2006a; Duquette et al., 1994), voire même à un sentiment d'oppression (Cara, 1997). De plus, Thomas (2003) spécifie que le sentiment de colère s'avère plutôt destructif et mène rarement à la résolution des problèmes. En fait, selon Thomas, la colère peut même mener à l'exode des membres de la profession.

*Sous-thème : Faible prise en compte de l'acuité des soins et de la charge de travail par les administrateurs au moment du TSO*

La charge de travail et l'acuité de la clientèle constituent l'un des sous-thèmes discuté par quatre des participantes. Les résultats de cette étude révèlent deux écoles de pensée. D'une part, il s'avère important de considérer l'acuité de la clientèle et non seulement le ratio infirmière / patients. En effet, vivre le TSO, dont la décision repose uniquement sur le nombre de patients présents sans tenir compte des besoins, entraîne une perception d'incohérence. D'autre part, augmenter le ratio infirmière / patients amène des effets pervers puisque le non respect du dit ratio conduit les infirmières à

vivre un plus grand nombre de conflits entre elles et à une augmentation du taux de roulement.

Ces résultats opposés identifiés dans le cadre de cette étude corroborent les propos de différents auteurs. Selon Clarke (communication orale, 18 mars 2003) et l'OIIQ (2001), l'insatisfaction au travail est directement liée à la charge de travail et à l'incapacité de répondre aux besoins de la clientèle. Aussi, d'autres auteurs (Aiken & Clarke, 2003; Golden & Jorgensen, 2002) soutiennent qu'un ratio infirmière / patients plus élevé lors de TS amène l'infirmière à ressentir de la fatigue, à prendre soin de ses patients de façon inadéquate et à réduire sa vigilance lors de procédures. Par ailleurs, l'*American Nurses Association*, dans son rapport *Workplace advocacy. ANA's nurse staffing principles* (Gallagher et al., 2000), soulignait lors d'une conférence que le ratio infirmière / patients n'assure pas la sécurité de la clientèle. Les auteurs considèrent que l'évaluation de l'acuité des patients, pour déterminer le ratio requis, demeure la façon de faire la plus efficace. Ainsi, les résultats de la présente étude, tout comme ceux des écrits mentionnés, indiquent que le peu de considération de la complexité de la tâche additionnée à la surcharge de travail conduit les infirmières à éprouver peu de satisfaction au travail.

*Sous-thème : Processus décisionnel rigide lors de TSO provoquant  
la perception d'un manque de reconnaissance*

Les participantes ont mentionné devoir faire du temps supplémentaire obligatoire malgré leur implication à effectuer des heures supplémentaires sur une base volontaire, pour pallier à la pénurie. Cette façon de faire suscite chez les quatre participantes un sentiment de non reconnaissance compte tenu des heures travaillées en TS. Ce résultat souligne que le manque de reconnaissance de la part des administrateurs conduit l'infirmière à la remise en question de son rôle et de son importance au sein de l'organisation, puis à se désengager.

Ce sous-thème appuie les propos de plusieurs auteurs. En effet, CGSST (2006) atteste que l'infirmière qui perçoit peu de reconnaissance rompt ainsi le lien affectif entre elle-même, son unité de soin et son organisation, perdant par le fait même sa motivation à s'investir. Les résultats obtenus liés au manque de reconnaissance demeurent largement documentés dans la littérature. Par exemple, Duquette et Cara (2000) affirment que la reconnaissance et la valorisation encouragent les infirmières à privilégier un climat de *caring*. Plusieurs auteurs (Alderson, 2004; Capitolo, Ankner, & Miller, 2001; Cara, 1997; Grindel, Peterson, Kinneman, & Turner, 1996; Manion, 2003; Nyberg, 1998; Sherwood, 2003) ont également souligné l'importance du lien favorable avec le gestionnaire. Dans le même ordre d'idées, Mayrand-Leclerc (2002) précise qu'une gestion non participative ainsi que l'absence de reconnaissance et de feedback positif face au travail accompli sont des facteurs d'importance qui peuvent contribuer à augmenter le niveau de tension psychologique des travailleurs. D'ailleurs, selon la CGSST (2006a), la faible participation aux décisions et le manque de circulation de l'information demeure un des facteurs de risque lié à la détresse psychologique.

Dans son étude phénoménologique, Cara (1997) affirme que les administrateurs ont un pouvoir d'influence important sur le personnel infirmier, les relations avec le supérieur immédiat s'avérant très importantes. Les résultats de l'étude quantitative de Duffy (1992, 1993) ont démontré qu'il existe un lien étroit entre les comportements de *caring* du gestionnaire et la satisfaction au travail de l'infirmière. D'ailleurs, les résultats de l'étude de Jacobsen, Holson, Farley, Charles et Suel (2002) spécifient quatre facteurs pouvant alléger le fardeau du temps supplémentaire obligatoire: la visibilité et la disponibilité du supérieur, le soutien des collègues de travail, le sentiment d'être important pour l'organisation et l'anticipation des besoins des employés par le gestionnaire. Ainsi, à la lumière des résultats de la présente étude et des écrits scientifiques consultés, il semble que le niveau de reconnaissance au travail demeure un gage de succès et contribue à une meilleure satisfaction au travail.

*Sous-thème : Impression d'iniquité reliée au processus administratif de TSO*

Les résultats de l'étude permettent d'identifier un manque de justice lié au processus administratif. Quatre des participantes ont mentionné que leur tour revient plus souvent que d'autres, en raison de leur âge et de leur ancienneté dans l'organisation. Bien que les participantes mentionnent que le TSO est attribué à tour de rôle, elles perçoivent tout de même une rotation inégale entre les pairs. Les participantes rapportent l'effet pervers lié à l'attribution du TSO, puisque celui-ci s'avère « caché » par les administrateurs. Selon la F.I.I.Q. (C. Pagé, communication personnelle, 1<sup>er</sup> octobre 2004), plusieurs centres hospitaliers masquent le TSO par des TS négociés ou acceptés sous pression. Lorsque le TSO est reconnu et exigé par l'organisation, la liste du « tour de rôle » débute. À la fin de la période financière, le tour de rôle « s'efface » et recommence au début. Ce résultat diffère de ceux provenant de l'étude de Trinkoff et ses collaborateurs (2006) qui affirment qu'un nombre important d'infirmières vivent le TSO, tous âges confondus. Tout porte à croire, dans un contexte de TSO, que l'individualisme fait sa place en se fondant sur l'indifférence envers autrui. Chaque infirmière semble vouloir que l'on reconnaisse sa contribution en accordant peu d'égards à la contribution de l'autre. L'augmentation de l'individualisme s'accompagne, dans ce cas-ci, d'insatisfaction profonde liée au processus de TSO. En effet, Alderson (2004) affirme que lorsque la souffrance apparaît, l'individualisme fait son apparition comme une stratégie défensive.

En résumé, ces résultats associés à l'insatisfaction relative au processus administratif entourant le TSO corroborent plusieurs propos scientifiques. De plus, la dotation inadéquate en personnel et la perception du manque d'appui des administrateurs attisent le sentiment d'insatisfaction de l'infirmière face à son travail. Le taux élevé d'insatisfaction au travail, de stress, de pression, d'épuisement ainsi que les tensions liées au rôle à jouer entraînent un sentiment d'emprisonnement chez le personnel infirmier. Ce sentiment fera l'objet de la prochaine section qui présente le second thème.

Thème : Emprise associée aux enjeux de pouvoir  
en dépit du Code de déontologie

Ce second thème correspond à un sentiment d'emprise équivalent à la prise de possession d'un individu, à l'intérieur de règles et de devoirs qui régissent la profession. Les participantes indiquent clairement s'être senties, lors de TSO, prises en otage dans leur propre milieu de travail. Le manque de considération à leur égard, les attitudes des administrateurs, les propos de ces derniers ainsi que le peu de recours amènent les infirmières à être sous l'emprise des exigences déontologiques de la profession.

Ce thème découle de la synthèse des six sous-thèmes suivants : a) la perte de contrôle envahissante, b) l'irrespect ressenti lors de l'annonce du TSO, c) l'oppression associée aux enjeux de pouvoir, d) l'injustice ressentie lors de l'attribution de TSO, e) la perte de liberté individuelle associée au sentiment d'emprisonnement et, enfin, f) l'absence de pouvoir décisionnel de l'infirmière malgré le Code de déontologie. La comparaison des sous-thèmes avec la littérature recensée permet d'affirmer que ce résultat corrobore les propos de différents auteurs.

*Sous-thème : Perte de contrôle envahissante*

Ce sous-thème, évoqué par la totalité des participantes, correspond au sentiment de perte de contrôle associé à l'emprise ressentie lors du TSO. À la lumière des résultats, cette perte de contrôle semble être vécue par les participantes comme une impuissance au niveau des choix qui devraient être offerts à l'infirmière lorsqu'il y a manque de ressources. En d'autres mots, l'infirmière souhaite décider elle-même si elle fait du temps supplémentaire ou si elle quitte le travail.

Bien qu'aucun écrit n'ait fait le lien entre la perte de contrôle et le TSO, plusieurs recherches (Baumman et al., 2001; Cheng et al., 2000; Laschinger et al., 2001; Trinkoff et al., 2006) ont toutefois étudié ce phénomène, en association avec les facteurs

extrinsèques de la profession. Ces auteurs dénoncent le fait que la perte de contrôle, associée à un stress important au travail et caractérisé par des demandes qui ne cessent d'augmenter ainsi qu'un faible soutien social au travail, augmentent significativement les risques de maladie cardiovasculaire et les problèmes musculosquelettiques. Plus spécifiquement, Trinkoff et ses collaborateurs (2006) affirment que le manque de contrôle sur les horaires de travail dans le contexte de TSO provoque également une augmentation du taux de roulement.

Par ailleurs, la CGSST (2006a) mentionne que la prévention primaire en santé psychologique au travail vise, entre autres, le contrôle exercé par les individus sur les impacts négatifs des facteurs de risque organisationnels. Pour être en mesure que soit exercé un tel contrôle, la CGSST (2006a), appuyée par plusieurs auteurs (Niedhammer & Siegrist, 1998; Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand-Leclerc, 2002), propose d'établir des horaires de travail flexibles. Il apparaît important de mentionner que les résultats des travaux de Karasek et Theorell (1990) soulignent qu'une surcharge de travail peut être potentiellement moins nocive pour la santé des travailleurs si ces derniers ont un degré de contrôle sur les demandes qui leur sont faites. D'ailleurs, les résultats de la présente étude ont révélé qu'un meilleur contrôle de l'horaire de travail semble indiquer que les participantes sont mieux disposées à prendre soin de la clientèle.

#### *Sous-thème : Irrespect ressenti lors de l'annonce du TSO*

Le manque de respect constitue un sous-thème discuté par chacune des participantes comme faisant partie de l'emprise ressentie. Ce résultat dénote que le manque de considération à l'égard de la personne forcée demeure une situation importante à traiter puisqu'elle met un frein important à l'établissement d'un climat de *caring* ainsi qu'à la mise en place d'un environnement de travail sain. Bien que les participantes l'expriment différemment, les extraits d'entrevue permettent de faire ressortir la force des émotions générées par le TSO. Les résultats révèlent les émotions suivantes : le sentiment d'être prise pour acquies, de ne pas être considérée, le sentiment

de ne pas être suffisamment respectée puisqu'elles doivent tout de même faire le TSO malgré les causes qui y sont associées et de ne pas s'être sentie importante comme personne humaine, au moment de l'annonce du TSO.

En d'autres mots, les infirmières s'attendent, étant donné les efforts fournis, à être respectées, estimées et à exercer un certain contrôle au travail sur le statut professionnel. Ce résultat corrobore les propos de plusieurs auteurs. Par exemple, Mathieu et Mayrand-Leclerc (2002), Mayrand-Leclerc et al. (2005) ainsi que la CGSST (2006) spécifient qu'un administrateur respectueux le démontre par des gestes de reconnaissance et une attitude mobilisatrice, ce qui contribue à la création d'un environnement de travail sain. Actuellement, le TSO provoque l'effet contraire et amène les infirmières à ressentir un manque de respect. Récemment, Laschinger (2004) a constaté que seulement 38.3% des infirmières ont jugé avoir été considérées avec respect de la part des administrateurs. D'autres auteurs (Mishra & Spreitzer, 1998) soulignent que le respect s'avère une notion de première importance dans le développement du lien de confiance des employés envers leur organisation. Bien que le respect soit identifié comme la valeur fondamentale associée à la philosophie du *caring* (Cara, 2004; Watson, 1988, 1999), la recherche sur le respect dans les milieux de travail demeure limitée. Tout comme les résultats de la présente étude l'indiquent, les auteurs (Laschinger, 2004; Mishra & Spreitzer, 1998) ont souligné qu'il est primordial de développer des liens de respect et de confiance pouvant aider les infirmières à faire face au phénomène de temps supplémentaire obligatoire.

*Sous-thème : Oppression associée aux enjeux de pouvoir*

Le sentiment d'oppression, associé à l'emprise, a été identifié à maintes reprises par quatre des participantes à l'étude. Ce résultat témoigne du poids de l'expression non verbale et comportementale des administrateurs les amenant à pressentir le TSO. Elles ont l'impression qu'il n'y a pas d'issue possible et que les problématiques associées à la

pénurie n'auront pas de solution à court terme. L'une des participantes affirme que l'oppression ressentie lors de TSO l'amène à envisager la possibilité de quitter la profession. Elle ajoute que le TSO demeure une forme de chantage pour contrer le manque d'effectifs requis. Dans le même sens, Poudrette (2000) dans un bulletin d'information, souligne qu'une série d'attitudes et de propos peuvent amener les personnes à ressentir l'oppression.

Les résultats de la présente étude indiquent que l'oppression survient lorsque les infirmières vivent de la colère et de la frustration. Ces résultats confirment ceux de l'étude phénoménologique de Cara (1997). Cette auteure rapporte que les infirmières ressentent de l'oppression lorsqu'elles ont la perception de ne pas pouvoir influencer positivement leur environnement de travail. Tinsley et France (2004) ont réalisé une étude phénoménologique américaine auprès de cinq infirmières qui avait pour but d'explorer les raisons pour lesquelles elles choisissent de quitter la profession. Le thème central de cette étude est l'oppression. De plus, les participants à l'étude de Tinsley et France (2004) ainsi qu'à celle de Thomas (2003) mentionnent le temps supplémentaire obligatoire comme étant le point marquant contribuant au sentiment d'oppression.

Ces résultats sont également similaires à ceux de l'étude qualitative descriptive de Peter, Macfarlane et O'Brien-Pallas (2004) dont le but était d'analyser l'habileté morale des infirmières à faire face à leur environnement de travail. Bien que le nombre de participants ne soit pas indiqué, les auteurs concluent que les participants sont moralement inhabiles à faire face à leur environnement de travail et l'oppression fait partie des catégories identifiées. Toujours selon ces auteurs, l'oppression survient lorsqu'il y a exploitation et perte de pouvoir face à leur environnement de travail. Dans cette étude (Peter, Macfarlane, & O'Brien-Pallas, 2004), les participants mentionnent qu'un environnement de travail inadéquat amène les infirmières à perdre confiance et à développer des relations interpersonnelles médiocres envers leurs collègues et les autres professionnels. Ainsi, les résultats de la présente recherche corroborent la littérature en

ce qui concerne l'oppression à l'intérieur de laquelle les infirmières se sentent coincées et ne voient aucune chance d'avancement professionnel.

*Sous-thème : Injustice ressentie lors de l'attribution de TSO*

L'injustice ressentie demeure une perception identifiée par quatre des participantes à l'étude. Celles-ci croient profondément que toutes les infirmières devraient faire une part d'heures supplémentaires afin d'alléger le fardeau occasionné par le TSO et ces conséquences. Les résultats indiquent que la perception d'injustice, associée à l'emprise ressentie par les participantes, semble être en lien avec leur peu d'expérience dans la profession. En effet, celles qui ont mentionné l'injustice reçoivent des commentaires relatifs à leur âge ou au nombre d'années d'expérience dans la profession.

Il demeure intéressant de constater que ce résultat appuie les propos de quelques écrits scientifiques. Par exemple, Laschinger et Finegan (2005) expliquent que la justice dans les organisations de soins réfère aux perceptions des employés sur l'équité dans les processus et les activités liées à leur travail. Dans ce cas-ci, l'attribution du TSO correspond à un processus. Ces auteurs ajoutent que le manque de justice interactionnelle est exprimé par beaucoup d'infirmières en raison de leurs expériences au niveau de la réduction des effectifs depuis les années 90. Selon Greenberg (1993), la justice interactionnelle a deux composantes : la justice interpersonnelle et la justice informationnelle. La justice interpersonnelle réfère au respect et à la dignité tandis que la justice informationnelle correspond au niveau de renseignements reçus en regard des décisions prises concernant directement ou indirectement la personne. La perception des infirmières en lien avec la justice informationnelle demeure une importante source de satisfaction professionnelle et d'engagement. À l'opposé, elle peut également constituer une source d'isolement et mener à l'intention de quitter la profession (Laschinger & Finegan, 2005).

L'étude longitudinale de Trinkoff et al. (2006), regroupant 2273 infirmières, a fourni des statistiques de TSO de 62,3% (n=865) chez les infirmières de plus de 50 ans, comparativement à 53,8% pour le total (n=2273) des participantes de leur étude. Ces statistiques leur permettent d'affirmer qu'un grand nombre d'infirmières plus âgées doivent également faire face au TSO. Ainsi, les résultats de la présente étude permettent de conclure que l'injustice ressentie par les participantes en lien avec leur âge et le peu d'expérience dans la profession, s'avère en contradiction avec l'étude de Trinkoff et al. (2006).

*Sous-thème : Perte de liberté individuelle associée  
au sentiment d'emprisonnement*

Ce sous-thème est mentionné par trois des participantes de l'étude et dans les termes suivants : s'être senties « emprisonnées », « prises en otage » ou « en prison ». Ainsi, l'emprise exercée par le TSO amène les participantes à ressentir une importante perte de liberté. Les résultats indiquent que les activités sociales, familiales et « solitaires » passent au second plan. L'une des participantes explique son sentiment en affirmant qu'elle connaît l'heure à laquelle son quart de travail débute, sans connaître l'heure de la fin. D'autres expriment clairement la prise d'otage en milieu de travail comme étant une emprise importante, sur laquelle elles n'ont aucun pouvoir.

Ces résultats corroborent ceux de quelques études (Alderson, 2001, 2004; CGSST, 2006a) portant sur l'atteinte de la personne lorsqu'il y a des contraintes importantes provenant du milieu de travail. En effet, l'infirmière se sent invisible et souffre du manque de pouvoir associé à la décision aussi élémentaire que de pouvoir quitter le travail lorsque son quart de travail est terminé. Cette perte de liberté amène chez l'infirmière une grande difficulté à organiser les différentes sphères de sa vie puisqu'elle est tributaire des obligations imposées par le TSO.

*Sous-thème : Absence de pouvoir décisionnel de l'infirmière  
malgré le Code de déontologie*

Ce sous-thème, reconnu par trois participantes, se traduit par le sentiment de n'avoir aucun pouvoir ni aucun recours quant au processus décisionnel du TSO. Les résultats soulignent le manque de contribution du Code de déontologie aux solutions face à la situation actuelle au Québec. En effet, peu de règles régissent le TSO, et ce, malgré le Code de déontologie, ce qui contribue à la perception d'emprise. Les participantes font un parallèle avec les avantages des autres métiers et ajoutent que l'infirmière n'a aucun recours pour des raisons inexplicables et, par le fait même, craint de perdre son emploi si elle refuse de faire le TSO. Les résultats dénotent également que des raisons familiales ou sociales ou encore la fatigue demeurent des raisons insuffisantes pour refuser le TSO.

Ces résultats sont en lien avec les propos tenus par l'OIIQ (2004) dans sa Chronique déonto:

[...] une infirmière qui décide de ne pas faire d'heures supplémentaires parce qu'elle juge que son état est susceptible de compromettre la qualité des soins ou la sécurité des patients ne porte pas atteinte à ses obligations déontologiques si elle a pris des mesures appropriées avant de quitter l'unité de soins. Ces mesures peuvent varier selon le type d'unité de soins, la complexité des soins requis par les patients et les ressources humaines disponibles. (p. 7)

Selon l'avis de l'étudiante-chercheure, cette chronique aide peu les infirmières puisqu'elle ne propose aucun recours ou solutions afin d'appuyer la décision de refuser le TSO. L'OIIQ ajoute que les infirmières ne peuvent utiliser le Code de déontologie comme moyen de pression pour signifier leur refus de principe de faire des heures supplémentaires ou pour cautionner un geste collectif concerté à cet effet.

En résumé, ce thème relié à l'emprise révèle la perception qu'ont les participantes du peu d'efforts de leurs administrateurs et de leur organisation pour

contrer le phénomène de TSO et du peu de soutien généré par le Code de déontologie et les règles associées à la profession. Cet enjeu semble jouer un rôle important face à l'emprise ressentie lors de TSO.

#### Thème : Détresse psychologique provoquée par la contrainte du TSO

Le thème détresse psychologique provoquée par la contrainte du TSO se compose de quatre sous-thèmes, soit : a) la frustration persistante ressentie pendant le TSO, b) la fatigue psychologique reliée au TSO à long terme, c) la culpabilité ressentie envers les membres de l'équipe lors du refus de TSO et, enfin, d) la tristesse ressentie lors du TSO.

Ce thème sur la détresse psychologique corrobore plusieurs écrits scientifiques (Baumann et al., 2001; Bourbonnais, Comeau, & Vézina, 1999; Bourbonnais, Comeau, Vézina, & Dion, 1998; Bourbonnais et al., 2000; CGSST, 2006a; FCRSS, 2006; O'Brien-Pallas et al., 2001; Rogers et al., 2004; Trinkoff et al., 2006; Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand-Leclerc, 2002). En effet, en 2006 la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail (CGSST) affirme que les problèmes de santé psychologique au travail ont augmenté de façon considérable dans les 20 dernières années, ce qui amène à percevoir la détresse psychologique, dans un contexte de TSO, comme un enjeu de grande importance. Les résultats de la présente étude démontrent que le sentiment de frustration demeure un des aspects les plus importants associé à la détresse psychologique. L'anxiété de ne pouvoir prévoir la fin de leur quart de travail apparaît comme un élément qui génère la frustration. Des sentiments de culpabilité et de tristesse peuvent également entraîner la détresse psychologique chez l'infirmière en milieu de travail. De plus, selon les participantes, le TSO peut conduire à un état de fatigue psychologique contribuant à augmenter la détresse psychologique. Enfin, les *verbatim* indiquent qu'une incapacité à prendre soin adéquatement de la clientèle découle de cette détresse psychologique.

*Sous-thème : Frustration persistante ressentie pendant le TSO*

Toutes les participantes ont nommé la frustration comme étant l'un des aspects les plus importants associés à la détresse psychologique, lorsqu'on les oblige à faire du temps supplémentaire. Bien qu'aucune étude n'ait été réalisée dans le contexte spécifique du TSO, certaines similarités s'observent entre ce résultat et les propos de quelques écrits scientifiques. Par exemple dans son étude phénoménologique, Cara (1997) discute du sentiment de frustration vécu par les infirmières, lequel peut conduire la personne à ressentir de l'oppression.

Ces résultats vont également dans le même sens que les propos de la CGSST (2006a), pour qui la frustration fait partie des principaux symptômes associés à la détresse psychologique. D'autres symptômes correspondent à la dépression, l'anxiété, l'ennui et l'irritabilité. Toujours selon ces auteurs, les conséquences d'une telle détresse pour la personne peuvent conduire à des troubles de l'humeur, des troubles d'anxiété, à l'épuisement professionnel et au syndrome du survivant. Ces auteurs expliquent que ces troubles reliés à la détresse psychologique sont grandement liés à l'intention de quitter l'organisation. Le conflit se présente, selon eux, lorsque l'individu se trouve face à des attentes incompatibles ou contradictoires de la part de ses supérieurs ou de ses collègues, ou encore lorsque ces attentes sont contraires à ses valeurs. En contexte de TSO, les résultats de la présente étude démontrent que les attentes de l'organisation à l'égard des infirmières obligées au temps supplémentaires ne correspondent aucunement à leur idéal professionnel. Un sentiment de frustration les amène par la suite à éprouver de la détresse psychologique, ce qui corrobore les propos des écrits recensés.

*Sous-thème : Fatigue psychologique reliée au TSO à long terme*

Les cinq participantes à l'étude ont identifié la fatigue psychologique comme étant une conséquence importante du TSO, liée à la détresse. En ce sens, les résultats indiquent que le TSO à long terme peut avoir un impact significatif sur la santé mentale de l'infirmière. Bien qu'aucun écrit ne fasse le lien entre la fatigue et le TSO, nos résultats concordent avec les propos de quelques écrits scientifiques.

Par exemple, la CGSST (2006a) est d'avis que la fatigue psychologique se confirme lorsqu'il y a observation de comportements d'agitation, de sensation d'être survolté ou d'être à bout de fatigue, de difficultés de concentration ou pertes de mémoire, d'irritabilité, de tension musculaire ainsi que de problèmes de sommeil (difficulté à s'endormir, rester endormi et sommeil agité). Ces auteurs affirment que l'épuisement professionnel découle principalement de la fatigue psychologique. Selon la CGSST, il apparaît important de préciser que la santé mentale au travail fait référence entre autres au sentiment de bien-être ou de mal-être psychologique que les travailleurs ressentent par rapport au travail. Ces auteurs expliquent que la fatigue psychologique origine souvent d'une insatisfaction, d'une inadaptation et d'une difficulté d'être avec soi-même, vécues dans le milieu professionnel, familial ou autre. La CGSST (2006) affirme que la fatigue psychologique a des conséquences directes sur les employés, tel qu'un sentiment d'épuisement psychologique, ce qui engendre souvent une incapacité à prendre soin adéquatement de la clientèle.

Les résultats de l'étude d'analyse secondaire de Peter et al. (2004), dont le nombre de participants est inconnu, abondent dans le même sens. La souffrance morale pour les participants à l'étude de Peter et al. (2004) fait référence aux demandes qui excèdent leurs capacités et leurs ressources. De plus, leurs participants avouent avoir dû assumer des responsabilités professionnelles additionnelles alors qu'ils se sentaient indisposés.

Ainsi, ces résultats obtenus dans le cadre de la présente étude confirment ceux des différents auteurs mentionnés. De plus, les résultats ont mis en évidence que la fatigue psychologique affecte de façon négative l'humeur des personnes qui la vivent, ce qui a même des répercussions considérables sur le climat de travail, ce qui s'avère être en lien avec le prochain sous-thème.

*Sous-thème : Culpabilité ressentie envers les membres de l'équipe  
lors du refus de TSO*

Ce sous-thème est reconnu par trois des participantes à l'étude. En effet, le sentiment de culpabilité envers l'équipe lors du refus de TSO demeure présent et contribue à la détresse ressentie, puisque les participantes ont mentionné ne pouvoir être indifférentes à l'impact de leur refus sur l'équipe. Les résultats indiquent que le sentiment de culpabilité vécu amène les infirmières à vouloir compenser pour les conséquences que leur refus pourrait causer dans l'équipe. Il apparaît que la personne forcée au TSO est susceptible d'anticiper de la souffrance puisqu'elle se sent inadéquate aux yeux de son équipe sauf si elle se conforme aux attentes de celle-ci. Les résultats indiquent également que cette culpabilité incite l'infirmière à se considérer comme responsable du manque de ressources alors que les effets de la pénurie se font sentir à l'échelle organisationnelle, régionale, provinciale, nationale et internationale. Le fardeau de la culpabilité semble donc provoquer un poids considérable pour les infirmières.

Aucune étude n'est disponible en regard du phénomène de culpabilité en contexte de TSO. Par ailleurs, les résultats de la présente étude coïncident avec les propos de la CGSST (2006a) à savoir que la culpabilité constitue à la fois un facteur de risque qu'il y ait détresse psychologique et un symptôme indiquant la venue de la détresse psychologique chez les individus en milieu de travail. Selon Poudrette (2000), le sentiment de culpabilité s'avère généré par la crainte d'être mise de côté ou rejetée par l'équipe. L'absence d'études sur ce phénomène souligne l'aspect novateur des résultats.

*Sous-thème : Tristesse ressentie lors du TSO*

Ce sous-thème s'avère discuté par trois des participantes. Elles traduisent ce sentiment de tristesse par le découragement. Le découragement est accompagné de difficultés à régler les problèmes et de l'incapacité à améliorer la situation. L'une des participantes mentionne clairement le découragement, la submersion et le dépit associés au TSO. Ce résultat confirme la discussion de la CGSST (2006a) qui reconnaît que la tristesse, le découragement et le dépit sont des émotions pouvant conduire à la détresse psychologique, voire même à l'épuisement professionnel. Bien que la détresse psychologique demeure un phénomène difficile à cerner, le Comité en santé psychologique du personnel (2004) reconnaît qu'il se développe dans un processus qui met en cause la personne et son environnement de travail. La tristesse demeure donc peu documentée dans les écrits scientifiques, surtout en lien avec le TSO, d'où l'apport de notre étude.

Thème : Déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle,  
familiale et sociale

Le thème déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale contribue à décrire les impacts vécus en lien au TSO. Les résultats indiquent que les infirmières qui travaillent de longues heures peuvent avoir de la difficulté à atteindre un certain équilibre entre les sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale de leur vie. Il se compose de cinq sous-thèmes, soit : a) l'impact sur la qualité de vie personnelle et professionnelle, b) la désorganisation personnelle et professionnelle découlant de l'imprévisibilité du TSO, c) la fatigue physique incommode associée au TSO, d) la répercussion préjudiciable du TSO sur la vie familiale et, enfin, e) l'incapacité de répondre aux obligations sociales. Ce thème, soulevé par la totalité des participantes et celui abordé le plus de fois par celles-ci, coïncide avec plusieurs propos relevés dans la littérature recensée.

Les résultats de la présente étude démontrent que composer avec le travail, les études, la famille et la vie sociale comporte de grandes exigences. En effet, le Ministère de l'Emploi, de la solidarité sociale et de la famille (2004) est d'avis que les horaires de travail atypiques, le manque de prévisibilité des horaires scolaires, le peu de ressources disponibles, les situations familiales complexes, le nombre de femmes sur le marché du travail, les besoins financiers, la rareté de la main d'œuvre, pour ne nommer qu'eux, sont autant de facteurs contribuant au faible développement des liens familiaux et sociaux. D'autres écrits sont présentés avec chacun des sous-thèmes.

*Sous-thème : Impact sur la qualité de vie personnelle et professionnelle*

Ce sous-thème est reconnu par les cinq participantes à l'étude. Elles soulignent avoir l'impression que leur vie personnelle n'est pas prise en compte, ce qui génère un sentiment d'incohérence en regard de l'incapacité de prendre soin d'elle-même. Ainsi, les résultats démontrent que l'impact du TSO sur les sphères professionnelle et personnelle de l'infirmière restreint leur qualité de vie en général. De plus, les participantes ajoutent que le TSO peut être malsain puisqu'il amène l'impression que la vie personnelle et professionnelle ne font qu'un. Enfin, elles affirment que l'hyper-sollicitation au TS exerce un impact désagréable important sur leur vie. Ces résultats, en lien avec le déséquilibre des différentes sphères de la vie, corroborent les propos de plusieurs écrits recensés.

Par exemple, dans son Rapport de l'atelier portant sur les indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières du Canada, l'AIIC (2002) a identifié huit indicateurs de la qualité de vie au travail, dont un portant sur les heures supplémentaires. Le MSSS (2001) ainsi que la FCRSS (2006) vont dans le même sens que l'AIIC (2002) en mentionnant que parmi les facteurs les plus susceptibles d'améliorer la qualité de vie au travail, la charge de travail demeure un élément de grande importance. Les recommandations issues du Rapport de l'atelier portant sur les indicateurs de la qualité

de vie au travail pour les infirmières du Canada ont permis de faire des représentations au niveau des dirigeants nationaux depuis 2002. Toutefois, la mesure du pourcentage d'heures travaillées n'a eu que peu de résultat auprès de ces dirigeants malgré le fait que, plusieurs auteurs (Baumann et al., 2001; Caruso et al., 2004; Golden & Jorgensen, 2002; Trinkoff et al., 2006; Viens & Lavoie-Tremblay, 2002) indiquent clairement que les problèmes découlant du travail des infirmières, tels que la charge de travail et le nombre élevé d'heures travaillées, correspondent à des facteurs qui risquent de nuire à la santé physique et mentale des infirmières.

En d'autres mots, les impacts des heures travaillées sur la qualité de vie personnelle et professionnelle, tels qu'identifiés dans le cadre de cette recherche, demeurent bien connus des chercheurs de la discipline infirmière.

*Sous-thème : Désorganisation personnelle et professionnelle  
découlant de l'imprévisibilité du TSO*

Ce thème évoqué par la totalité des participantes correspond à la désorganisation causée par le TSO, laquelle contribue à accentuer le déséquilibre entre les différentes sphères de la vie. En temps de pénurie, la difficulté de remplacer le personnel absent s'accroît considérablement. Comme l'indiquent Baumann et al. (2001), ce constat oblige les infirmières à effectuer des heures de travail qui ne leur conviennent pas et à faire plus d'heures supplémentaires. Les résultats de la présente recherche précisent que la planification des besoins en ressources humaines contribue à désorganiser les équipes de travail et amène un sentiment de perte de contrôle face à la planification de la vie personnelle. D'ailleurs, l'une des participantes mentionne que le fait de savoir à l'avance qu'elle devra faire du TS lui permettrait de planifier son temps de travail et d'acquiescer plus favorablement à la demande.

Les résultats dénotent que les infirmières se perçoivent comme étant désorganisées par l'imprévisibilité du TSO, ce qui entraîne des sentiments d'incertitude

et d'inconfort. Devoir s'organiser en fonction du TSO possible les empêche même de planifier des activités après leur quart de travail. Ces résultats appuient les propos de Mayrand-Leclerc (2001) et Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc (2002). Ces auteures expliquent qu'un environnement de travail optimal demeure d'une grande importance. Selon ces auteures, il faut considérer huit dimensions pour optimiser un environnement de travail, notamment la cinquième dimension qui fait référence à la prévisibilité. Elles affirment que cette dimension s'avère nécessaire pour bien effectuer le travail. Mis à part ces auteures, aucun écrit scientifique n'aborde ce résultat, d'où la contribution pertinente de la présente étude au développement des connaissances en sciences infirmières.

*Sous-thème : Fatigue physique inconfortante associée au TSO*

Ce sous-thème correspond à celui qui a été nommé le plus de fois par chacune des participantes en lien avec le déséquilibre entre les différentes sphères de la vie. En effet, la fatigue physique amène l'infirmière à devoir faire un effort constant en termes de vigilance auprès de la clientèle. De plus, les effets de la fatigue sur l'humeur demeurent un élément non négligeable et documenté par les participantes à l'étude. Ce résultat de fatigue physique coïncide avec les propos de plusieurs écrits scientifiques, bien que ceux-ci n'aient pas fait le lien avec le phénomène de TSO. Toutefois, dans plusieurs des cas, la littérature permet de comprendre les impacts significatifs que la fatigue physique peut engendrer.

Par exemple, Tabone (2005) ainsi que Blachowicz et Letizia (2006) rapportent que la quantité et la qualité des heures de sommeil ont un énorme impact sur le moral, la performance ainsi que sur la qualité de vie. En effet, le *National Sleep Foundation* (2001) ajoute qu'un déficit de sommeil est associé à une diminution de l'état d'alerte, une augmentation de tâche non complétée, des troubles de concentration, de l'irritabilité, des actions ainsi que des décisions non sécuritaires pour la clientèle. D'autres auteurs (Jha, Bradford, Duncan, & Bates, 2004) ont effectué une revue des écrits en regard de la

fatigue, du sommeil et des erreurs de médicaments. Ils ont observé qu'un adulte requiert six à dix heures de sommeil par 24 heures. Lorsqu'un adulte a moins de cinq heures de sommeil par 24 heures, il voit ses habiletés mentales décliner. Après deux nuits de manque de sommeil, la performance cognitive peut tomber jusqu'à 40 % de sa capacité. Le manque de sommeil est également associé à une diminution de la rapidité de la réaction, à une altération de l'humeur et de la motivation, réduit le moral ainsi que l'esprit d'initiative. De plus, ces auteurs ajoutent que les infirmières qui travaillent un nombre d'heures de travail important constatent que leur état d'alerte est affecté et que leur performance et leur satisfaction au travail s'atténuent. Les propos des participantes corroborent les dires des auteurs mentionnés précédemment. Pour elles, avoir l'énergie suffisante pour prendre soin de la clientèle s'avère une nécessité incontournable en termes de satisfaction au travail. Le manque d'énergie généré par les nombreux TS et TSO demeure un frein à l'accomplissement satisfaisant de leur travail et provoque également un sentiment d'isolement. Les résultats soulignent même que la fatigue physique peut être à l'origine de l'impatience parentale.

Les résultats de la présente étude indiquent également que la fatigue physique crée un impact majeur sur la santé physique et peut amener le développement d'une ou plusieurs maladies secondaires. Ces résultats stipulent que les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique ainsi que des maladies mentales peuvent être générées par le manque de sommeil.

Le niveau de fatigue intense amène la notion de pratique sécuritaire. En effet, une participante a clairement mentionné qu'elle utilisait la double vérification afin de diminuer le risque d'erreur lors des TSO. Enfin, dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre infirmière, le défi lié au nombre d'heures de travail et la fatigue physique engendrée apparaissent comme des conséquences fréquentes et demeurent largement documentées dans la littérature.

*Sous-thème : Répercussion préjudiciable du TSO sur la vie familiale*

Ce sous-thème, mentionné par trois participantes, se traduit par les retentissements du TSO sur la vie de famille. En effet, les résultats ont permis de dégager que le TSO provoque les impacts suivants sur la famille : une source de conflit avec le conjoint, l'absence à répétition auprès des enfants, etc. Ces résultats, en lien avec le déséquilibre de la sphère familiale, corroborent ceux de quelques études recensées.

Par exemple, Flarey (2001) mentionne que le temps supplémentaire obligatoire génère un impact important sur les responsabilités familiales. Selon une étude menée par Simon, Kümmerling et Hasselhorn (2004) auprès de 27603 infirmiers et infirmières de l'Europe, le conflit travail-famille semble prendre des proportions considérables en temps de pénurie puisque la régularité des heures de travail demeure un indicateur important au niveau de ce type de conflit. Les conclusions de ces auteurs permettent de constater l'ampleur du problème puisque l'interférence entre le travail et la famille demeure une indication majeure de la décision entourant l'exode de la profession. L'ampleur de la problématique associée à la conciliation travail-famille a amené le Gouvernement du Québec à mettre en place une Politique sur la conciliation travail-famille en 2004.

L'étude de Greenglass et Burke (2001), auprès de 686 infirmières canadiennes, a fait état de cinq constats concernant les impacts de la restructuration des réseaux de la santé sur la personne elle-même, la famille ainsi que sur la diminution de la satisfaction au travail. Le premier constat démontre un lien significatif ( $p < 0,001$ ) entre le stress et la restructuration du réseau de la santé. Le deuxième constat correspond au lien significatif ( $p < 0,001$ ) entre la restructuration et le conflit travail-famille. Le troisième constat, quant à lui, met en lumière le lien significatif ( $p < 0,001$ ) entre la satisfaction et le bien-être psychologique. Le quatrième constat, pour sa part, réfère à la surcharge de travail qui démontre un lien significatif avec la l'insatisfaction au travail. Le dernier

permet de constater que le conflit travail-famille influence négativement la satisfaction de la famille et influence positivement l'apparition de symptômes psychosomatiques. Enfin, selon Burke et Greenglass (1999, 2001), il semble exister un lien étroit entre une faible conciliation travail-famille et une diminution de la satisfaction au travail ainsi qu'une augmentation de la détresse psychologique, ce qui est corroboré par les résultats de la présente étude.

*Sous-thème : Incapacité à répondre aux obligations sociales*

Le dernier sous-thème, identifié par trois des participantes, correspond à une difficulté à répondre aux obligations sociales. En effet, ce résultat dénote que le TSO engendre l'isolement social puisque les heures de travail sont plus importantes en nombre que les heures de liberté (journées de congé et heures après les quarts de travail). Les résultats ont également signalé la notion d'absentéisme comme façon de satisfaire aux obligations sociales. À notre connaissance, aucune étude ne porte sur l'impact social du TSO ou du travail en contexte de pénurie, d'où l'aspect novateur de ce résultat.

En résumé, les résultats de la présente étude ainsi que plusieurs écrits scientifiques recensés discutent de la difficulté qu'ont les individus qui travaillent de longues heures, comme c'est le cas avec le TSO, à établir un certain équilibre entre les sphères professionnelle, personnelle, familiale et sociale.

Thème : Perturbation des valeurs de *caring* et du climat de travail  
associée au processus de TSO

Les résultats de ce thème, perturbation des valeurs de *caring* et du climat de travail associée au processus de TSO, indiquent que l'importance des tâches cliniques au détriment des relations avec le patient demeure une menace à la qualité et à l'humanisation des soins offerts à la clientèle. En effet, les ressources infirmières sont planifiées à travers un calcul mathématique, dans lequel la dimension humaine y trouve

peu de place. Ceci corrobore les résultats de l'étude phénoménologique de Cara (1997; 1999) de même que les propos de Duquette et Cara (2000). Ces auteurs reconnaissent également l'importance de la cohérence entre les valeurs prônées dans le milieu de travail et les valeurs de *caring* associées à la pratique de l'infirmière. Le danger insidieux du TSO pourrait, tel que les résultats le révèlent, provoquer une perte de sens au travail s'il y a incohérence entre les valeurs de *caring* et celles du milieu de travail. Ainsi, dans le cadre de la présente étude, cette perturbation semble être vécue par les participantes, lorsqu'elles sont obligées au temps supplémentaire, comme une séparation forcée des valeurs de *caring* et des valeurs morales fondamentales associées à l'éthique professionnelle.

La prochaine section a trait à la discussion relative aux sous-thèmes spécifiques, qui sont : a) le manque de considération des pairs envers les personnes forcées au temps supplémentaire, b) les effets nocifs sur le climat de travail de l'équipe, c) la perte de sens au travail et, enfin, d) les soins aux patients centrés sur la tâche comme conséquence au TSO.

*Sous-thème : Manque de considération des pairs envers les personnes forcées au temps supplémentaire*

Toutes les participantes ont nommé le manque de considération comme étant l'un des plus grands facteurs de perturbation des valeurs de *caring*. Elles perçoivent que l'activité qu'elles doivent annuler pour effectuer le TSO ne semble pas importante aux yeux des membres de l'équipe de travail. Ceci engendre une pression supplémentaire et altère le climat de travail, affirment les participantes. L'une des participantes mentionne s'être sentie trahie par le groupe puisque personne au sein de l'équipe ne pouvait ou ne voulait faire le TS afin d'atténuer pour elle les effets du TSO.

Les résultats dévoilent également que « forcer » une infirmière au temps supplémentaire va à l'encontre d'un climat de travail s'appuyant sur les prérogatives du

*caring*. Bien qu'aucun écrit scientifique ne porte sur cet aspect, Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc (2002) reconnaissent toutefois que les infirmières œuvrant en milieu clinique font face à des problématiques dans leur environnement de travail, tels que : le bris des équipes de travail ainsi que l'instauration d'un climat de méfiance. Cet état de fait révèle, une fois de plus, la nature novatrice de la présente recherche.

*Sous-thème : Effets nocifs sur le climat de travail de l'équipe*

Ce sous-thème est reconnu par quatre des participantes à l'étude. Les résultats traduisent les effets nuisibles du TSO sur les équipes de travail, altérant par le fait même le climat de travail et allant à l'encontre des valeurs associées à l'approche de *caring*. Bien qu'aucun écrit scientifique ne discute de cet aspect précis, quelques travaux méritent toutefois d'être mentionnés.

Le contexte de TSO ne peut qu'accentuer l'effet pervers déjà observé par Rodney et ses collaborateurs (2006). En effet, selon ces auteurs, la restructuration du réseau de la santé québécois dans lequel les équipes de soins ont été disséminées, où le travail s'avère plus individualisé et où l'entraide demeure quasi absente, contribue à l'émergence d'un climat de travail médiocre. De plus, ces auteurs constatent que le climat moral des milieux de travail influence la sécurité des patients ainsi que celle des prestataires de soins de santé. Dans leur étude relative à l'épuisement professionnel, Hillhouse et Adler (1997) concluent que les infirmières victimes d'épuisement sont davantage impliquées dans des conflits comparativement à celles qui ne présentent aucun épuisement.

Les résultats de la présente recherche corroborent les écrits en lien avec le pouvoir d'influence d'administrateurs sur le climat de travail du personnel infirmier. En effet, dans sa recherche phénoménologique, Cara (1997) souligne que les administrateurs qui adoptent une vision de *caring* engendrent le respect et amènent les infirmières à percevoir leur environnement de travail de façon positive. Un

environnement de travail sain promeut, selon Cara et Duquette (2000), la santé des infirmières décrite de la façon suivante : se sentir bien, être sereine, autonome, vivre un équilibre dans les différentes sphères de leur vie, être engagée, capable de relever des défis et ressentir de l'espoir.

Par ailleurs, Bourbonnais et ses collaborateurs (2000) ainsi que Carpentier-Roy et Vézina (2001) rappellent que la collaboration et l'entraide rendent le travail plus facile, plus intéressant et plus motivant. L'esprit de collaboration, affirment-ils, permet de souder davantage les équipes.

#### *Sous-thème : Perte de sens au travail*

La perte de sens au travail s'avère un sous-thème discuté par quatre des participantes. Les résultats indiquent que prendre soin des patients avec compétence permet à l'infirmière de trouver un sens au travail, mais ceci se voit menacé par le TSO. Ainsi, le TSO perturbe les valeurs de *caring*, lesquelles s'avèrent fondamentales à ce « prendre soin ». Les résultats soulignent également qu'un travail vide de sens peut affecter les infirmières du fait qu'elles sont moins en relation avec le patient. En effet, les participantes ajoutent qu'elles retrouvent le sens à leur travail lorsqu'elles perçoivent de la cohérence dans leur relation avec le patient. Aussi, une perte de sens au travail a été identifiée comme une conséquence possible de la fatigue physique entraînée par le TSO.

Les résultats de la présente recherche corroborent ceux de plusieurs auteurs. Par exemple, l'équipe de recherche RIPOST (Recherche sur les Impacts Psychologiques, Organisationnels et Sociaux du travail, 2000) a effectué une étude réalisée à l'aide d'une approche multi-méthodes auprès de 2006 infirmières. Ces auteurs concluent que le contexte actuel amène une perte de sens au travail. Ils expliquent que les infirmières ont exprimé avoir perdu le sens au travail et vivre une opposition entre la prestation de soins physiques et la relation d'aide auprès des patients.

Pour certains auteurs (CGSST, 2006; Kristensen, 1999), le sens au travail demeure un élément essentiel qui permet d'avoir l'impression que le travail effectué est important, et ce sens permet également de se sentir motivée et impliquée dans le travail. En effet, les infirmières trouvent un sens au travail, expliquent Baumann et al., (2001), lorsqu'elles peuvent s'occuper de tous les aspects de la santé d'un patient. Les résultats issus de la présente étude corroborent également l'étude d'Alderson (2004a) qui mentionne qu'une charge de travail accrue prive les infirmières d'un travail bien fait. Cette situation, selon Alderson, génère un sentiment de manque d'accomplissement professionnel, ce qui amène à rendre le travail expéditif, parce que la considération humaine se trouve amoindrie, provoquant ainsi la perte de sens. Selon Morin (2006) et Cara (1997), le sens au travail correspond à la cohérence entre la personne et le travail qu'elle accomplit, entre ses attentes, ses valeurs et les gestes qu'elle pose au quotidien.

*Sous-thème : Soins aux patients centrés sur la tâche  
comme conséquence du TSO*

Trois participantes sur cinq ont avoué avoir l'impression d'exécuter des tâches plutôt que de vraiment prendre soin de la personne soignée. Les résultats dévoilent que la fatigue généralisée engendrée par le TSO contribue à réduire l'empathie offerte aux patients. L'infirmière semble devoir faire un effort considérable pour établir une relation de *caring* avec des patients, ce qui provoque un sentiment de pesanteur en regard de la souffrance des patients. Les participantes ont également déploré ressentir une diminution quant à l'intérêt porté au patient, ce qui les amène à exécuter plutôt que de prendre soin. Ainsi, le constat demeure que le TSO dépouille des éléments essentiels de la profession, entre autres, des valeurs associées à l'approche de *caring*.

Ces résultats confirment les propos de plusieurs auteurs. Bien que Watson (1979, 1988, 1999) ne discute pas précisément du TSO, elle effectue la distinction entre le *care* et le *cure*. En effet, les résultats de la présente recherche indiquent que les infirmières forcées au TS ont moins de temps pour offrir le *care* et que les ressources sont souvent

insuffisantes pour assurer le *cure*. Les résultats semblent indiquer que le contexte de TSO accentue la dégradation du « prendre soin » de la personne soignée.

Ce résultat corrobore également ceux de l'étude qualitative d'Alderson (2004), qui souligne que ce sont les conditions défavorables, lesquelles permettent peu de relation d'aide et d'accompagnement, qui peuvent conduire à l'épuisement professionnel plutôt que le travail lui-même. En effet, Alderson explique que ce n'est ni la relation, ni l'attachement aux patients qui mènent à l'épuisement, mais plutôt l'organisation même du travail. En d'autres mots, selon Alderson (2004) et Montgomery (1993), l'organisation du travail, dans ce cas-ci le TSO, s'avère pathogène puisqu'il génère une perte de sens au travail.

En résumé, ce thème déplore que la priorité accordée aux tâches cliniques au cours des dernières années constitue une menace à la qualité et à l'humanisation des soins offerts à la clientèle. L'approche de *caring* s'inscrit dans une démarche philosophique où l'être humain est au cœur des préoccupations des soignants. Cette approche s'avère importante non seulement pour le soin aux patients mais aussi pour promouvoir un climat de travail favorisant le partenariat interprofessionnel. À la lumière des résultats de ce thème, le TSO demeure donc un élément contribuant à la déshumanisation des soins aux patients/familles.

#### Thème : Stratégies d'adaptation au phénomène de TSO

Les stratégies d'adaptations identifiées dans la présente étude permettent aux infirmières de s'ajuster aux demandes, aux changements et à la détresse liés au phénomène de TSO. Les résultats indiquent qu'à plus ou moins long terme, l'utilisation des stratégies d'adaptation peut avoir un effet négatif sur la santé mentale des infirmières qui y recourent dans la mesure où elles portent celles-ci à s'adapter à la situation éprouvante ou à la fuir plutôt qu'à tenter de la transformer. Ces résultats concordent avec

les propos d'Alderson (2004a) selon qui les stratégies d'adaptation sont utilisées pour se protéger contre la souffrance.

Ce thème, les stratégies d'adaptation au phénomène de TSO, se compose des six sous-thèmes suivants : a) l'imputabilité envers les patients, b) la négociation et l'organisation du nombre d'heures de travail suite à l'imposition du TSO, c) l'engagement envers l'équipe et l'administrateurs d) l'éducation comme alternative pour contrer le phénomène de TSO, e) l'absentéisme au travail comme alternative pour contrer le phénomène de TSO et, enfin, f) l'exode de la profession comme alternative au TSO.

*Sous-thème : Imputabilité envers les patients*

Toutes les participantes à l'étude ont révélé que leur haut niveau de responsabilité envers le patient leur permet de s'adapter à la situation de TSO. Les résultats confirment que pour l'infirmière, le patient demeure au centre de ses préoccupations malgré le contexte de TSO. L'importance que le patient puisse recevoir des soins de qualité malgré les facteurs extrinsèques de la pénurie infirmière est mise en évidence dans cette étude. Une des participantes ajoute vouloir soigner ses patients avec ses valeurs professionnelles en dépit du TSO. En d'autres mots, l'imputabilité envers le patient demeure une stratégie d'adaptation qui a permis aux participantes de faire face au phénomène de TSO.

Les résultats indiquent clairement qu'en contexte de TSO, les infirmières assurent une vérification rigoureuse afin de protéger la clientèle par une pratique sécuritaire. Les participantes vont même jusqu'à affirmer devoir faire le TSO pour le bien-être des patients. Ainsi, il semble que les valeurs morales associées à la profession, par exemple celles associées à l'approche de *caring*, encouragent les infirmières à demeurer imputables pour éviter l'accroissement des risques de complications chez la clientèle. Les responsabilités professionnelle et déontologique amènent, en quelque

sorte, l'infirmière à « prendre soin » de la personne. À cet effet, l'OIIQ (2006) stipule qu'en raison de son statut professionnel, l'infirmière doit faire preuve de compétence, démontrer un haut niveau d'intégrité et engager pleinement sa responsabilité professionnelle. La littérature fait référence à l'engagement professionnel et déontologique (OIIQ, 2006). Ce sous-thème demeure novateur puisqu'aucun écrit ne mentionne l'imputabilité envers le patient comme étant une stratégie d'adaptation.

*Sous-thème : Négociation et organisation du nombre d'heures  
de travail suite à l'imposition du TSO*

Ce sous-thème a été soulevé par chacune des participantes, et ce, à plusieurs reprises. Les résultats de cette recherche confirment que la négociation suite à l'imposition du TS permet à l'infirmière de s'adapter et que celui-ci s'avère plus tolérable. En effet, lors de l'imposition du TSO, l'infirmière qui se voit confrontée à assumer un quart de travail supplémentaire de huit heures négocie. La négociation peut être de l'ordre de quelques heures en présence, jusqu'à la négociation d'une journée de congé en échange de sa présence pendant un quart de travail complet. Toujours selon les résultats de cette recherche, la négociation peut créer un effet pervers puisqu'elle peut accentuer la problématique de disponibilité des ressources pour les quarts de travail suivants. Ces résultats corroborent ceux de l'AIIC (2006). En effet, l'AIIC mentionne que les infirmières qui négocient des journées de congé ou une diminution des heures lors des TSO obtiennent une forme de rémunération compensatoire. Toujours selon l'AIIC (2006), 76% des infirmières bénéficient d'une rémunération financière ou compensatoire à la suite des heures supplémentaires. Bien que quelques auteurs (AIIC, 2006; O'Brien-Pallas et al., 2001) ont observé que l'augmentation des heures de travail a un effet direct sur l'absentéisme, l'AIIC (2002), dans son Rapport sur les indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières du Canada, souligne que les absences ajoutent à la charge de travail et au stress des collègues, faute de remplaçantes qualifiées.

*Sous-thème : Engagement envers l'équipe de soins et l'administrateur*

Ce sous-thème, mentionné par quatre des participantes à l'étude, signifie que l'engagement envers l'équipe et l'administrateur correspond à une stratégie d'adaptation qui aide l'infirmière à accepter le TSO. Ainsi, les résultats de cette recherche confirment que le sentiment de responsabilité envers l'équipe incite à accepter le TS. Ce résultat coïncide avec les propos de Laschinger et Finegan (2005) à savoir que les infirmières qui font preuve d'engagement sont capables de relever les défis associés aux contraintes actuelles du réseau de la santé. Dans une analyse descriptive auprès de 500 infirmières américaines, Nedd (2006) mentionne que l'intention de rester dans la profession n'est pas liée aux caractéristiques personnelles, mais plutôt à la place que l'organisation fait aux infirmières engagées. De même, l'*Institute of Medicine* (2004) ainsi que Laschinger et Finegan (2005) estiment que l'environnement de travail positif permet aux infirmières d'être engagées auprès des patients, des collègues, des administrateurs ainsi qu'envers leur profession.

Selon la théorie de Kanter (1977, 1993), l'engagement au travail doit reposer sur quatre sources de pouvoir : l'information, le soutien, les ressources et l'opportunité. Dans le contexte de TSO, il s'avère que les sources de pouvoir associées à l'engagement demeurent absentes. L'engagement envers l'équipe, traduit par les participantes, permet d'affirmer que l'engagement demeure une stratégie, documentée dans la littérature, pour faire face au phénomène de TSO.

*Sous-thème : L'absentéisme au travail comme alternative pour  
contrer le phénomène de TSO*

Trois des participantes affirment utiliser l'absence maladie comme une stratégie d'adaptation au phénomène de TSO. L'absence maladie demeure une stratégie d'adaptation utilisée sur une base régulière, selon les résultats de la présente étude. Ces résultats coïncident avec les conclusions de la revue des écrits de Viens, Hamelin-

Brabant, Lavoie-Tremblay, et Brabant (2005), à savoir qu'un environnement de travail sain contribue de façon importante à diminuer le taux d'absence et le taux de roulement des infirmières. Selon ces auteurs, les problèmes de santé psychologique au travail sont les principaux responsables de l'augmentation de l'absentéisme. D'autres auteurs (AIIC, 2006; O'Brien-Pallas et al., 2001) ont observé que l'augmentation des heures supplémentaires correspond à l'augmentation de l'absentéisme.

Malgré l'importance de l'absentéisme, les absences journalières causées par le TSO demeurent une donnée diluée à l'intérieur des données d'absentéisme recueillies en général (absence pour des raisons familiales, due à un accident, etc). Le Rapport de l'AIIC (2002), sur les indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières du Canada, indique un plus haut taux d'absentéisme chez les infirmières comparativement à la population active. Les résultats de la présente recherche confirment les données de ce rapport ainsi que les résultats de la revue des écrits effectuée par Viens, Hamelin-Brabant, Lavoie-Tremblay, et Brabant (2005).

*Sous-thème : Exode de la profession comme alternative au TSO*

Trois des participantes ont identifié l'exode comme étant une alternative au TSO. Le tumulte émotionnel auquel les infirmières doivent faire face au quotidien demeure colossal. Pour les participantes, les statistiques liées à l'exode sont très révélatrices et amènent les infirmières à entrevoir d'autres possibilités de carrière. Selon les résultats de cette étude, quitter la profession signifie donc la mise en place d'une stratégie d'adaptation permettant sa propre sauvegarde.

Ces résultats corroborent les propos de quelques auteurs. En effet, selon un sondage effectué par l'ANA (2001), 88% des infirmières mentionnent vouloir quitter la profession pour des raisons de santé et de sécurité. Selon Rivers, Tsai et Munchus (2005), l'environnement de travail et la perception d'un manque de loyauté des

administrateurs de leur organisation contribuent à l'exode des infirmières de la profession.

Pour leur part, Tinsley et France (2004) ont réalisé une étude phénoménologique auprès de cinq infirmières américaines, dont le but était d'explorer les raisons liées au choix de quitter la profession. L'exode demeure le point final associé à la décision de quitter, provoqué par le temps supplémentaire obligatoire. De plus, l'exode de la profession demeure une finalité afin de réduire la souffrance. Pour les auteurs (Tinsley & France, 2004) l'exode ne fait qu'accroître la pénurie et contribue à la diminution de la qualité des soins auprès de la clientèle. Ainsi, les résultats de la présente étude corroborent la littérature associée à l'exode de la profession comme stratégie d'adaptation.

*Sous-thème : L'éducation comme alternative pour contrer le phénomène de TSO*

Deux des participantes ont choisi un retour aux études pour faire face au TSO. Selon les résultats de cette recherche, l'éducation permet d'entrevoir des perspectives de carrière où le TSO n'existe pas. Lorsque le TSO dépasse la limite de l'acceptable, le retour aux études permet d'éviter le TSO et amène des possibilités d'avancement au niveau professionnel.

L'éducation comme stratégie d'adaptation s'avère peu documentée dans la littérature. Quelques auteurs ont identifié l'éducation comme stratégie de rétention du personnel infirmier (Viens, Lavoie-Tremblay, & Brabant, 2004) ou comme étant une marque de reconnaissance (CGSST, 2006). Par ailleurs, aucune étude à ce jour ne fait référence à l'éducation comme stratégie d'adaptation au TSO ou même aux facteurs associés à la pénurie, ce qui contribue à l'aspect novateur de ce sous-thème.

En résumé, il est heureux que les infirmières puissent s'adapter au phénomène de temps supplémentaire obligatoire grâce à l'amour de la profession et l'engagement envers la clientèle, les collègues et la profession. Toutefois, l'absentéisme, l'exode et la négociation des heures de travail soulèvent l'inquiétude de l'étudiante-chercheuse face à la pénurie déjà existante.

### Thème : Regard positif à l'expérience de TSO

Le regard positif à l'expérience de TSO permet d'entrevoir que, malgré le contexte difficile du réseau de la santé, les infirmières arrivent à identifier des aspects positifs. Dans ce thème, les participantes ont clairement mentionné aimer la profession et que la pénurie de main d'œuvre ainsi que les conséquences associées n'ont pas atténué leurs valeurs personnelles et professionnelles.

Ce thème regard positif à l'expérience de TSO se compose de cinq sous-thèmes :

a) le choix de la profession par l'infirmière novice en dépit de la connaissance du phénomène de pénurie et de TSO, b) l'amour pour le travail en dépit du TSO, c) la persistance des valeurs personnelles et professionnelles en dépit du TSO, d) les avantages divers et, enfin, e) l'impact mitigé du TSO sur la qualité de vie personnelle et professionnelle.

Les résultats de la présente étude demeurent corroborés dans les écrits en ce qui concerne l'amour pour la profession. Par ailleurs, les résultats qui font référence au choix de la profession en contexte de pénurie, aux valeurs associées à la profession ainsi qu'aux avantages perçus par les participantes contredisent les écrits. En effet, les participantes ont choisi d'assurer la qualité et la sécurité des soins malgré le phénomène de TSO qui sévit actuellement dans le réseau de la santé. Cette contradiction peut constituer l'une des principales difficultés qu'elles éprouvent dans leur travail et peut se révéler une source constante de tension.

*Sous-thème : Choix de la profession par l'infirmière novice en dépit  
de la connaissance du phénomène de pénurie et de TSO*

Toutes les participantes ont affirmé, pour ce sous-thème, que les nouvelles infirmières connaissent la réalité du réseau de la santé à leur arrivée dans la profession. Les résultats de la présente recherche amènent le constat qui suit : le nombre de postes vacants, l'ouverture ainsi que les garanties d'embauche suscitent un certain attrait. Par contre, il apparaît important de mentionner qu'en contexte de pénurie, la difficulté d'attirer des jeunes dans la profession demeure une donnée de grande importance. La médiatisation des conditions de travail difficiles, le manque de ressources, les données relatives à la détresse psychologique amènent, pour la population en général, à considérer défavorablement la profession (Seago, Spetz, Alvarado, Keane, & Grumbach, 2006; Takase, Maude, & Manias, 2006). Selon ces auteurs, la profession infirmière demeure une carrière de moins en moins choisie. Le nombre d'inscriptions dans les maisons d'enseignement ne cesse de diminuer (Viens, Lavoie-Tremblay, & Brabant, 2004). Selon Montmarquette et Thomas (2005), le salaire demeure un facteur à considérer puisqu'il a un effet direct sur le nombre d'inscriptions en sciences infirmières.

Les résultats restent novateurs puisque les participantes considèrent que le contexte de pénurie exerce un certain attrait pour la profession, contrairement aux résultats des études mentionnées.

*Sous-thème : Amour pour le travail en dépit du TSO*

Ce sous-thème est jugé important pour chacune des participantes. Les résultats de cette étude indiquent qu'il faut aimer le travail pour accepter des conditions de travail aussi peu favorables. L'une des participantes ajoute que malgré les conditions actuelles, elle se donne à 100%. Les résultats de la présente recherche confirment ceux de Chandra

(2003) qui mentionne que les infirmières n'ont pas choisi la profession en fonction d'un salaire décent, mais plutôt parce qu'elles aiment prendre soin des patients. En effet, les infirmières choisissent la profession pour les soins à donner aux patients. Elles multiplient les moments de contact avec la personne dans un espace rempli de gestes reflétant l'amour pour la profession. En ce sens, Pepin et Cara (2001) mentionnent que :

L'infirmière ne fait pas qu'accomplir des tâches, elle accompagne, elle soutient, elle renforce la personne ou la famille lors d'expériences de santé ou de transitions de vie. C'est à la fois par sa manière d'être, son engagement, sa présence vraie et authentique qu'elle donne forme à son idéal moral de soin [...]. (p. 36)

Les résultats de la présente étude, tout comme les écrits mentionnés, indiquent que l'amour pour le travail demeure un élément de grande importance pour prendre soin des patients dans un contexte difficile. De plus, les infirmières ne peuvent exercer leur profession, dans laquelle la dimension humaine est incontestable, si elles n'aiment pas ce qu'elles font.

*Sous-thème : Persistance des valeurs personnelles et  
professionnelles en dépit du TSO*

Ce sous-thème s'est avéré important pour quatre des participantes. En effet, elles ont indiqué avoir choisi la profession infirmière pour aider les gens et souhaité éviter que les patients subissent les conséquences associées au TSO. De plus, les infirmières qui ont participé à cette étude soulignent leur désir de maintenir une cohérence entre leurs valeurs professionnelles associées à une approche *caring* et leur façon de prendre en charge les patients. Ceci corrobore les propos de l'OIIQ (2006) qui révèlent que choisir de soigner c'est privilégier l'humain, l'accompagner, le soulager, le traiter dans les moments les plus graves, les plus intenses de sa vie, parfois les plus éprouvants et avoir le sentiment d'être utile et de contribuer à l'humanisation des soins. Le TSO tel

que vécu par les participantes ne semble pas avoir atténué cette valeur fondamentale de la profession.

Toutefois, il est rapporté que les infirmières se sentent éloignées des valeurs et des éléments fondamentaux de leur profession et qu'elles sont insatisfaites de leur travail (Blythe, Baumann, & Giovannetti, 2001; Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002). D'ailleurs, mentionne Alderson (2004), la faible prise en compte de la relation d'aide et le peu de considération pour l'accompagnement du patient et sa famille, peuvent mener les infirmières à l'épuisement professionnel. Lorsque l'idéal professionnel ne correspond plus aux situations de travail vécues, les stratégies d'adaptation s'épuisent et l'épuisement professionnel surgit, explique Alderson (2001). Les infirmières se dirigent vers l'épuisement professionnel pour éviter de perdre ou d'abandonner leurs valeurs fondamentales professionnelles.

Selon ces écrits et les résultats de cette étude, il apparaît important de souligner que la persistance des valeurs personnelles et professionnelles permet de prendre soin de la clientèle et, paradoxalement, peut mener à l'épuisement professionnel. Ce paradoxe est documenté dans la littérature (Alderson, 2004; Cara, 1997; Montgomery, 1993). Selon l'étudiante-chercheure, cette divergence de résultats pourrait possiblement s'expliquer par le fait que les participantes à l'étude ne vivent sans doute aucun épuisement professionnel. Par conséquent, il apparaît important de mentionner que les participantes à l'étude demeurent à risque élevé puisque, comme les écrits scientifiques recensés l'indiquent, l'épuisement professionnel est le résultat d'un stress émotionnel chronique engendré par de trop grandes exigences au travail, soit dans ce cas-ci, le TSO.

#### *Sous-thème : Avantages divers*

Trois participantes ont mentionné bénéficié d'avantages financiers avec le TSO. Le TSO est certes rémunéré dans les organisations, toutefois, les résultats de la présente

recherche soulignent que l'aspect financier a permis de compenser pour les émotions et les impacts négatifs vécus lors du TSO.

Ce résultat contredit les écrits, du moins en partie. En effet, bon nombre d'auteurs (Baumman et al., 2001; Rivers, Tsai, & Munchus, 2005; Viens, Lavoie-Tremblay, & Mayrand-Leclerc, 2002) affirment qu'il faut repenser les compensations financières et les bénéfices pour les infirmières. Selon Montmarquette et Thomas (2005), l'impact financier du salaire reste relativement faible par rapport aux heures travaillées tout comme l'ont confirmé Chiha et Link (2003) dans leur étude sur des données américaines. L'AIIC (2006) constate également que, pour certaines infirmières, le TS demeure un avantage financier qu'elles recherchent et sur lequel elles sont habituées à compter. Par ailleurs, Irvine et Evans (1995) soutiennent qu'il existe un lien étroit entre la satisfaction générale au travail et le salaire; toutefois, la considération pour l'argent devient source de satisfaction en l'absence d'autres sources. Les résultats de la présente étude coïncident avec les écrits de ces auteurs. Par conséquent, le choix de faire du TS et l'obligation au TS doivent nécessairement être considérés différemment par des administrateurs, les chercheurs et les cliniciens.

Dans un autre ordre d'idées, les résultats de la présente recherche soulignent que les patients sont conscients du nombre d'heures de travail des infirmières, ce qui les amène à formuler moins de demandes auprès de celles-ci. Il demeure intéressant de constater la prise en compte des patients à l'égard de la pratique des infirmières. La littérature portant sur la sympathie des patients et de leur famille envers les infirmières demeure peu documentée. En effet, les écrits indiquent les effets néfastes des longues heures de travail sans faire état de l'impression ou de l'expérience des patients lorsque le personnel est réduit ou si le personnel effectue plusieurs heures de travail consécutives.

*Sous-thème : Impact mitigé du TSO sur la qualité de vie  
personnelle et professionnelle*

Ce sous-thème identifié par deux participantes fournit des résultats contradictoires. En effet, deux résultats en sont ressortis. Premièrement, la bonne forme physique permet de ressentir moins de fatigue, génère peu d'impact au quotidien et dévient un avantage au niveau de la sécurité d'emploi. Deuxièmement, le TSO peut avoir des effets néfastes sur la santé psychologique à long terme (tel qu'identifié dans un thème précédent).

La forme physique ainsi qu'un nombre plus restreint d'heures de TSO demeurent des éléments qui diminuent les impacts négatifs liés au phénomène de TSO. À notre connaissance, il ne semble y avoir aucune étude portant sur l'impact positif de la forme physique des infirmières en contexte de TSO, d'où l'aspect novateur de cette étude. Toutefois, le nombre d'heures obligées en TS demeure documenté sans préciser si les impacts sont moins importants lorsque le nombre d'heures est inférieur à huit heures. Par ailleurs, la bonne forme physique permet plusieurs avantages, tant pour la personne elle-même que pour son organisation et s'avère documenté dans la littérature. En effet, le Conseil canadien de la sécurité (2005) travaille, de concert avec l'Agence de santé publique du Canada par le biais du Conseil canadien de la santé et de la vie active au travail, dans le but de mettre en oeuvre des programmes de vie active au travail. Ces associations soulignent que le problème le plus sérieux, c'est celui de trouver du temps pour l'activité physique. Les obligations professionnelles et familiales, ainsi que d'autres priorités, empêchent de consacrer du temps à des activités physiques.

En résumé, bien que le temps supplémentaire obligatoire soulève plusieurs aspects négatifs, le regard positif vient, pour sa part, offrir un contrepois. Ainsi, l'amour pour la profession permet à l'infirmière de faire face au tumulte provoqué par le phénomène de TSO. De plus, l'aspect financier apporte un certain baume au moment de la réception de

la rémunération. En effet, le TSO amène des émotions négatives lorsqu'il est vécu mais le bénéfice financier y étant associé permet aux participantes d'y voir un certain avantage.

Finalement, la signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécu par les infirmières en centre hospitalier signifie le **déchirement entre le *caring* pour soi-même, les patients, les collègues et l'organisation**. Les plupart des résultats corroborent les propos des auteurs mentionnés dans la présente étude; toutefois d'autres résultats soulèvent de nouvelles composantes qui préconisent le bien-être des infirmières grâce à un environnement optimal de travail.

Les résultats de cette étude permettent d'affirmer que le TSO demeure un phénomène à éliminer des processus administratifs. Le TSO est utilisé depuis déjà une décennie et représente un problème majeur pour la santé physique et mentale des infirmières qui le vivent. Afin de mettre en oeuvre des actions concrètes et urgentes dans le but d'améliorer la situation, des recommandations feront l'objet d'une section ultérieure. Préalablement, les limites de l'étude seront explicitées dans la prochaine section.

### LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude comporte certaines limites dont il apparaît important de tenir compte.

- La première limite correspond au nombre restreint de cinq participantes. Selon Benner (1994), il est suggéré de faire des entrevues jusqu'à « redondance », c'est-à-dire, jusqu'à l'obtention d'un nombre suffisant de données similaires entre chacune des participantes.
- La recherche se faisant dans le cadre d'un programme de maîtrise pour lequel une limite de temps est imposée, le nombre de cinq participantes a été jugée suffisant. Bien que la redondance dont discute Benner (1994) n'ait pas été obtenue pour tous les sous-thèmes, l'étudiante-chercheure est tout de même parvenue à une certaine redondance au moment de l'analyse des verbatim. Néanmoins, la richesse des verbatim contribue à offrir une

compréhension profonde du phénomène à travers la description de l'expérience consistant à avoir été forcée au temps supplémentaire.

Selon les critères de sélection, les femmes sont privilégiées dans la présente étude, ce qui constitue une autre limite, puisque les perceptions des hommes et des femmes en regard du phénomène à l'étude pourraient s'avérer différentes. Toutefois, de concert avec les recommandations émises lors de devis qualitatifs, l'étudiante-chercheuse a encouragé le plus de diversité possible au moment du recrutement. D'ailleurs, l'expérience de travail, l'âge ainsi que le statut familial des infirmières participantes s'avèrent différents. Des recommandations feront l'objet des prochaines sections.

## LES RECOMMANDATIONS

À partir des récits des cinq participantes, cette étude démontre que la signification de l'expérience vécue des infirmières forcées au TS en centre hospitalier correspond au **déchirement entre le *caring* pour soi même, les patients, les collègues et l'organisation**. Rappelons que l'essence de l'étude a été dégagée des sept thèmes suivants : a) l'insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO, b) l'emprise associée aux enjeux de pouvoir en dépit du Code de déontologie, c) la détresse psychologique provoquée par la contrainte du TSO, d) le déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale, e) la perturbation des valeurs de *caring* et du climat de travail associée au processus de TSO et, enfin, f) les stratégies d'adaptation au phénomène de TSO ainsi que g) le regard positif à l'expérience de TSO.

### Les recommandations pour la pratique et la gestion des soins infirmiers

Les résultats de la présente étude ont fait ressortir l'insatisfaction au travail et la détresse psychologique associées au TSO. À la lumière des *verbatim*, la détresse et l'insatisfaction vécues par l'infirmière impliquent un processus qui met en cause

l'environnement de travail. Par conséquent, il semble impératif d'optimiser l'environnement de travail afin de contribuer à l'amélioration du climat de travail. La charge de travail de même que l'incapacité de répondre aux besoins de la clientèle sont également associées à l'insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO. Il s'avère donc important que la charge de travail soit considérée lorsqu'une infirmière est forcée au temps supplémentaire. En effet, la charge de travail importante lors du TSO pourrait être susceptible d'amener l'infirmière à omettre des interventions nécessaires auprès de la clientèle desservie. De plus, l'état de fatigue généré par le nombre d'heures de travail consécutif peut accroître le risque d'erreur potentiel à l'égard des patients/familles. Dans le même sens, il apparaît important d'assurer la présence d'un personnel infirmier compétent, tant pour pourvoir à la sécurité de la clientèle que pour favoriser la satisfaction au travail de l'infirmière et son équipe. Des programmes de formation continue et d'encadrement par les pairs pourraient ici s'avérer très utiles. Ceci pourra, dans un deuxième temps, amener les administrateurs à prendre en compte l'expertise de l'infirmière et les résultats pour le patient.

Associés à la fatigue physique importante, les résultats de la présente étude indiquent un déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale suite au TSO. Tel que mentionné précédemment, une telle fatigue peut avoir un impact important sur la sécurité de la clientèle. Il s'avère donc capital de reconnaître les limites physiques exprimées par les infirmières. Ainsi, il semble pertinent de limiter le nombre d'heures en temps supplémentaire volontaire ou obligatoire, tel que recommandé par l'*Institute of Medicine* (2004), afin de prévenir les préjudices potentiels à la clientèle, associés à la fatigue. Aussi, les résultats de la présente étude démontrent que de composer avec le travail, les études, la famille et la vie sociale, dans un contexte de TSO, comporte de grandes exigences. En effet, le manque de prévisibilité des horaires de travail, la rareté de la main d'œuvre, les situations familiales vécues amènent l'étudiante-chercheure à recommander des mesures de conciliation travail-famille visant à soutenir les infirmières. Différentes mesures pourraient être contemplées, par exemple : des garderies disponibles le soir et la nuit,

la possibilité de congé pour raisons familiales, journées de maladie prévues pour les rendez-vous chez le médecin ou le dentiste, options d'étalement du revenu et de congés sans solde avec garantie d'emploi au retour, etc.

En plus de la fatigue physique, la présente étude fait ressortir les conséquences négatives du TSO sur la santé psychologique de l'infirmière. Ces conséquences peuvent certainement conduire l'infirmière vers l'épuisement professionnel. Ceci a, sans aucun doute, un effet significatif sur les coûts pour l'organisation, tant au niveau de l'absentéisme et du roulement du personnel, qu'au niveau de la qualité des services offerts. Il importe donc de travailler de concert avec toutes les personnes concernées afin de prévenir les conséquences graves sur la santé mentale et physique des infirmières devant faire face au temps supplémentaire obligatoire.

L'emprise exercée par le TSO demeure un résultat pour lequel il est urgent de s'attarder. En effet, les résultats de la présente étude indiquent que le Code de déontologie (OIIQ, 2003) protège peu l'infirmière lors du TSO. L'étudiante-chercheuse croit que légiférer sur le nombre d'heures de travail pourrait s'avérer une piste de solution pour contrer les effets nocifs de la pénurie actuelle. Cette législation permettrait de prévenir les actions disciplinaires envers l'infirmière, en cas de refus d'effectuer des heures de travail supplémentaires. Par le fait même, cette législation permettrait de diminuer les impacts multiples sur la santé de l'infirmière et d'encourager fortement les gestionnaires à trouver des alternatives à cette situation chronique de pénurie. Des modifications dans les horaires de travail seraient donc indiquées pour offrir une plus grande autonomie et flexibilité à l'infirmière soignante afin de promouvoir un équilibre entre ses sphères personnelle et professionnelle. Par exemple, on pourrait considérer des horaires de travail comprimées ou encore la semaine de quatre jours équivalente à un salaire à temps complet, la possibilité de travailler une fin de semaine sur trois durant la période estivale ou encore, offrir des quarts de travail de huit, dix et douze heures.

Les résultats de la présente étude soulignent également que la signification du TSO est associée à une perturbation des valeurs de *caring* et du climat de travail, laquelle contribue grandement à la déshumanisation des soins offerts aux patients et à leur famille. Les participantes à l'étude ont d'ailleurs exprimé la nécessité de prioriser les soins directs aux patients et à leur famille. En accord avec Cara (1997), une pratique clinique empreinte de *caring* doit avoir préséance sur les restrictions budgétaires. La perception du travail dépasse donc le simple fait d'être réalisé dans l'optique d'obtenir une rétribution financière. Ainsi, le travail devient porteur de sens. En conséquence, la reconnaissance du travail semble devoir être repensée. À ce niveau et dans le but d'améliorer le climat de travail, la prise en compte des limites exprimées par l'infirmière forcée au TSO permettrait qu'elle ressente de la considération en tant que professionnelle. Il serait alors important de miser sur des valeurs organisationnelles qui s'inscrivent dans un processus de valorisation de la dimension humaine du soin et de la collégialité. Tout comme Cara (1997), il convient donc d'ajouter aux recommandations l'importance de reconnaître et de valoriser, non seulement les qualifications techniques, mais aussi la pratique du *caring* chez le personnel soignant.

De même, à la lumière des résultats de cette étude, il apparaît important d'introduire une culture de respect mutuel, autant envers les patients, les collègues et les administrateurs. Le respect amène les membres de l'équipe à promouvoir une pratique de *caring*. Tout comme Cara (1997), l'étudiante-chercheuse croit qu'il demeure capital d'appuyer, non seulement sa pratique clinique, mais aussi sa pratique de gestion sur la philosophie du *caring* afin de promouvoir la satisfaction du personnel et celle des patients/familles.

Dans un autre ordre d'idées, il semble pertinent d'impliquer les infirmières dans les décisions concernant la qualité des soins dans un contexte de restrictions des ressources humaines disponibles et de TSO. Dans l'allocation des ressources on doit

pouvoir compter sur un nombre suffisant d'infirmières afin d'assurer des soins sécuritaires, efficaces et de qualité. La révision des modes de distribution de soins, en temps de grave pénurie, permettrait sans doute la représentation des niveaux appropriés de compétences déployées de manière adéquate pour atteindre un niveau de satisfaction au travail élevée. Par exemple, on pourrait entrevoir la mise en place de structure permanente de personnel de soutien, la reconnaissance de l'expertise des infirmières ainsi que la mise en place des programmes de *coaching* et de mentorat pour le soutien aux infirmières novices et le transfert des connaissances.

À la lumière des résultats de la présente étude, le constat est que l'infirmière forcée au TS vit un déchirement correspondant à une grande souffrance. Plusieurs recommandations font référence au pouvoir administratif. Par ailleurs, l'étudiante-chercheuse croit que l'infirmière aurait avantage à bien comprendre qu'il demeure capital de prendre soin d'elle-même, que ce soit par le sommeil, l'alimentation ou l'exercice physique, dans un but de gestion du stress. La mise en place d'opportunités de faire des activités physiques pendant l'heure du dîner, avant ou après le travail, pourrait être une avenue intéressante. De plus, l'engagement mutuel à l'intérieur des équipes de soin pourrait permettre, grâce au sentiment d'appartenance, un soutien considérable lorsque le phénomène de TSO surgit. La mise en place de tables de discussion par le personnel concerné serait une stratégie favorisant la prise de décisions d'équipe pour contrer le phénomène.

#### Les recommandations pour la recherche en soins infirmiers

Bien que quelques auteurs s'intéressent aux attributs de la pénurie de main d'œuvre infirmière et aux conséquences s'y rattachant, il apparaît capital de poursuivre la recherche sur le phénomène de TSO. Cette même étude pourrait être réalisée auprès des hommes, des mères de famille et des femmes monoparentales afin de comprendre si le phénomène se vit différemment.

Une étude comparative, entre les infirmières forcées au TS et celles qui ne le sont pas, pourrait s'avérer des plus pertinentes. Il serait également intéressant d'explorer la perception des patients lorsque le personnel effectue plusieurs heures de travail consécutives. Le thème majeur de cette étude étant le déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale, il apparaît important d'orienter la recherche vers le phénomène de qualité de vie et de qualité de vie au travail chez les infirmières vivant le TSO.

Dans un autre ordre d'idées, les participantes ont souligné qu'elles comprenaient le malaise des gestionnaires lorsqu'ils doivent forcer une infirmière au TS. L'étudiante-chercheuse demeure convaincue de la souffrance des gestionnaires lorsqu'ils obligent une infirmière à assumer un quart de travail supplémentaire, contre son gré. Ainsi, une recherche de type phénoménologique semble pertinente pour décrire et comprendre la perception des gestionnaires lorsqu'ils obligent le personnel infirmier au TS.

Enfin, orienter la recherche vers les stratégies de *coping* pour les infirmières et les gestionnaires en lien avec le phénomène de TSO permettrait aux personnes concernées de mieux faire face à la situation. De tels résultats pourraient contribuer au renouvellement des pratiques de gestion en lien avec TSO et la santé du personnel.

La conclusion de ce mémoire fera l'objet de la prochaine section.

## LA CONCLUSION

Le TSO est un phénomène qui sévit depuis déjà quelques années et ce, à l'échelle régionale, provinciale, nationale et internationale. La lourdeur des impacts liés à ce phénomène peut conduire les infirmières qui le vivent vers l'épuisement professionnel.

Afin de décrire et comprendre l'expérience d'être forcé au temps supplémentaire, l'étudiante-chercheure, s'inspirant de la philosophie du *caring* comme toile de fond (Watson, 1985, 1988, 1999, 2006), a mené une étude de type phénoménologique auprès de cinq infirmières ayant vécu ce phénomène au moins trois fois. Suite à l'analyse réalisée selon les étapes de Giorgi (1997), le récit de l'ensemble des participantes a permis de dégager les sept thèmes suivants : a) l'insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO, b) l'emprise associée aux enjeux de pouvoir en dépit du Code de déontologie, c) la détresse psychologique provoquée par la contrainte du TSO, d) le déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale, e) la perturbation des valeurs de *caring* et du climat de travail associée au processus de TSO et, enfin, f) les stratégies d'adaptation au phénomène de TSO ainsi que le regard positif à l'expérience de TSO.

Les participantes ont fait référence au déséquilibre des différentes sphères de leur vie comme étant l'impact majeur du TSO. En effet, les longues heures de travail, comme c'est le cas avec le TSO, amènent les personnes à la difficulté d'équilibrer notamment les sphères professionnelle et personnelle. Le deuxième thème, Stratégies d'adaptation au phénomène de TSO, amène les infirmières à entrevoir des solutions au phénomène de TSO. Les participantes à l'étude ont fait ressortir le fait que les infirmières peuvent faire face au phénomène de temps supplémentaire obligatoire à travers l'amour de la profession et l'engagement envers la clientèle, les collègues et la profession. Par ailleurs, l'absentéisme, l'exode et la négociation des heures de travail amènent à réaliser qu'il est important de prendre soin de soi, c'est-à-dire, de s'assurer minimalement, d'avoir assez de sommeil et de s'alimenter. L'insatisfaction liée au processus administratif menant au TSO constitue le troisième thème le plus souvent identifié selon les participantes à

l'étude. Les résultats liés à ce thème font ressortir que la dotation inadéquate en personnel ainsi que la perception du manque d'appui des administrateurs augmentent le sentiment d'insatisfaction des infirmières face à leur travail. Le taux élevé d'insatisfaction au travail lié au stress, à l'épuisement, ainsi qu'à la tension en regard des rôles compromet le bien-être global des infirmières.

Enfin, suite à cette analyse, l'essence a émergé. Ainsi, la signification de l'expérience vécue des infirmières forcées au TSO œuvrant en centre hospitalier c'est le **déchirement entre le *caring* pour soi même, les patients, les collègues et l'organisation**. Ce déchirement représente la souffrance vécue par l'infirmière à ne pouvoir accomplir son travail selon son idéal moral. L'empêchement d'accomplir l'exercice infirmier avec compétence et selon ses valeurs, de même que le sentiment de ne pouvoir s'épanouir dans sa profession entraînent cette souffrance. Le TSO provoque donc chez les infirmières l'émergence d'émotions négatives et une difficulté à faire face à ce phénomène dans un environnement de travail non optimal. Dans un tel contexte, l'engagement du soignant dans une relation de *caring* avec le soigné, peut représenter un risque pour le soignant. En effet, le risque apparaît lorsque le soignant se retrouve dans un état de vulnérabilité émotionnelle, le TSO, dans lequel le soignant peut ressentir une surcharge émotionnelle. Cette surcharge émotionnelle se manifeste lorsque l'infirmière néglige sa propre souffrance pour répondre aux besoins de l'autre, en l'occurrence le patient, les collègues, les administrateurs. Le contexte chaotique engendré par les enjeux vécus à l'heure actuelle dans le réseau de la santé permet peu de reconnaissance de la dimension humaine qui demeure la pierre angulaire du prendre soin.

Dans le même sens, Duquette et Cara (2000) soulignent que les infirmières retrouvent le sens au travail lorsqu'il y a cohérence entre les valeurs de *caring* et celles du milieu de travail. Il apparaît important de souligner que l'ouverture du personnel d'encadrement s'avère un préalable pour la mise en œuvre de pratiques de reconnaissance en milieu de travail. En fait, les dirigeants doivent vouloir dépasser le

courant de pensée traditionnel qui veut que la gestion des ressources humaines soit synonyme de contrôle, et aspirer à une vision plus humaine des pratiques de gestion (CGSST, 2006a; Cara, 1997; Nyberg, 1998). Ce souci d'humaniser les pratiques de gestion des ressources humaines doit s'inscrire, dans un processus de prise en considération de l'importance des personnes dans le milieu de travail. Il apparaît d'une importance capitale que les infirmières soient reconnues et respectées comme personnes ayant un rôle professionnel, un rôle de mère de famille, un rôle de conjointe, un rôle d'amie, pour ne nommer que ceux-ci. Nous rappelant que l'infirmière est, elle aussi, une personne unique ayant un corps, un esprit et une âme, visant la santé et l'équilibre dans toutes ses sphères (personnelle, professionnelle, familiale et sociale), nous reconnaissons les conditions gagnantes pour une pratique pleine de sens, laquelle se veut porteuse de l'espoir d'une plus grande humanisation, non seulement des soins mais aussi du climat de travail.

## **LES RÉFÉRENCES**

- Agence de santé publique du Canada (2005). *Programme de contributions à l'activité physique 2005-2006: Favoriser de saines habitudes de vie pour les Canadiens*. Récupéré de [http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/pcaf/2005-2006\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/condition-physique/pcaf/2005-2006_f.html).
- Aiken, L. H., & Clarke, S. (2003). Failure to rescue: Needless deaths are prime examples of the need for more at the bedside. *American Journal of Nursing, 103*(1), 42-47.
- Aiken, L., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., & Silber, J.H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA, 290*(12), 1617-1623.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A., & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs, 20*(3), 43-53.
- Aiken, L., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA, 288*(16), 1987-1993.
- Aiken, L.H., Havens, D.S., & Sloane, D.M. (2000). Magnet nursing services recognition program. *Journal of Nursing Standard, 14*(25), 414-417.
- Aiken, L., & Patrician, P. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research, 49*(3), 146-153.
- Aiken, L., & Upenieks, V.V. (2002). Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *Journal of Nursing Administration, 32*(11), 564-576.
- American Nurses Association. (2001). *Analysis of American Nurses Staffing Survey*. Washington, DC: American Nurses Association.
- Alderson, M. (2004a). La difficile construction identitaire des infirmières : un facteur prédisposant aux problèmes de santé mentale. *Le Vis-à-vis, 14*(1). Récupéré de <http://www.aqps.info/docs/vav/v14/v14n3.shtml>.
- Alderson, M. (2004b). La santé au travail des infirmières en unités de soins de longue durée : l'apport de la psychodynamique du travail. *Infirmière Canadienne, 5*(1), 5-11.

- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2002). *Les indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières et infirmiers du Canada*. Récupéré de [http://www.cna-aiic.ca/CNA/practice/environment/worklife/default\\_f.aspx](http://www.cna-aiic.ca/CNA/practice/environment/worklife/default_f.aspx).
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2006). *Vers 2020 Visions pour les soins infirmiers. Ontario. Canada*. Récupéré de <http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Toward-2020-f.pdf>.
- Australian Nursing Federation (2004). *5200 more reasons to commit to nurse patient ratios*. Récupéré de [www.anfvic.asn.au/media\\_releases/5200%20more%20reasons%20to%20commit%20to%20nurse%20patient%20ratios.pdf](http://www.anfvic.asn.au/media_releases/5200%20more%20reasons%20to%20commit%20to%20nurse%20patient%20ratios.pdf).
- Bachelor, A., & Joshi, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en Psychologie*. Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Bailey, E.W., MacLean, S.L., Desy, P., & McMahon, M. (2004). ENA's Delphi Study on National research priorities for emergency nurses in United States. *Journal of Emergency Nursing*, 30(1), 12-21.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran, D., Kerr, M., Mc Gillis Hall, L., Zina, M., Butt, M., & Ryan, L. (2001). *Engagement et soins: les avantages d'un milieu sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Toronto : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Récupéré de [www.chsrf.ca](http://www.chsrf.ca).
- Beck, C.T. (1994). Reliability and validity issues in phenomenological research. *Western Journal of Nursing Research*, 16(3), 254-267.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Don Mills, Ont.: 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). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, C. (1996). The phenomenology of knowing the patient. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 273-280.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Don Mills, Ont.: Addison-Wesley.

- Blachowicz, E. & Letizia, M. (2006). The challenges of shift work. *MEDSURG Nursing*, 15(5), 274-280.
- Blondeau, D. & Hébert, M. (2002). La responsabilité professionnelle de l'infirmière. Dans O. Goulet & C. Dallaire (éds), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (pp. 143-161). Montréal : Gaëtan Morin.
- Blythe, J., Baumann, A., & Giovannetti, P. (2001). Health policy and systems. Nurses' experiences of restructuring in three Ontario hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1st Quarter), 61-68.
- Blythe, J., Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., & Butt, M. (2002). La qualité de vie au travail et la valeur du travail infirmier. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand-Leclerc (éds), *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp.23-36). Cap Rouge : Presses inter universitaire.
- Bolton, L.B., Jones, D., Aydin, C.E., Donaldson, N., Brown, D.S., Lowe, M., McFarland, P.L., & Harms, D. (2001). A response to California's mandated nursing ratios. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 179-184.
- Bosek, M. S., (2001). Mandatory overtime: Professional duty, harms, and justice. *JONAS Healthcare, Law, Ethics and Regulation*, 3(4), 99-102.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., & Vézina, M. (1999). Job strain evolution of mental health among nurses. *Journal of occupational health psychology*, 4(2), 95-107.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American journal of industrial medicine*, 34, 20-28.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., & Sarmiento, J., (2000). *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et infirmiers de l'agglomération de Québec*. Québec : Équipe de recherche RIPOST; Université Laval Direction de la santé publique de Québec.
- Boykin, A., & Shoenhofer, S.O. (1993). *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*. New York : National League for Nursing.
- Boykin, A., & Shoenhofer, S. O., (2001). Nursing as caring: An emerging general theory of nursing. Dans M. E. Parker (Ed.), *Nursing and Nursing Practice* (pp. 329-342). Philadelphia: F. A. Davis Company.

- Burns, N., & Grove, S.K. (2001). *The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization*. Pennsylvania: W.B. Saunders Company.
- Cara, C. (1997). *Manager's subjugation and empowerment of caring practices: A relational caring inquiry with staff nurses*. Doctoral Dissertation, University of Colorado Health Sciences Center.
- Cara, C. (1999). A Relationnal Caring Inquiry : Nurse's Perspective On How Management Can Promote A Caring Practice. *A International Journal of Human Caring*, 3(1), 22-30.
- Cara, C. (2001). *SOI 3001: Écoles de la pensée infirmière*. Recueil de notes. (p. 112). Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières.
- Cara, C. (2003). A Pragmatic View of Jean Watson Caring Theory. *International Association for Human Caring*, 7(3), 51-61. Récupéré de [www.humancaing.org](http://www.humancaing.org).
- Cara, C. (2003a). *Quelques traductions utiles à la conférence de Dre Jean Watson « State of the art in caring science »*. Traduction libre (Document inédit). Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières.
- Cara, C. (2003b). *Développer des attitudes et des valeurs de gestion Caring*. Conférence donnée aux gestionnaires du Douglas Hospital. Montréal. (Document inédit).
- Cara, C. (mars 2004). *La méthode phénoménologique : une approche qualitative à découvrir*. Communication scientifique. Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières.
- Carlier, P. (2001). *Relations entre le soutien au travail, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail d'infirmier(e)s d'unité psychiatrique en France*. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal : Université de Montréal.
- Capitulo, K.L., Ankner, M.L., & Miller, J. (2001). Professional responsibility versus mandatory overtime. *Journal of Nursing Administrator*, 31(6), 290-292.
- Carpentier-Roy, M.C. & Vézina, M. (2001). *Le travail et ses malentendus. Psychodynamique du travail et gestion*. Québec : Éd. Octares. Les Presses de l'Université Laval.
- Caruso, C.C., Hitchcock, E.M., Dick, R.B., Russo, J.M., & Schmitt, J.M. (2004). *Overtime and Extended Work Shifts: Recent Findings on Illnesses, Injuries and Health Behaviors*. Cincinnati, Ohio: NIOSH Publication.

- Centre syndical et patronal du Canada. (2002). *Étude sur les soins infirmiers afin de mesurer les coûts des heures supplémentaires*. Récupéré de [http://www.clbc.ca/Research\\_and\\_Reports/Fr\\_Archive/fr\\_report02150201.asp#Section1](http://www.clbc.ca/Research_and_Reports/Fr_Archive/fr_report02150201.asp#Section1).
- Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations (CGSST) (2006). *La reconnaissance au travail*. Québec : Université Laval. Récupéré de <http://cgsst.fsa.ulaval.ca/reconnaissance>.
- Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations (CGSST) (2006a). *La santé psychosociale au travail*. Québec : Université Laval Récupéré de <http://cgsst.fsa.ulaval.ca/sante>.
- Chandra, A. (2003). Why do nurses leave and what can health organizations do to retain them? *Healthcare and Public Policy*, 8(3), 33-36.
- Charles, J. (2002). Mandatory overtime: Conflicts of conscience? *JONAS Healthcare, Law, Ethics and Regulation*, 4(1), 10-12.
- Cheng, Y., Kawachi, I., Coakley, E. H., Schwartz, J., & Colditz, G. (2000). Association between psychological work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *British Medical Journal*, 320, 1432-1436
- Chiha, Y.A., & Link, C.R. (2003). The shortage of registered nurses and some new estimates of the effects of wages on registered nurses labor supply: A look at the past and a preview of the 21st century. *Health Policy*, 64(3), 349-75.
- Clarke, S. (2003). *Impact de la dotation en personnel infirmier : recherche et perspectives américaines et internationales*. Communication présentée au Colloque des dirigeants en soins infirmiers sur la gestion de demain. Montréal, Québec.
- Cohen, M.Z. (1987). A historical overview of the phenomenologic movement. *Journal of Nursing Scholarship*, 19(1), 31-34.
- Comité consultatif des ressources humaines en santé. (2002). *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Récupéré de [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-cccsi-final/2002-cnac-cccsi-final\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-cccsi-final/2002-cnac-cccsi-final_f.pdf).
- Comité en santé psychologique du personnel. (2004). Récupéré de <http://www.santepsy.ulaval.ca/sgc/cache/offonce/pid/323;jsessionid=DDCA589BAA07B907A7155E34B0D4C2F9>.

- Conseil canadien de la sécurité. (2005). *La vie active au travail*. Récupéré de <http://safety-council.org/CCS/sujet/active.html>.
- Côté, E. (2002). La main d'œuvre en soins infirmiers. Dans O. Goulet et C. Dallaire (Éds.), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (pp. 39-60). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Coughlin, C. (2001). Professional responsibility versus mandatory overtime. *JONA*, 31(6), 290-292.
- Dallaire, C. (2002). Les grandes fonctions de la pratique. Dans O. Goulet, & C. Dallaire (Éds.), *Soins infirmiers: vers de nouvelles perspectives* (pp. 77-95). Boucherville : Gaëtan Morin.
- 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*. Montréal : Guérin Universitaire.
- Dubeau, R. (2001). *La signification de vivre l'asthme dans une relation de couple selon la perspective de la femme asthmatique*. Mémoire de maîtrise inédit. Université de Montréal.
- Duffield, C., & O'Brien-Pallas, L. (2002). The nursing workforce in Canada and Australia: Two sides of the same coin. *Australian Health Review*, 25(2), 136-144.
- Duffy, J. R. (1992). The Impact of nurse caring on patient outcomes. Dans D. A. Gaut (Éd.), *The presence of caring in Nursing* (pp. 113-136). New York: National League for Nursing Press.
- Duffy, J.R. (1993). Caring behaviors of nurse managers: Relationships to staff nurse satisfaction and retention. Dans D. Gaut (Ed), *A global agenda for Caring* (pp. 365-378). New York: National League for Nursing.
- Duquette, A. & Cara, C. (2000). Le caring et la santé de l'infirmière. *Infirmière Canadienne*, 1(2), 10-11.
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B.K., & Beaudet, L. (1994). Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge. *Issues in mental health nursing*, 15(4), 337-58.

- Field, P.A., & Morse, J.M. (1994). *Nursing Research: The application of qualitative approaches*. London : Crohm Helm.
- F.I.I.Q. (2006). *Convention collective*. Récupéré de <http://www.fiiq.qc.ca/convention.htm>.
- Flarey, D. (2001). Mandatory overtime: Mission impossible? *JONAS Healthcare, Law, Ethics and Regulation*, 3(3), 69-74.
- Foley, M. (2001). Staffing: The ANA primary concern. *American Journal of Nursing*, 101(1), 88
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006). *Les maux qui affligent nos infirmières. Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*. Récupéré de <http://www.chsrf.ca>.
- Gallagher, R.M., Kany, K.A., Rowell, P.A., & Peterson, C. (2000). ANA's nurse staffing principles. *Prairie Rose*, 69(2), 13.
- Giorgi, A. (1979). An application of Phenomenological method in psychology. In A. Giorgi, C. L. Fisher, & E. L. Murray (Eds.), *Duquesne studies in phenomenological psychology* (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, & A.P. Pirès. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 341-364). Montréal : Éd. Gaëtan Morin.
- Golden, L., & Jorgensen, H. (2002). Time after time: Mandatory overtime in the U.S. economy. *Economic Policy Institute: Briefing Paper*, 1-18.
- Gonzalez, R.I. (2002). Assessing Nursing's legislative progress : At the 107 th Congress, the ANA takes on the nursing shortage and mandatory overtime. *American Journal of Nursing*, 201(4), 24.
- Goodin, H.J. (2003). The nursing shortage in the United States of America: An integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 335-350.

- Gouvernement du Québec (2004). *Politique sur la conciliation travail-famille*. Récupéré de <http://www.politiquessociales.net>.
- Greenberg, J. (1993). The social side of fairness: Interpersonal and informational classes of organizational justice, Justice in the workplace. In Cropanzano, R. (pp. 79-103). *Justice in the Workplace: Approaching Fairness in Human Resource Management*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Greenglass, E.R., & Burke, R.J. (1999). Work-family conflict, spouse support, and nursing staff well-being during organizational restructuring. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(4), 327-36.
- Greenglass, E.R., & Burke, R.J. (2001) Stress and the effects of hospital restructuring in nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(2), 93-107.
- Grindel, C.G., Peterson, K., Kinneman, M., & Turner, T.L. (1996). The Practice Environment Project: A process for outcome evaluation. *Journal of Nursing Administration*, 26(5), 43-51.
- Havens, D.S. (2001). Comparing nursing infrastructure and outcomes: ANCC magnet and nonmagnet CNEs report. Chief nurse executives. *Nursing Economics*, 19(6), 258-66.
- Hillhouse, J., & Adler, C. (1997). Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: Results of a cluster analysis. *Social Science and Medicine*, 45, 1781-1788.
- Husserl, E. (1954/1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology*. (D. Carr. Trans.) Evanston: Northwestern University Press. (Original work published 1954).
- Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Irvine, D., & Evans, M. (1995). *Job satisfaction and turnover among nurses: A review and meta analysis*. Toronto: University of Toronto, faculty of nursing Monograph Series.
- Jacobsen, C., Holson, D, Farley, J., Charles, J & Suel, P. (2002). Surviving the perfect storm: Staff perceptions of mandatory overtime. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 4(3), 57-66.

- Jha, A.K., Bradford, W.D., & Bates, D.W. (2001). *Chapter 46. Fatigue, sleepiness, and medical errors*. Evidence Report/Technology Assessment No 43. Making Health Care Safer: A critical Analysis of patient safety practices. Récupéré de <http://www.ahrp.gov/clinic/ptsafety/index.html>.
- Kanter, R.M. (1977). *Men and Women of the corporation*. New York: Basic Books.
- Kanter, R.M. (1993). *Men and Women of the corporation* (2e éd.). New York: Basic Books.
- Kany, K. (2001). Mandatory overtime: New developments in the campaign. *Nevada RN formation*, 10(3), 23.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work-stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Laval : Études Vivantes.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2e éd.). Laval : Beauchemin.
- Killien, M. G. (2004). Nurses' health: Work and family influences. *The Nursing Clinics of North America*, 39, 19-35.
- Kines, M. (1999). The risks of caring too much. *The Canadian Nurse*, 95(8), 27-30
- Kristensen, T. (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular diseases. *Scandinavian Journal of work Environment Health*, 25(6), 550-557.
- Laschinger, H.K.S. (2004). Hospital nurses perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34, 354-364.
- Laschinger, H.K.S., & Finegan, J. (2005). Using empowerment to build trust and respect in the worplace: A strategy for adresssing the nursing shortage. *Nursing Economics*, 23(1), 6-13.
- Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Shamian, J., & Almost, J. (2001). Testing Karasek's demands-control model in restructured healthcare settings. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 233-243.

- Laschinger, H.K.S., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment and organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review, 26*(3), 7-23.
- Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work setting: Expanding Kanter's Model. *Journal of Nursing Administration, 31*, 260-272.
- Lavoie-Tremblay, M., & Viens, C. (2002). L'arrivée dans la profession infirmière : une porte d'entrée ou de sortie? Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand-Leclerc (Éds.), *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp.7-22). Cap Rouge : Presses inter universitaire.
- Leininger, M. (1981). *Caring : An essential of human need*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Lowe, G. (2003). *Building healthy organizations takes more than simply putting in a wellness program*. Toronto : Canadian HR Report.
- Lynaught, J.E., & Fagin, C.M. (1988). Nursing comes of age. *Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 184-190.
- MacPhee, M., Ellis, J., & McCutcheon, A.S. (2006). Dotation en personnel infirmier et sécurité des patients. *Infirmière Canadienne, 7*(8), 13-18.
- Manion, J. (2003). Joy at work. *JONA, 33*(12), 652-659.
- Mathieu, L., & Mayrand-Leclerc, M. (2002). Gestionnaires mobilisateurs demandés. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand Leclerc (éds), *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 127-144). Cap Rouge : Presses inter universitaire.
- Mayrand-Leclerc, M. (2001). *Environnement psychosocial du travail des chefs d'unité(s) de soins infirmiers de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Montréal : une étude descriptive « EPIC »*. Thèse de doctorat inédite. Université Laval, Québec, Canada.
- Mayrand-Leclerc, M. (2002). Les caractéristiques organisationnelles des magnets hospitals : pistes de solutions pour réorganiser le travail des infirmières. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand Leclerc (éds), *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 67-90). Cap Rouge : Presses inter universitaire.

- Mayrand-Leclerc, M., Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., & Brabant, F. (2005). Pour un environnement des gestionnaires infirmiers. *Soins Cadres*, 54, 48-55.
- Ménard, J. P. (2003, Septembre). *Les notes au dossier : que signifie-t-elle en cas de poursuite ?* Communication orale. Conférence midi, Montréal.
- McGillis Hall, L., Irvine Doran, D., Baker, G.R., Pink, G., Sidani, S., O'Brien Pallas, L., & Donner, G.J. (2001). *A study of the impact of nursing staff mix models and organizational change strategies on patient, system and nurse outcomes*. Toronto: University of Toronto & Canadian Health Services Research Foundation.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2001). *Rapport du forum national sur la planification de la main d'œuvre infirmière*. Québec : La Direction des communications de ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2005). *Projection de main-d'œuvre infirmière de 2004-2005 à 2019-2020*. Québec : Direction générale du personnel réseau et ministériel.
- Mishra, A.K., & Spreitzer, G.M. (1998). Explaining how survivors respond to downsizing: The roles of trust, empowerment, justice, and work redesign. *Academy of Management Review*, 23, 567-588.
- Montgomery, C. L. (1993). *Healing through communication. The practice of caring*. Newbury Park : Sage Publications.
- Montmarquette, C., & Thomas, L. (2005). *La pénurie des travailleurs qualifiés. Rapport de projet CIRANO*. Récupéré de <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2005RP-03.pdf>.
- Morin, E. (2006). *Donner un sens au travail*. Récupéré de [www.santepsy.ulaval.ca/webdav/site/cspt/shared/pdf/Donner%20un%20sens%20au%20travail](http://www.santepsy.ulaval.ca/webdav/site/cspt/shared/pdf/Donner%20un%20sens%20au%20travail).
- Munhall, P.L. (1988). Ethical considerations in qualitative research. *Western Journal of Nursing Research*, 10(2), 150-62.
- National Sleep Foundation (2001). *Less fun, less sleep, more work: An American portrait*. Washington, D.C. Récupéré de [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org).
- Nedd, N. (2006). Perceptions of empowerment and intent to stay. *Nursing Economics*, 24(1), 13-18.

- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nieldhammer, L., & Siegrist, J. (1998). Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires: l'apport du modèle du Déséquilibre efforts/récompenses. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 46(5), 398-410.
- Nyberg, J. (1998). The elements of caring in nursing administration. *Nursing Administration Quarterly*, 13(3), 9-16.
- O'Brien-Pallas, L. (2003). *Prendre soin du personnel infirmier ... CUSM ensemble*. Récupéré de [http://www.muhc.mcgill.ca/Ensemble/2002dec/fr\\_nurses.htm](http://www.muhc.mcgill.ca/Ensemble/2002dec/fr_nurses.htm).
- O'Brien-Pallas L., Baumann, A., Blythe, J., Colotylo, C., & Underwood, J. (2004). *Construire l'avenir: une stratégie pour les ressources humaines infirmières au Canada: Rapport de synthèse de la recherche*. Canada. Récupéré de <http://www.buildingthefuture.ca>.
- O'Brien-Pallas, L., Doran, D.I., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B., & Lochhaas-Gerlach, J. (2001). Evaluation of a client care delivery model, part 1: Variability in nursing utilization in community home nursing. *Nursing Economics*, 19(6), 267-76.
- O'Brien-Pallas, L., Doran, D.I., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B., & Lochhaas-Gerlach, J. (2002). Evaluation of a client care delivery model, part 2: Variability in client outcomes in community home nursing. *Nursing Economics*, 20(1), 13-21.
- O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Tomblin-Murphy, G., Birch, S., & Meyer, R. (2005). *Nursing Workforce Planning: Mapping the Policy Trail. The Global Nursing Initiative*. Geneva: International Council of Nurses.
- O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Alkinsnis, C., & Bruce, S. (2001). The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road? *Hospital Quarterly*, 4(3), 42-50.
- O'Brien-Pallas, L., Tomblin-Murphy, G., White, S., Hayes, L., Baumann, A., Higgin, A., Pringle, D., Birch, S., Mc-Gillis-Hall, L., Kephart, G., & Wang, S. (2005). *Construire l'avenir: une stratégie intégrée pour les ressources infirmières au Canada. Rapport de la synthèse de recherche*. Récupéré de <http://www.buildingthefuture.ca/f/study/phase1/reports/Rapport-synthese-de-la-recherche.pdf>.

- O.I.I.Q. (2001). *Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé au Québec (4e trimestre)*. Montréal : Centre de documentation de l'O.I.I.Q.
- O.I.I.Q. (2003). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Montréal : Centre de documentation de l'O.I.I.Q.
- O.I.I.Q. (2003a). *Pénurie de personnel de soins infirmiers. Planification de main d'œuvre*. Récupéré de <http://www.oiiq.org/infirmieres/profession/planification.asp>.
- O.I.I.Q. (2004). Chronique déonto. Les heures supplémentaires : pour une décision éclairée. *Le journal*, 2(1), 7.
- O.I.I.Q. (2006). *Infirmière, infirmier une profession aux multiples visages*. Récupéré de <http://www.oiiq.org/infirmieres/profession/index.asp>.
- Oiler, C. (1981). The phenomenological approach in nursing research. *Nursing Research*, 31, 79-81.
- Oiler Boyd, C. (1993). Phenomenology: The method. In P.L. Munhall & C.O. Boyd (Eds). *Nursing Research: A qualitative approach* (pp. 99-132). New York: National League for Nursing.
- Omery, A. (1983). Phenomenology: A method for nursing research. *Advances in Nursing Sciences*, 5, 49-63.
- Pelican News. (2004). *Preliminary Report, Mandatory Overtime by RNs in Louisiana 2004*. Louisiana : Louisiana registered Nurse Population Survey.
- Pepin, J., & Cara, C. (2001). La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières. *Théologiques*, 9(2), 33-46.
- Peter, E., Macfarlane, A., & O'Brien-Pallas, L. (2004). An analysis of the moral habitability of the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 356.
- Poudrette, P. (2000). Violence psychologique quand tu nous frappes! *Vies à vies*, 13(1). Récupéré de [http://www.scp.umontreal.ca/vies\\_a\\_vies/v13n1-1.html](http://www.scp.umontreal.ca/vies_a_vies/v13n1-1.html).
- Prescott, P.A. (1993). Nursing: An important component of hospital survival under a reformed health care system. *Nursing Economics*, 11(4), 192-199.

- 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.
- Reed, S. (2001). Prohibiting mandatory overtime: The ANA and law makers are working to eliminate this dangerous practice. *American Journal of Nursing*, 101(11), 23.
- Reeder, F. (1991). Conceptual foundations of science and key phenomenological concepts. In Wayne State University College of Nursing (Ed.), *Summer research conference monograph: Nursing theory, research & practice* (pp. 177-187). Detroit: WSU Press.
- Rivers, P.A., Tsai, K.L., & Munchus, G. (2005). The financial impacts of the nursing shortage. *Journal of Health Care Financing*, 31, 52-64.
- Roch, G., & Duquette, A. (2003). Entre l'idéal moral et les impératifs économiques: Recadrer le caring dans sa réalité. *L'infirmière Canadienne*, 4(6), 4-7.
- Rodney, P., Hartrick Doane, G., Storch, J., & Varcoe, C. (2006). Pour un climat moral favorable à la sécurité. *Infirmière Canadienne*, 7(8), 19-22.
- Rogers, A.E., Hwang, W., Scott, L.D., Aiken, L., & Dinges, D.F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety: Both errors and near errors are more likely to occur when hospital staff nurses work twelve or more hours at a stretch. *Health Affairs*, 23(4), 202-212.
- Seago, J.A., Spetz, J., Alvarado, A., Keane, D., & Grumbach, K. (2006). The Nursing Shortage: Is it really about image? *Journal of Healthcare Management*, 51(2), 96-110.
- Shamian, J., O'Brien-Pallas, L., Kerr, M., Koehoorn, M.W., Thomson, D., & Alknis, C. (2001). *Effects of job strain, hospital organizational factors and individual characteristics on work-related disability among nurses*. Final report submitted to workers' safety Insurance board. Toronto.
- Sherwood, G., (2003). Leadership for a healthy work environment caring for the human spirit. *Nurse Leader*, 1(5), 36-40. Récupéré de <http://www.nurseleader.com>.
- Shirey, M.R. (2006). Stress and Coping in Nurse Managers: Two Decades of Research. *Nursing Economics*, 24(4), 193-203.

- Simon, A., Kümmerling, H.M., & Hasselhorn, H.M. (2004). Work home conflict in the European nursing profession. *International Journal Occupational Environment Health, 10*(40), 384-391.
- Spiegelberg, H. (1982). *The phenomenological movement* (3e ed.). Boston, MA: Martinus Nijhoff.
- Statistique Canada. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005*. Institut canadien d'information sur la santé. Récupéré de <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=83-003-XPf>.
- Swanson-Kauffman, K., & Schonwald, E. (1988). Phenomenology. In B. Sarter (Ed.), *Paths to knowledge: Innovative research methods for nursing* (pp. 97-105). New-York: National League for Nursing.
- Tabone, S. (2005). Nurse fatigue: The human factor. *The Alabama Nurse, 32*(3), 14-15.
- Takase, M., Maude, P., & Manias, E. (2006). Impact of the perceived public image of nursing on nurses' word behaviour. *Nursing and Healthcare Management and Policy, 53*(3), 333-343.
- Tinsley, C., & France, N. (2004). The trajectory of the registered nurse's exodus from the profession: A phenomenological study of the lived experience of oppression. *International Journal for Human Caring, 8*(1), 8-12.
- Thomas, S. (2003). Anger: The mismanaged emotion. *Dermatology Nursing, 15*(4), 351-357.
- Tourangeau, A.E., Giovannetti, P., Tu, J.V., & Wood M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research, 33*(4), 71-88.
- Trinkoff, A.M., Geiger-Brown, J., Brady, B., Lipscomb, J., & Muntaner, M.D. (2006). How long and how much are nurses now working? *American Journal of Nursing, 106*(4), 60-71.
- Valois, M. (2002, Avril). *La qualité des soins au Québec. La population au centre des préoccupations des CII*. Communication orale présentée au Congrès des CII, Montréal.
- Van Manen, A. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Albany, NY: State University of New York Press.

- Vernarek, E. (2000). Just say « No » to mandatory overtime. *Legally Speaking*, 63(12), 69-74.
- Vézina, M. (1999). Organisation du travail et santé mentale : État des connaissances et perspectives d'intervention. *Revue de médecine du travail*, 26(1), 14-24.
- Viens, C., Hamelin-Brabant, L., Lavoie-Tremblay, M., Brabant, F. (2005). *Revue de littérature en organisation des soins et du travail pour comprendre et réussir des transformations organisationnelles*. Cap-Rouge, Québec: Éditions Presses Inter Universitaires.
- Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., & Mayrand-Leclerc, M. (2002). *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*. Cap Rouge : Presses inter universitaire.
- Voyer, P. (2005, Novembre). *À l'aube des effets tangibles du vieillissement de la population sur le système de santé : Quels sont les défis de la pratique infirmière?* Congrès annuel de l'O.I.I.Q., Québec.
- Walters, A.J. (1995). The phenomenological movement: Implications for nursing research. *Journal of advanced Nursing*, 22, 791-799.
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder, Co: Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1988, 1999). *Nursing : Human Science and Human Care. A Theory of Nursing* (2e Ed.). New York : National League for Nursing.
- Watson, J. (1997). The Theory of Human Caring: Retrospective and prospective. *Nurse Science Quaterly*, 10(1), 49-52.
- Watson, J. (2001). Theory of Human Caring. In M.E. Parker (Ed.), *Nursing and Nursing Practice* (pp. 343-354). Philadelphia : F. A. Davis Company.
- Watson, J. (2006). Carative factors - Caritas processes guide to professional nursing. *Danish Clinical Nursing Journal*, 20(3), 21-27.
- West Virginia Nurse. (2004). *Statement by the nurses' licensing boards concerning the use of forced overtime*, 8(1), 6-30.
- Whittemore, R., Chase, S.K., & Mandle, C.L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522-537.

Worthington, K. (2001). The health risks of mandatory overtime: The hidden costs of this all-too-common practice. *American Journal of Nursing, 101*(5), 96.

ANNEXE A

LES HUIT DIMENSIONS FAVORISANT UN ENVIRONNEMENT  
PSYCHOSOCIAL DE TRAVAIL OPTIMAL

---

Les huit dimensions favorisant un environnement psychosocial de travail optimal

---

| Dimensions             | Éléments  |
|------------------------|---|
| Demande psychologique  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir une charge de travail adaptée aux ressources de la personne.</li> </ul>  |
| Latitude décisionnelle | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être capable d'utiliser ses habiletés et avoir la possibilité d'en développer de nouvelles.</li> <li>• Utiliser sa créativité.</li> <li>• Avoir la possibilité de choisir comment faire son travail.</li> <li>• Avoir de l'influence au travail.</li> </ul>  |
| Soutien social         | <p><b>Des supérieures :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils me donnent confiance au travail, il est possible de leur demander conseil, de leur demander de l'aide et donnent le crédit aux employés pour le travail effectué. Ils ont la capacité de faire travailler les gens ensemble.</li> </ul> <p><b>Des collègues :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils me donnent l'impression que je fais partie de l'équipe, s'intéressent à moi, sont amicales, aident en cas d'urgence et il est possible de les consulter.</li> </ul> |
| Efforts et récompenses | <p>Vu les efforts que je fais, je m'attends à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un salaire satisfaisant;</li> <li>• De l'estime et du respect au travail;</li> <li>• Un contrôle satisfaisant sur mon statut professionnel;</li> <li>• De bonnes perspectives d'emploi et une sécurité d'emploi.</li> </ul>  |
| Prévisibilité          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible menace de pertes importantes.</li> <li>• Recevoir à l'avance de l'information relative à des décisions importantes.</li> <li>• Recevoir toute l'information nécessaire pour bien effectuer le travail.</li> </ul>   |
| Sens au travail        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir l'impression que le travail effectué est important.</li> <li>• Se sentir motivé et impliqué dans le travail.</li> </ul>  |
| Rapport à la clientèle | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque les patients / familles sont satisfaits des soins et services dispensés.</li> <li>• Lorsque le personnel et les gestionnaires infirmiers sont satisfaits de la relation interpersonnelle, des rapports et de la communication avec les patients / familles et entre gestionnaires et subordonnés.</li> </ul>   |
| Esthétique             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les lieux de travail sont ergonomiques.</li> <li>• L'équipement est suffisant, accessible et sécuritaire.</li> <li>• Les lieux sont propres.</li> <li>• Les espaces de travail et de repos sont agréables.</li> </ul>  |

---

Sources : Mayrand-Leclerc, Viens, Lavoie-Tremblay et Brabant (2005) p. 48-55

ANNEXE B

DIX PROCESSUS DE « *CARITAS* CLINIQUE » (WATSON, 2001),

TRADUCTION LIBRE RÉALISÉE PAR CARA, 2001)

Watson (2001) propose dix processus de « caritas clinique ». D'après une traduction libre réalisée par Cara (2001).

1. Pratique d'amour-bonté et d'égalité dans un contexte de conscience « *caring* »;
2. Être authentiquement présent et faciliter et maintenir le système de croyances profondes et le monde subjectif du soignant et du soigné;
3. Culture de ses propres pratiques spirituelles et du soi transpersonnel, se dirigeant au-delà du soi *ego*;
4. Développement et maintien d'une relation de confiance, d'une relation de « *caring* » authentique;
5. Être présent et offrir du soutien vis-à-vis l'expression de sentiments positifs et négatifs, telle une profonde connexion avec son âme et celle du soigné;
6. Utilisation créative de soi et de tous les modes de connaissances comme faisant partie du processus de « *caring* »; s'engager dans une pratique de « *caring-healing* » artistique;
7. S'engager dans une expérience d'enseignement-apprentissage authentique qui s'attarde à l'union de l'être et de la signification, qui essaie de demeurer dans le cadre de référence de l'autre;
8. Créer un environnement « *healing* » à tous les niveaux, (physique de même que non-physique, un environnement subtil, d'énergie et de conscience, où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés);
9. Assister en regard des besoins de base, avec une conscience de « *caring* » intentionnelle, administrer « les essentiels de soins humains » qui potentialisent l'alignement esprit-corps-âme, l'intégralité et l'unité d'être dans tous les aspects des soins; veiller sur l'âme incarnée et l'émergence spirituelle en développement;

10. Ouvrir et s'attarder aux dimensions spirituelles mystérieuses et existentielles de sa propre vie-mort; au soin de l'âme pour soi-même et la personne soignée.

ANNEXE C

*BRAKETING* DE L'ÉTUDIANTE-CHERCHEURE SUR LE PHÉNOMÈNE ÉTUDIÉ

Au début des années 1990 jusqu'à l'année 2001, j'ai travaillé dans différents milieux cliniques liés à la médecine/chirurgie. Ces années sont aussi celles où se sont vécues des transformations majeures dans le réseau québécois de la santé. Les efforts physiques et psychologiques requis pour satisfaire aux exigences, de plus en plus grandes, me laissaient très peu de temps pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle et développer des relations de *caring* auprès des patients/familles et collègues, tout en respectant mon engagement familial. Mes observations m'ont amenée à questionner l'importance qu'accordent les gestionnaires du réseau de la santé à la santé au travail chez les infirmières. J'ai alors remis en question la structure liée à un environnement de travail optimum, au point de me tourner vers d'autres avenues professionnelles; infirmière-conseil à la direction des soins infirmiers. Être infirmière-conseil auprès des infirmières, des gestionnaires et d'autres ressources professionnelles a représenté une belle porte de sortie afin de préserver mon équilibre physique, social et spirituel. Toutefois, mon équilibre psychologique demeure ébranlé puisque, n'ayant plus la même clientèle, je constate avec un plus grand recul la sollicitation au temps supplémentaire et le temps supplémentaire obligatoire sur une base quotidienne, et ce, à chaque quart de travail. D'une part, je savais quels étaient les moyens mis en oeuvre par l'équipe de direction pour contrer ce phénomène et, d'autre part, le constat des effets dévastateurs du phénomène de temps supplémentaire obligatoire m'a atteint profondément au niveau de mes valeurs. La discordance entre mes valeurs de *caring* et la situation qui prévaut m'amène à offrir mes services afin de pallier le manque de personnel dans les unités de soin et, par le fait même offrir un peu de répit aux infirmières, en faisant moi-même du temps supplémentaire.

Cet état de la situation m'incite à communiquer aux infirmières l'importance de prendre soin d'elles-mêmes en plus de considérer le bien-être des patients. Aussi, je les encourage à verbaliser sur les situations difficiles vécues auprès des patients, de leurs collègues et même auprès de leur propre famille. Toutefois, la fatigue ressentie après quelques mois d'heures supplémentaires, même sur une base occasionnelle, me convainc

de mettre un terme à ces activités afin de préserver ma santé physique et psychologique, et de me permettre de prendre soin de moi-même ainsi que de ma famille.

De plus, je crois que le leadership exercé par le gestionnaire peut influencer grandement l'environnement de travail des infirmières. Une attitude ouverte et humaniste promeut l'autonomie, ce qui s'avère crucial dans le contexte de transformation du réseau où l'on exige une plus grande polyvalence et une latitude décisionnelle pour répondre aux besoins de la clientèle.

Dans les conditions chaotiques de réorganisation des soins infirmiers, je crois que la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999) m'aide à maintenir un environnement de travail optimal. Cet idéal moral, que représente le *caring*, me permet d'aller au-delà des soins physiques administrés aux patients. Je me sens alors valorisée. Cet engagement m'apparaît essentiel puisque je peux faire une différence, aussi minime soit elle, dans la qualité des soins donnés à la clientèle. Le *caring* favorise mon épanouissement personnel et professionnel; il constitue une façon de « me » préserver, en plus de constituer une source profonde d'inspiration et de motivation pour « survivre » dans la profession infirmière (Benner et Wrubel, 1989; Boykin et Schoenhofer, 1993; 2001; Cara, 1997; Leininger, 1981).

Au début des années 1990 jusqu'à l'année 2001, j'ai travaillé dans différents milieux cliniques liés à la médecine/chirurgie. Ces années font aussi référence aux transformations majeures du réseau de la santé québécois. Les efforts physiques et psychologiques requis pour satisfaire aux exigences, de plus en plus grands, me laissaient très peu de temps pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle et développer des relations de *caring* auprès des patients/familles et collègues, tout en respectant mon engagement familial. Mes observations m'ont amenée à questionner l'importance qu'accordent les gestionnaires du réseau de la santé à la santé au travail chez les infirmières. J'ai alors remis en question la structure liée à un environnement de

travail optimum, au point de me tourner vers d'autres avenues professionnelles; infirmière-conseil à la direction des soins infirmiers. Être infirmière-conseil auprès des infirmières, des gestionnaires et d'autres ressources professionnelles a représenté une belle porte de sortie afin de préserver mon harmonie physique, sociale et spirituelle. Toutefois, mon harmonie psychologique demeure ébranlé puisque, n'ayant plus la même clientèle, je constate de plus loin la sollicitation au temps supplémentaire et le temps supplémentaire obligatoire sur une base quotidienne, et ce, à chaque quart de travail. D'une part, je savais quels étaient les moyens mis en oeuvre par l'équipe de direction pour contrer ce phénomène et, d'autre part, le constat des effets dévastateurs du phénomène de temps supplémentaire obligatoire m'a atteint profondément dans mes valeurs. La discordance entre mes valeurs de *caring* et la situation qui prévaut m'amène à offrir mes services afin de pallier au manque de personnel dans les unités de soin et, par le fait même offrir un peu de répit aux infirmières, en faisant moi-même du temps supplémentaire.

Cet état de la situation m'incite à communiquer aux infirmières l'importance de prendre soin d'elles-mêmes en plus de considérer le bien-être des patients. Aussi, je les encourage à verbaliser sur les situations difficiles vécues auprès des patients, de leurs collègues et même auprès de leur propre famille. Toutefois, la fatigue ressentie après quelques mois d'heures supplémentaires, même sur une base occasionnelle, me convainc de mettre un terme à ces activités afin de préserver ma santé physique et psychologique, et de me permettre de prendre soin de moi-même ainsi que de ma famille.

De plus, je crois que le leadership exercé par le gestionnaire peut influencer grandement l'environnement de travail des infirmières. Une attitude ouverte et humaniste promeut l'autonomie, ce qui s'avère crucial dans le contexte de transformation du réseau où l'on exige une plus grande polyvalence et une latitude décisionnelle pour répondre aux besoins de la clientèle.

Dans les conditions chaotiques de réorganisation des soins infirmiers, je crois que la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999) m'aide à maintenir un environnement de travail optimal. Cet idéal moral, que représente le *caring*, me permet d'aller au-delà des soins physiques administrés aux patients. Je me sens alors valorisée. Cet engagement m'apparaît essentiel puisque je peux faire une différence, aussi minime soit-elle, dans la qualité des soins donnés à la clientèle. Le *caring* favorise mon épanouissement personnel et professionnel; il constitue une façon de « me » préserver, en plus de constituer une source profonde d'inspiration et de motivation pour « survivre » dans la profession infirmière (Benner et Wrubel, 1989; Cara, 1997; Leininger, 1981; Boykin et Schoenhofer, 1993; 2001).

ANNEXE D

RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

## RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

### **Titre de l'étude :**

La signification de l'expérience vécue du temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières oeuvrant en milieu clinique.

### **Responsables :**

Manon Bougie, Inf. B. Sc., Mc. Inf. (c)

Coordonnées : (XXX) XXX-XXXX (maison)

(XXX) XXX-XXXX poste XXXX (bureau)

Chantal Cara, Inf., Ph. D., professeure agrégée, faculté des sciences infirmières.

Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

### **Phénomène à l'étude :**

Depuis le milieu des années 90, les soins infirmiers font face à une restructuration du réseau de la santé qui a causé une grave pénurie de main-d'œuvre infirmière. Cette pénurie entraîne fréquemment la sollicitation au temps supplémentaire chez les infirmières. Les écrits scientifiques (MSSS, 2001; Valois, 2002; Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc, 2002) constatent non seulement l'ampleur du problème, mais mentionnent que l'augmentation considérable du temps supplémentaire et du temps supplémentaire obligatoire a un impact sur l'infirmière, le patient, l'équipe de soins, de même que sur les établissements. En dépit des écrits scientifiques et des interventions entreprises dans le réseau de la santé, l'expérience de temps supplémentaire obligatoire demeure une priorité et il s'avère urgent de s'y attarder.

### **But de l'étude :**

Le but de cette recherche consiste à décrire et à comprendre la signification, selon leurs propres perceptions, du temps supplémentaire obligatoire, tel que vécue par les infirmières oeuvrant en centre hospitalier.

**Nature de votre participation :**

Nous sollicitons votre participation afin de décrire votre expérience d'avoir été forcée au temps supplémentaire. Votre collaboration consiste à décrire, lors d'une entrevue, ce que vous avez vécu ou ressenti lorsqu'on vous a forcée au temps supplémentaire. L'entrevue aura lieu à l'endroit et au moment de votre choix. L'entrevue, d'une durée d'environ une heure, sera enregistrée afin d'accroître la rigueur de l'étude.

**Critères d'inclusion :**

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

- Parler et comprendre le français
- Occuper un emploi dans un centre universitaire ou affilié universitaire
- Avoir subi le temps supplémentaire obligatoire au moins trois fois
- Accepter volontairement de participer à la recherche
- Désirer partager votre expérience vécue

**Inconvénients :**

Un inconvénient possible c'est le risque de faire remonter les émotions vécues difficilement lors de l'expérience de temps supplémentaire obligatoire. Un suivi téléphonique des participants sera prévu afin de les référer à des ressources d'aide si une telle situation se produit. De plus, il peut y avoir un deuxième inconvénient relié au fait que vous devrez prendre du temps pour compléter le questionnaire sociodémographique et pour réaliser une entrevue semi - structurée, d'une durée d'environ une heure.

**Avantages :**

Les résultats d'une telle étude pourront éventuellement contribuer à orienter les recherches sur ce que vivent les infirmières dans le contexte de la transformation du

réseau de la santé. Ceci pourra également contribuer à maintenir et peut-être à améliorer votre environnement de travail. Votre participation permettra de parler de votre expérience et d'exprimer vos émotions.

**Liberté de participation :**

Il est entendu que votre participation à cette étude est tout à fait libre. Vous pourrez, à tout moment, mettre un terme à votre participation sans préjudice, ni conséquence sur votre pratique professionnelle. Si vous mettez fin à votre participation, les bandes sonores seront immédiatement détruites, si vous le désirez. Pour ce faire, vous pourrez aviser verbalement le chercheur principal au numéro inscrit à la fin du document.

**Confidentialité :**

Pour assurer votre confidentialité un pseudonyme, attribué par l'étudiante-chercheure, sera utilisé pendant toute la durée du projet de recherche. Tous les renseignements obtenus au moyen de bandes magnétiques seront tenus strictement confidentiels et l'étudiante-chercheure s'engagera à conserver les données pendant sept (7) ans avant de les détruire. Seules la chercheure principale et sa directrice de mémoire auront accès aux bandes lors de l'analyse des données.

**Question de recherche :**

Quelle est la signification de l'expérience des infirmières œuvrant en milieu clinique, forcées au temps supplémentaire ?

**Éthique :**

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroulera votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président du comité d'éthique de la recherche des Sciences infirmières de l'Université de Montréal, Monsieur Michel

Bergeron (téléphone (514) 343-6111 poste (5520). Suite à cet entretien, si vous avez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourrez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université de Montréal, Madame Marie-Josée Rivest au (514) 343-2100.

ANNEXE E

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### **Titre de l'étude :**

La signification de l'expérience vécue du temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières oeuvrant en milieu clinique.

### **Chercheure responsable et collaboratrice;**

Manon Bougie, Inf. B. Sc., M.Sc. Inf. (c), (XXX) XXX-XXXX

Chantal Cara, Inf., Ph. D., professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières,  
Université de Montréal; (514) 343-7414.

Je, (nom en lettres moulées du participant).....  
déclare avoir pris connaissance des renseignements ci-joints, en avoir discuté avec  
(Manon Bougie, étudiante-chercheure)..... et compris 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 et sans préjudice.

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

Je, (Manon Bougie, l'étudiante - chercheure).....déclare avoir  
expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à  
(nom en lettre moulées du participant).....

Signature de l'étudiante - chercheure..... Date.....

ANNEXE F

QUESTIONNAIRE SOCIO - DÉMOGRAPHIQUE

## QUESTIONNAIRE SOCIO - DÉMOGRAPHIQUE

Âge : \_\_\_\_\_ Genre : \_\_\_\_\_

Statut familial :  Mariée  Conjointe de fait  Célibataire  Monoparentale

Autre : \_\_\_\_\_

Enfant :  non  oui Si oui, combien : \_\_\_\_\_

Âge des enfants : 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

♣ Éducation :  Cégep  
 Université  Baccalauréat  
 Maîtrise  
 Autre : \_\_\_\_\_

Nombre d'années d'expérience comme infirmière : \_\_\_\_\_

Nombre d'années d'expérience dans cette spécialité clinique : \_\_\_\_\_

Milieu universitaire

Milieu affilié universitaire

♣ Statut d'emploi : \_\_\_\_\_

♣ Quart de travail : \_\_\_\_\_

♣ Spécialité : \_\_\_\_\_

ANNEXE G  
GUIDE D'ENTREVUE

## GUIDE D'ENTREVUE

### **Question principale :**

Quelle est la signification que vous donnez à l'expérience d'être forcée au temps supplémentaire ?

### **Sous -questions :**

1. Décrivez une situation récente où vous avez été obligée de faire du temps supplémentaire ?
2. Qu'est-ce que vous vous dites à vous-même au sujet de l'expérience d'avoir été obligée de faire du temps supplémentaire ?
3. Qu'est-ce que vous ressentez lorsque vous êtes forcée à faire du temps supplémentaire ?
4. Quels impacts avez-vous vécus relativement au temps supplémentaire obligatoire?
5. Quel sens donnez-vous à cette situation ?
6. Avez-vous d'autres informations à ajouter ?

ANNEXE H

COURRIEL DESTINÉ AU RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES

Par la présente, nous désirons vous informer d'un projet de recherche (2<sup>e</sup> cycle) visant à décrire, lors d'une entrevue, ce que vous avez vécu ou ressenti lorsqu'on vous a forcée au temps supplémentaire.

**Titre de l'étude :**

La signification de l'expérience vécue du temps supplémentaire obligatoire chez des infirmières oeuvrant en milieu clinique.

**Voici les raisons qui sous-tendent une telle étude :**

Depuis le milieu des années 90, les soins infirmiers font face à une restructuration du réseau de la santé qui a entraîné une grave pénurie de main-d'œuvre infirmière. Cette pénurie entraîne fréquemment la sollicitation au temps supplémentaire chez les infirmières. Les écrits scientifiques (MSSS, 2001; Valois, 2002; Viens, Lavoie-Tremblay et Mayrand-Leclerc, 2002) constatent non seulement l'ampleur du problème, mais mentionnent que l'augmentation considérable du temps supplémentaire et du temps supplémentaire obligatoire a un impact majeur sur l'infirmière, le patient, l'équipe de soins, de même que les établissements. En dépit des écrits scientifiques et des interventions entreprises dans le réseau de la santé, l'expérience de temps supplémentaire obligatoire demeure un phénomène peu exploré et il s'avère urgent de s'y attarder.

**But de l'étude :**

Le but de cette recherche consiste à décrire et à comprendre la signification du temps supplémentaire obligatoire, tel que vécue par les infirmières oeuvrant en centre hospitalier.

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

- Parler et comprendre le français
- Occuper un emploi dans un centre universitaire ou affilié universitaire
- Avoir subi le temps supplémentaire obligatoire au moins trois fois
- Accepter volontairement de participer à la recherche
- Désirer partager votre expérience vécue

Pour assurer votre confidentialité, un pseudonyme, vous sera attribué et sera utilisé pour toute la durée du projet de recherche. Tous les renseignements obtenus au moyen de bandes magnétiques seront tenus strictement confidentiels. Seules la chercheuse principale et sa directrice de mémoire auront accès aux bandes lors de l'analyse des données.

Veillez prendre note qu'il n'y a pas d'avantage monétaire à participer à cette étude. Par ailleurs, votre contribution permettra l'avancement des connaissances en regard du phénomène étudié.

Ainsi, nous sollicitons votre participation à cette recherche. L'entrevue aura lieu à l'endroit et au moment de votre choix. Si vous êtes intéressés, nous vous prions de communiquer avec :

-Manon Bougie, Inf. B. Sc., Candidate à la maîtrise

(XXX) XXX-XXXX (maison) (XXX) XXX-XXXX poste XXXX (bureau)

-Chantal Cara, Inf., Ph. D., professeure agrégée, faculté des sciences infirmières.

Université de Montréal, [REDACTED]

ANNEXE I  
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le 30 juin 2005

Madame Chantal Cara  
Faculté des sciences infirmières  
Pavillon Marguerite d'Youville  
Université de Montréal

**OBJET : Certificat d'Éthique**



Madame,

Votre étudiante, Madame Manon Bougie, a soumis le projet intitulé « La signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécue par les infirmières en centre hospitalier » pour évaluation par le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé.

Le Comité ayant jugé le projet conforme aux normes déontologiques, un certificat d'éthique a été émis et vous est envoyé.

Je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

  
Michel Bergeron  
Président intérimaire  
Comité d'éthique de la recherche  
des sciences de la santé  
Pavillon 3744 Jean-Brillant, local 450  
Tél.: (514) 343-6111, poste 5520

p.j.

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

**Titre du projet :** La signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécue par les infirmières en centre hospitalier

**Sous la direction de :** Chantal Cara

**Financé par :** N/A

---

À la réunion du 27 juin 2005, 8 membres du CERSS étaient présents. Ce sont : la présidente intérimaire, la représentante de médecine dentaire, le représentant de la Faculté de pharmacie, la représentante de l'École d'optométrie, la représentante du Département de kinésiologie, l'expert en droit, l'experte en éthique, 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 : **30 juin 2005 au 29 juin 2006.**

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


Le 30 juin 2005.

ANNEXE J

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES SUR CHACUNE DES PARTICIPANTES

### *Le profil des participantes*

Cette partie présente le contexte et l'histoire de chacune des participantes en regard de leur pratique au sein de la profession infirmière s'appuyant sur le questionnaire socio démographique de l'annexe C. Un pseudonyme a été attribué à chacune des participantes afin de préserver l'anonymat.

#### Participante # 1

Titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières, Arianne débute sa carrière en milieu hospitalier affilié universitaire depuis 2002. Aujourd'hui, Arianne, 25 ans, détient un poste d'infirmière bachelière à temps partiel. Elle a travaillé à temps partiel sur le quart de travail de soir depuis trois ans, puisqu'elle poursuit des études de deuxième cycle en sciences infirmières. Arianne est mariée et sans enfant.

#### Participante # 2

Éléna, 23 ans, est titulaire d'un DEC en soins infirmiers depuis 2002. Elle œuvre en milieu hospitalier universitaire à temps partiel jumelant deux quarts de travail, soit de jour et de soir. Éléna poursuit ses études au baccalauréat en sciences infirmières. Oeuvrant en soins critiques, elle espère parfaire ses connaissances en enseignement. Éléna est célibataire et sans enfant.

#### Participante # 3

Isabelle, 38 ans, mariée et mère de deux enfants (13 ans et 10 ans) est titulaire d'un DEC en soins infirmiers depuis 1990. Elle a œuvré, entre autres, dans différentes spécialités sur le quart de travail de nuit au cours des dix premières années de sa pratique. Par la suite, elle a travaillé auprès de la clientèle pédiatrique à temps partiel

sur le quart de travail de nuit. Actuellement, elle oriente sa pratique dans une unité de soins critiques adulte dans un centre hospitalier affilié universitaire. Depuis sept mois, elle travaille à temps partiel sur le quart de travail de jour.

#### Participant # 4

Mylène travaille à titre d'infirmière bachelière à temps complet depuis l'obtention de son baccalauréat en 2003. Elle œuvre en soins critiques en milieu hospitalier universitaire sur le quart de travail de soir. Elle est actuellement célibataire et sans enfant.

#### Participant # 5

Frédérique est une infirmière qui détient six ans d'expérience dont deux ans de pratique en soins critiques pédiatriques dans un centre hospitalier universitaire. Elle a œuvré principalement sur les quarts de travail de jour et de soir à temps partiel. Elle est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières depuis 1999 et d'une maîtrise en gestion depuis 2005. Actuellement, elle est étudiante dans une autre discipline en science de la santé à temps complet depuis 2005. Frédérique a 29 ans et est célibataire et sans enfants.

ANNEXE K

TABLEAU DES FRÉQUENCES

Tableau des fréquences des sous-thèmes

| Sous-thèmes  | Participants |     |     |     |     | Total de participants | Total des unités de signification |
|--|--------------|-----|-----|-----|-----|-----------------------|-----------------------------------|
|  | # 1          | # 2 | # 3 | # 4 | # 5 |                       |                                   |
| Négociation et organisation du nombre d'heures de travail suite à l'imposition du TSO                            | 2            | 7   | 10  | 8   | 7   | 5                     | 34                                |
| Fatigue physique incommodante  | 3            | 9   | 5   | 9   | 8   | 5                     | 31                                |
| Désorganisation personnelle et professionnelle découlant de l'imprévisibilité du TSO                             | 2            | 6   | 3   | 1   | 15  | 5                     | 27                                |
| Frustration persistante ressentie pendant le TSO   | 4            | 2   | 6   | 2   | 11  | 5                     | 25                                |
| Oppression associée aux enjeux de pouvoir  | 2            | 11  | 2   |     | 10  | 4                     | 25                                |
| Faible prise en compte de l'acuité des soins et de la charge de travail par les administrateurs au moment du TSO |              | 20  | 3   | 1   | 1   | 4                     | 25                                |
| Imputabilité envers les patients   | 3            | 4   | 7   | 1   | 8   | 5                     | 23                                |
| Impression d'iniquité reliée au processus administratif lors de TSO  | 8            | 8   | 3   | 3   |     | 4                     | 22                                |
| Répercussion préjudiciable du TSO sur la vie familiale   | 4            |     | 13  | 2   | 1   | 4                     | 20                                |
| Engagement envers l'équipe de soins et l'administrateur  | 4            |     | 7   | 2   | 8   | 4                     | 20                                |

Tableau des fréquences des sous-thèmes

| Sous-thèmes  | Participants |     |     |     |     |     |     | Total de participants | Total des unités de signification |
|--|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------------|-----------------------------------|
|  | # 1          | # 2 | # 3 | # 4 | # 5 | # 6 | # 7 |                       |                                   |
| Impact sur la qualité de vie personnelle et professionnelle                                  | 6            | 2   | 4   | 3   | 3   |     |     | 5                     | 18                                |
| Absence de pouvoir décisionnel de l'infirmière malgré le Code de déontologique               |              | 5   | 4   |     | 9   |     |     | 3                     | 18                                |
| Délégation limitée de tâches au personnel de soutien lors d'un manque de personnel infirmier | 1            | 4   | 7   | 1   | 4   |     |     | 5                     | 17                                |
| Fatigue psychologique reliée au TSO à long terme   | 2            | 9   | 1   | 2   | 2   |     |     | 5                     | 16                                |
| Colère associée à la contrainte du TSO   | 8            | 1   | 1   |     | 6   |     |     | 4                     | 16                                |
| Incapacité à répondre aux obligations sociales   |              | 6   |     | 3   | 7   |     |     | 3                     | 16                                |
| Perte de contrôle envahissante   | 3            | 5   | 4   | 1   | 2   |     |     | 5                     | 15                                |
| Avantages divers   |              | 9   | 2   | 4   |     |     |     | 3                     | 15                                |
| Manque de considération des pairs envers les personnes forcées au temps supplémentaire       | 3            | 5   | 2   | 1   | 3   |     |     | 5                     | 14                                |
| Amour pour le travail en dépit du TSO  | 1            | 5   | 2   | 3   | 3   |     |     | 5                     | 14                                |
| Soins aux patients centrés sur la tâche comme conséquence au TSO                             |              | 4   |     | 8   | 2   |     |     | 3                     | 14                                |

Tableau des fréquences des sous-thèmes

| Sous-thèmes  | Participants |     |     |     |     | Total de participants | Total des unités de signification |
|--|--------------|-----|-----|-----|-----|-----------------------|-----------------------------------|
|  | # 1          | # 2 | # 3 | # 4 | # 5 |                       |                                   |
| Perte de sens au travail   |              | 1   | 1   | 1   | 8   | 4                     | 12                                |
| Culpabilité ressentie envers les membres de l'équipe lors du refus de TSO                                    |              | 6   | 4   |     | 2   | 3                     | 12                                |
| Processus décisionnel rigide lors de TSO provoquant la perception d'un manque de reconnaissance              |              | 4   | 1   | 2   | 4   | 4                     | 11                                |
| Impact mitigé du TSO sur la qualité de vie personnelle et professionnelle                                    |              | 7   | 3   |     | 1   | 3                     | 11                                |
| Irrespect ressenti lors de l'annonce du TSO  | 3            | 1   | 2   | 1   | 3   | 5                     | 10                                |
| Injustice ressentie lors de l'attribution de TSO   | 2            | 4   | 2   |     | 2   | 4                     | 10                                |
| Exode de la profession comme alternative au TSO  |              | 1   | 5   |     | 4   | 3                     | 10                                |
| Effets nocifs du TSO sur le climat de travail de l'équipe  |              | 1   | 1   | 2   | 5   | 4                     | 9                                 |
| Persistance des valeurs personnelles et professionnelles en dépit du TSO                                     | 1            | 4   | 2   | 2   |     | 4                     | 9                                 |
| Choix de la profession par l'infirmière novice en dépit de la connaissance du phénomène de pénurie et de TSO | 1            | 1   | 3   | 1   | 2   | 5                     | 8                                 |

Tableau des fréquences des sous-thèmes

| Sous-thèmes   | Participants |     |     |     |     | Total de participants | Total des unités de signification |
|---|--------------|-----|-----|-----|-----|-----------------------|-----------------------------------|
|   | # 1          | # 2 | # 3 | # 4 | # 5 |                       |                                   |
| Tristesse ressentie lors du TSO   | 1            |     |     | 1   | 6   | 3                     | 8                                 |
| Absentéisme au travail comme alternative pour contrer le phénomène de TSO |              | 3   | 2   |     | 3   | 3                     | 8                                 |
| Éducation comme alternative pour contrer le phénomène de TSO              |              | 5   |     |     | 3   | 2                     | 8                                 |
| Perte de liberté individuelle associée au sentiment d'emprisonnement      | 2            |     | 4   |     | 1   | 3                     | 7                                 |

ANNEXE L  
EXEMPLE DE *VERBATIM*

Verbatim



Sous-thèmes



Thèmes

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><i>Tu n'arrives jamais à séparer ta vie privée de ta vie, de ta vie professionnelle, ce n'est pas très sain.</i></p> <p><i>C'est comme si tu perdais le contrôle de tes plans. Tu planifies des choses, puis on dirait que tu ne peux jamais être sûr à cent pour cent, il faut tout le temps dire à quelqu'un ben je vais... quand tu sais qu'il y en a qui ont fait du temps supplémentaire obligé, tu sais que ton tour va venir, puis là tu regardes, bon quelle journée je vais faire ... ça tombe à ton tour la journée que tu ne voulais pas que ça tombe.</i></p> <p><i>Ça me demande beaucoup d'énergie, puis justement quand tu en as plus à donner, bien tu as l'impression de ne pas avoir fait ta job comme tu le voulais. Tu ne peux pas quand tu es fatiguée... ton niveau d'empathie, n'est plus. Ça reste des gens que tu aurais voulu aider, leur apporter quelque chose, mais quand tu n'as pas assez d'énergie pour le faire, tu te sens pas comme si tu avais fait ta job à 100%, comme tu aurais aimé le faire.</i></p> <p><i>Bien, il y a la frustration des conjoints, mon mari souvent dit : « je ne comprends pas, tu n'as pas à accepter ça ». Les conjoints le vivent aussi avec toi ... c'est dure de faire comprendre ça même à ton enfant... les enfants te disent : « ENCORE ! C'est parce que là... ».</i></p> <p><i>Ça m'est arrivé d'appeler des amis et de leur dire, finalement je ne serai pas là, je dois rester à l'hôpital. C'est surtout la fin de semaine que ça se produisait. »</i></p> | <p>Impact sur la qualité de vie personnelle et professionnelle</p> <p>Désorganisation personnelle et professionnelle découlant de l'imprévisibilité du TSO</p> <p>Fatigue physique incommodante</p> <p>Répercussion préjudiciable du TSO sur la vie familiale</p> <p>Incapacité à répondre aux obligations sociales</p> | <p>Déséquilibre des sphères personnelle, professionnelle, familiale et sociale</p> |
|---|---|--|

ANNEXE M  
EXEMPLE D'UNITÉ DE SIGNIFICATION  
ENTREVUE FRÉDÉRIQUE

C'est la fois que j'avais eue une mauvaise soirée, puis j'avais fait du temps supplémentaire les journées avant... puis là, je me suis fait dire... les deux sont entrés dans la chambre pour me dire : « Tu restes ». À ce moment-là, j'avais l'impression que c'était une délégation : « Là, Frédéric, tu vas rester ». J'étais sans connaissance.

**Qu'est-ce que vous êtes dite à vous-même au moment où ils vous ont dit : « Frédéric, tu restes ! ».**

J'avais envie de pleurer. J'avais vraiment vraiment envie de pleurer. Là, j'étais assise et je l'ai regardé et je leur ai dit : « Non, vous me niaisez ». Dans ma tête, je me suis dit c'est une joke. Surtout que je m'entendais bien, ça faisait quatre ans que j'étais là, pas tout le temps comme infirmière, mais ça faisait quatre ans que j'étais dans l'hôpital, tsé. Je travaillais beaucoup et j'aimais ce que je faisais. Quand ils sont arrivés cette fois-là, je leur ai dit : « Regarde-là, ce n'est pas sérieux, c'est une joke-là, j'ai eu une soirée de cul là, je veux m'en aller, je ne suis plus capable, je suis écoeurée ». J'étais tannée et là là, ce que je me suis dit vraiment là... c'est de m'asseoir et pleurer et non de faire tout un huit heures encore. J'ai vu les huit heures qui s'en venaient, puis là je me suis dit « Ah, pas encore huit heures ». C'est comme là là, ils savaient qu'on avait eu une mauvaise soirée parce que comme le patient n'allait pas bien, la coordination avait été avisée de la situation, alors euh... j'avais vraiment très envie de pleurer cette soirée-là !

**C'était trop ?**

Ah, la goutte venait de déborder. Tu vois je retournais à l'école et j'avais déjà prise la décision que je retournais à l'école, même quand j'y suis retourné, j'avais dit à mon infirmière-chef, je vais te faire les fin de semaines. Ça faisait mon affaire de continuer à travailler, puis je me suis cherché un autre travail, puis j'ai été travailler dans un autre domaine.

Souvenir d'un événement de TSO.  
Sentiment de colère lié au TSO.

Sentiment de tristesse lié au TSO.  
Sentiment de découragement lié au TSO.

Souvenir d'avoir beaucoup travaillé et d'aimer cela.

Perception que la situation liée au TSO était un non sens.

Sentiment de dégoût lié au TSO

Sentiment de tristesse et d'exaspération.

Sentiment de tristesse lié au TSO.

Perception que le TSO avait dépassé la limite de l'acceptable.

Souvenir d'être retournée à l'école afin d'éviter le TSO (alternative au TSO).

Souvenir d'avoir quitté la profession.

ANNEXE N

LIGNES DIRECTRICES DE LA REVUE INFIRMIÈRE CANADIENNE

## **Guide de rédaction**

### **LA REVUE *INFIRMIÈRE CANADIENNE***

Cette revue professionnelle est vouée au progrès de la profession infirmière; c'est pourquoi les articles d'aspect clinique, aptes à apporter de la nouveauté dans les soins, sont les bienvenus. Le sujet doit être discuté en profondeur et ne pas répéter les manuels de classe ni ce que la revue a déjà publié. Si un article se fonde sur un document de recherche, il est souvent bon de mettre l'accent sur les résultats et les implications pour la pratique. Puisque la controverse fait partie d'un développement professionnel sain, la revue reçoit avec plaisir les textes d'opinion sur les questions professionnelles.

### **LA PRÉPARATION DU MANUSCRIT**

Les manuscrits sont dactylographiés à double interligne sur du papier blanc de 8 1/2" x 11". Pour un grand article, essayez de vous en tenir à 2 500 mots. Rappelez-vous que nos rubriques sont moins longues — 800 mots environ. Dans un cas comme dans l'autre, vérifiez toujours très soigneusement votre texte et condensez-le le plus possible avant de le soumettre.

### **LE RÉSUMÉ, NE PAS L'OUBLIER**

Un résumé d'environ 250 mots doit accompagner votre manuscrit. Il donne les points importants de votre texte, buts et conclusion ainsi que les principales implications pour la pratique.

### **À PROPOS DES RÉFÉRENCES**

Pour être utiles, les références doivent être complètes et récentes. Veuillez les dactylographier sur une feuille séparée selon la méthode de l'American Psychological Association (APA). N'en prévoyez que le minimum, car ce sont vos idées qui nous intéressent.

### **DES PHOTOS?**

Les illustrations — photos, dessins, graphiques — peuvent faire toute la différence entre un article moyen et un article intéressant. Les photos doivent être au foyer — diapos couleur 35 mm, ou en couleur/blanc et noir à fini glacé. N'écrivez pas au dos des photos, ne les coincez pas dans des trombones. Rédigez la légende, indiquez l'endroit et l'envers de la diapo et, si nécessaire, le haut et le bas. En vue du crédit de photo, inscrivez le nom du photographe. Obtenez des autorisations de publier auprès des personnes identifiables sur les photos.

## **COMMENT CHOISIT-ON UN ARTICLE POUR PUBLICATION?**

**On accuse réception du manuscrit à son arrivée, et celui-ci est envoyé à deux personnes en vue d'une évaluation à double insu par des pairs. Les critères portent sur l'originalité, l'importance, la portée, l'actualité du sujet, l'intérêt pour le lecteur et l'exactitude.**

## **QU'EST-CE QUE LA RÉVISION STYLISTIQUE?**

**La révision fait en sorte que les idées d'un auteur sont mises en relief dans la meilleure des transcriptions sans en changer son style propre. Toute copie révisée est retournée à son auteur pour approbation. Les auteurs sont responsables de tout ce qu'ils signent, les apports du personnel de la rédaction compris. La revue *infirmière canadienne* a la responsabilité des titres, des en-têtes, du report des corrections.**

## **COMMENT SOUMETTRE SON TEXTE?**

**Faites parvenir trois copies avec une lettre comportant de brèves notes sur vous-même, ainsi qu'une enveloppe-réponse. Vous devez également joindre une version électronique de votre texte, sauvegardée sur disquette, dans un des logiciels de traitement de texte Word ou Wordperfect.**

**La rédactrice en chef  
La revue *infirmière canadienne*  
50, Driveway  
Ottawa (Ontario) K2P 1E2  
CANADA**

