

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

RÉCIT DES STRATÉGIES IDENTITAIRES ET DÉFENSIVES D'UN
PERSONNEL INFIRMIER, DANS SES INTERACTIONS
QUOTIDIENNES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN COMMUNICATION

PAR
AMÉLIE GUAY

AOÛT 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce projet, ayant connu plusieurs printemps, a suivi un parcours sinueux et parsemé de plusieurs embuches. Le soutien et les encouragements de chacun m'ont aidé à atteindre mon but.

D'abord, je souligne la précieuse collaboration de ma directrice de recherche Michèle-Isis Brouillet qui a su m'aider à utiliser toutes les ressources que j'avais en moi et qui m'a encouragé à me surpasser et à développer une sensibilité théorique et méthodologique. Ses conseils, ses critiques et son humanité furent appréciés au plus haut point.

Ensuite, sans la participation des sujets de cette étude, ce projet n'aurait pas pu se réaliser. Je les remercie donc du temps qu'ils m'ont accordé afin que je puisse recueillir les données nécessaires à ce mémoire et de l'implication dont ils ont fait preuve lors des entrevues.

Je désire finalement remercier mon conjoint Marc-André, mes parents Huguette et Robert, ma famille et mes amis qui ont été présents et qui m'ont entouré à tous les moments. Mélissa, nos échanges m'ont permis de conserver optimisme et courage dans les derniers instants d'écriture. Mes ambitions étaient grandes et le réconfort de mes proches m'a encouragé à persévérer.

AVANT-PROPOS

Alors que je pensais être à la fin de mon parcours académique universitaire lors de l'obtention de mon baccalauréat, une idée restait ardente dans mon esprit. « Et si j'écrivais un mémoire »?

Étant alors impliquée dans le milieu de la santé grâce à un stage et ensuite, un emploi dans le même hôpital, l'observation de différents phénomènes m'était possible et se sont alors développés en moi de nombreux questionnements sur le système de santé, les modifications qu'il a subi et les impacts de ces éléments sur les acteurs même du système.

Côtoyant le personnel infirmier de divers départements de cet hôpital, j'ai voulu approfondir mes connaissances sur la relation de soins et la communication au travail, particulièrement dans le domaine de la santé. Remarquant un climat instable et des interactions plutôt instrumentales, j'ai voulu m'interroger sur un lien éventuel entre les transformations organisationnelles du système et ce que j'observais dans l'équipe de soins.

L'idée du mémoire me semblait donc l'occasion idéale d'explorer mes interrogations. Faisant partie intégrante de l'organisation, je devais cependant développer une distance nécessaire afin d'établir un point de vue clair. Ce recul m'a permis d'explorer diverses facettes associées au domaine de la santé et même de me laisser surprendre par des éléments dont je ne soupçonnais pas l'existence.

Dans une organisation comme un hôpital, les divers facteurs qui entrent dans la formation d'une équipe de soins renferment d'innombrables spécificités. L'étude de ces phénomènes a constitué pour moi une aventure académique riche, intense, rigoureuse et passionnante.

TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE.....	2
1.1 Transformations organisationnelles profondes et changements dans le système de santé au Québec.....	2
1.1.1 L'impact des transformations organisationnelles à plusieurs niveaux.....	6
1.2 Communication professionnelle au quotidien.....	8
1.3 Le changement, tel que vécu par les individus, dans leur milieu de travail.....	12
1.3.1 Interactions quotidiennes déstabilisées.....	15
1.4 Dimensions à l'étude.....	19
1.5 Objectifs de recherche.....	20
1.6 Intérêt de la recherche.....	21
CHAPITRE II	
CADRE DE RÉFÉRENCE.....	23
2.1 Le changement organisationnel et déstabilisation.....	23
2.1.1 Le changement planifié.....	24
2.1.2 L'organisation « floue ».....	25
2.1.3 Le sens du travail.....	26
2.2 Communication et interactions quotidiennes.....	28
2.2.1 L'apport systémique.....	28
2.2.2 Les interactions fragiles.....	30
2.2.3 Une ouverture sur l'identité.....	33
2.3 L'éclairage de la psychodynamique du travail.....	38
2.3.1 Le concept du travail.....	39
2.3.2 Les concepts de la souffrance et du plaisir au travail.....	40
2.3.2 Le concept de reconnaissance.....	43
2.4 Cadre conceptuel de la recherche.....	45

CHAPITRE III	
CADRE MÉTHODOLOGIQUE	48
3.1 Posture épistémologique	48
3.2 Stratégie de recherche	49
3.3 Dimensions abordées et instruments d'investigation.....	51
3.4 Démarche d'analyse des données	54
3.5 Sujets de la recherche et accès au terrain.....	55
3.6 Crédibilité des résultats.....	56
 CHAPITRE IV	
PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	58
4.1 Remarques sur le canevas d'entretien.....	58
4.2 Présentation du récit d'Anne-Sophie	58
4.2.1 La recherche d'un défi continu et une ouverture d'esprit	59
4.2.2 Faire partie d'une équipe «tissée serrée»	61
4.2.3 Fierté et réalisme	62
4.3 Présentation du récit de Bob	63
4.3.1 Trouver sa place dans un contexte de décalage alarmant	63
4.3.2 La précarité des relations influencée par les tensions	65
4.3.3 Une reconnaissance sociale avant tout.....	66
4.4 Présentation du récit de Caroline.....	67
4.4.1 Choisir son combat.....	68
4.4.2 Une confiance nécessaire	70
4.4.3 Porter avec dignité le costume d'infirmière	71
4.5 Présentation du récit de Dominique.....	72
4.5.1 Coordonner, organiser et évoluer dans la sagesse.....	72
4.5.2 Gouverner les ingouvernables.....	74
4.5.3 Se faire à l'idée	76
4.6 Présentation du récit d'Evelyne	77
4.6.1 Les soins intensifs comme une révélation.....	77
4.6.2 Un rapport positif	79
4.6.3 Avoir la vocation	80
4.7 Présentation du récit de François	81
4.7.1 Le culte de la performance	81
4.7.2 L'image et l'implication sont la clé	82

4.7.3 Développer un mécanisme appréciatif personnel	83
4.8 Résumé transversal et analyse des résultats.....	84
4.8.1 Le contexte	84
4.8.2 L'équipe de travail	90
4.8.3 La vision de la profession	98
4.9 Notes d'observation	101
CHAPITRE V	
INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	104
5.1 Rappel des éléments clés	104
5.1.1 Les objectifs de recherche.....	104
5.1.2 La proposition de recherche.....	104
5.1.3 Proposition de recherche nuancée.....	105
5.2 Du travail aux relations.....	106
5.2.1 Le « care » et ses ambiguïtés.....	106
5.2.2 Les interactions prescrites et les relations réelles	112
5.3 Construction identitaire et reconnaissance	118
5.3.1 Une dynamique indissociable	118
5.3.2 Une ouverture réconfortante	122
CONCLUSION.....	124
APPENDICE A	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET D'INFORMATION	126
APPENDICE B	
CANEVAS POUR ENTRETIENS.....	128
APPENDICE C	
DESSINS DES PARTICIPANTS	130
RÉFÉRENCES	131

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

2.1 Le triangle de la psychodynamique du travail	39
B.1 Canevas pour entretien – première phase	128
B.2 Canevas pour entretien – seconde phase	129
C.1 Dessins des participants	130

RÉSUMÉ

La dernière décennie a amené différents changements au cœur du système de santé québécois et se traduit principalement par l'implantation d'une nouvelle structure appelée « virage ambulatoire ». En plus de cette réforme structurelle importante, le système de santé fait face à une pénurie croissante de main d'œuvre en soins infirmiers. Les changements au niveau des équipes de travail, qui sont dissoutes au nom de l'efficacité organisationnelle, ont plongé le personnel infirmier dans une confusion concernant son rôle dans l'organisation de santé.

Ce mémoire fait état du vécu du personnel infirmier à travers ses interactions quotidiennes et questionne les stratégies qu'il met en œuvre afin d'accéder à un bien-être dans son travail. L'objectif est donc de découvrir quelles sont les stratégies qui agissent en faveur de ce bien-être et préservent l'identité des sujets. Notre piste de recherche suggère que c'est la reconnaissance qui, en tant que pratique communicationnelle, constitue le vecteur de transformation de ces stratégies et mènent le personnel vers cet état de bien-être.

Pour effectuer cette recherche, nous avons privilégié une approche qualitative et compréhensive. Nous avons utilisé la stratégie du récit de vie, mettant en œuvre trois outils s'insérant dans cette perspective. L'observation participante, la tenue d'un journal de bord ainsi que des entrevues en profondeur nous ont permis de recueillir les données utiles à ce mémoire. Une étude documentaire approfondie basée sur des approches psychosociologiques constitue le corpus théorique de cette recherche.

Les données recueillies ont révélé la confrontation du personnel infirmier à certains dilemmes moraux associés à la pratique infirmière et la manière dont il automatise son travail afin d'évacuer cette souffrance. De plus, la formalisation des interactions s'effectue à travers les limites prescrites du contexte de travail. L'émergence d'un paradoxe nous force à croire que le personnel infirmier ne peut s'engager totalement à son travail, malgré la présence d'éléments qui fondamentalement, devrait lui permettre d'atteindre une cohérence nécessaire au maintien d'un équilibre identitaire stable.

Mots clés : travail, communication, personnel infirmier, stratégies défensives et identitaires, interactions

INTRODUCTION

Le système de santé québécois est touché par plusieurs transformations qui s'intensifient depuis la dernière décennie. Elles touchent l'organisation du travail, les conditions de travail et les acteurs de ce système. Plus particulièrement, les impacts de ces transformations déstabilisent le personnel infirmier. En plus de phénomènes comme la pénurie de main-d'œuvre infirmière et le vieillissement de la population, le personnel infirmier est confronté quotidiennement à des difficultés organisationnelles reliées à ces transformations, et à des difficultés éthiques et relationnelles qui peuvent affecter son identité professionnelle. Le présent mémoire traite des stratégies adoptées par le personnel leur permettant, à travers leurs interactions quotidiennes, de favoriser leur bien-être dans leur milieu de travail et ainsi préserver leur identité.

L'objectif de notre recherche est donc de découvrir les stratégies qui participent à l'établissement du bien-être et de saisir le vécu communicationnel et identitaire du personnel infirmier. Ce travail permet également d'établir un portrait plus clair et actuel de la pratique infirmière. Notre recherche s'inscrit dans une démarche exploratoire et repose sur des données qualitatives obtenues grâce à la stratégie du récit de vie alliant l'usage d'entretiens en profondeur, d'observations rigoureuses et d'une revue de la littérature approfondie.

Ce mémoire est constitué de cinq parties. D'abord, le premier chapitre présente la problématique choisie en faisant état des transformations du système de santé et de ses enjeux. Il traite de la communication professionnelle et du changement tel que vécu par le personnel infirmier. Le second chapitre révèle notre cadre de référence constitué de concepts issus des approches psychosociologiques choisies. Le cadre méthodologique, présenté dans le troisième chapitre, souligne la posture épistémologique adoptée, les étapes associées à notre démarche qualitative et le caractère itératif qui particularise cette recherche. Le quatrième chapitre expose les résultats de chaque sujet et se referme sur un résumé transversal mettant en commun le récit de ceux-ci. Finalement, le cinquième chapitre présente l'interprétation de ces résultats à la lumière du cadre de référence et de la proposition de recherche initiale.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

À partir de différents écrits à ce sujet, voici une présentation des changements profonds qui ont eu lieu dans le système de santé québécois et de leurs impacts. Un découpage selon un angle communicationnel fera le pont entre différents concepts comme l'identité, le plaisir et la souffrance au travail et aboutira sur l'orientation, les objectifs et les différents éléments de cette recherche.

1.1 TRANSFORMATIONS ORGANISATIONNELLES PROFONDES ET CHANGEMENTS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC

L'histoire du système de santé québécois relate divers changements depuis sa création. Issu de la tradition ecclésiastique, ce système a graduellement été modelé et centralisé durant le dernier siècle. Il fait désormais partie du Ministère de la Santé et de Services Sociaux et relève de l'État (Desrosiers, 1999). Depuis plus d'une décennie, ce système fait face à de profondes transformations, résultants des changements sociaux et économiques rapides qui touchent le Québec, comme l'ensemble du monde occidental. Une étude de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada souligne aussi : « qu'il demeure que les organisations de santé ont tendance à avoir, peut-être plus souvent que les organisations du secteur privé, certaines caractéristiques peu propices au changement » (Champagne, 2002 p.4). De plus, selon cette étude, déjà en 2002, le système de santé devait rivaliser avec les autres sphères dont se préoccupe le gouvernement, comme l'éducation ou encore l'environnement.

Au niveau des personnes, les conditions de pratique et d'emploi se sont dégradées substantiellement au cours des dernières années, au point que la démotivation et le désengagement des cadres, des professionnels et des autres employés est aujourd'hui, paradoxalement, un obstacle additionnel à l'implantation de réformes (Champagne 2002, p.1)

À l'origine de ces réformes, en tant que transformations organisationnelles, se positionnent divers changements dans les sphères économique et organisationnelle, qui ont peu à peu fragilisé le système de santé québécois. Des facteurs démographiques et structureaux contribuent également à ces bouleversements.

Plus concrètement, la fin des années 1990 a amené une nouvelle réforme au cœur du système de santé québécois. La fusion des établissements par la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) et des centres de santé et des services sociaux (CSSS), ont amené « un nouveau partage des responsabilités, une organisation des filières menant à la médecine spécialisée et une consolidation des modes d'intégration des services de premières lignes au services plus spécialisés » (Letourny, 2008 p.7). Cette réorganisation des soins de santé se traduisait également par l'implantation d'une nouvelle structure au début des années 2000, qui visait à diriger une partie des soins vers les domiciles, afin de désengorger les hôpitaux. L'ensemble de ces transformations structurelles a été inspiré par « la quête de performance globale et l'amélioration de la productivité » (Letourny, 2008 p.7) au sein du système de santé québécois. Un moteur économique semble donc être à l'origine des transformations du système de santé.

Ce sont les compressions budgétaires dans les services publics, dont ceux de la santé et des services sociaux, imposées par la politique fédérale du « déficit zéro » et endossées par le gouvernement du Québec, qui seront à l'origine de cette fermeture et du transfert de certaines activités hospitalières vers les services dits de première ligne, ce que l'on a appelé le « virage ambulatoire » (Gaumer 2008, p.212)

La création des CSSS visait à faciliter l'administration de plusieurs centres dans une même région. En effet, le système de santé québécois est, et sera de plus en plus confronté à la question de la pérennité économique et de la rentabilité de son organisation et fera face aux attentes croissantes de la population (Letourny, 2008).

À cette situation s'ajoutent deux facteurs : la question de la pénurie de personnel et du vieillissement de la population, qui sont à considérer dans la déstabilisation du système de santé québécois (Langlois, 2009).

En plus de la réforme structurelle importante dont il fait l'objet, le système de santé fait face à une pénurie croissante de main d'œuvre infirmière. D'après une étude menée par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) en 1999, cette organisation estimait qu'entre 2001 et 2015, 38 000 infirmières et infirmiers quitteraient le système. En contrepartie, 27 000 individus l'intégrerait. Au moment de cette étude, la moyenne d'âge du personnel infirmier était de 45 ans (OIIQ, 1999). L'OIIQ faisait aussi mention de la difficulté à former de nouvelles infirmières, faute de places disponibles et de temps pour les stages en institution.

Depuis la réalisation de cette étude, la situation a beaucoup évolué. Selon ses dirigeants, « il n'y a jamais eu autant d'infirmières au Québec. S'il y a pénurie, c'est que le réseau est incapable de les garder » (Lacoursière, 2010 [en ligne]). L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec ajoute que diverses solutions sont présentées à l'État depuis la grande réforme et que l'abolition des heures supplémentaires est présentement le principal obstacle à la rétention du personnel.

Le vieillissement de la population est un élément que l'on peut également considérer comme un facteur affectant le système de santé. En juillet 2011, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) a publié un rapport sur des stratégies liées à l'adaptation du système de santé aux besoins de la population vieillissante. Le rapport souligne d'abord « qu'en 2015, les personnes âgées de 65 ans ou plus dépasseront en nombre les jeunes de 15 ans ou moins et formeront, en 2050, le quart de la population canadienne » (FCRSS, 2011 p.6). Au sujet des ressources humaines et de la main d'œuvre nécessaire au fonctionnement du système, le rapport souligne aussi quelques inquiétudes.

Les participants [...] se sont dits préoccupés par le taux élevé de roulement des professionnels, comme le personnel infirmier et les préposés aux services de soutien à la personne, dans les secteurs des soins de longue durée et des soins à domicile (FCRSS, 2011 p.20).

Dans ce contexte, la rétention du personnel demeure un élément essentiel à considérer afin d'envisager une amélioration au sujet du phénomène de la pénurie actuelle et de ses impacts. Selon Langlois et al. (2009), cet élément s'apparente à la logique du cercle vicieux.

La pénurie, combinée au contexte de vieillissement de la population et à de nombreux changements de pratique engendre des conditions de travail éprouvantes, lesquelles ont tendance à dissuader les nouvelles recrues, provoquant ainsi un épuisement du personnel. (Langlois, 2009 p.20).

Les conditions de travail actuelles et la manière dont sont prises en charge toutes les entreprises, de produits autant que de services, témoignent de cette nouvelle culture de performance qui habite le monde du capitalisme occidental. On parle surtout d'idéologie de la gestion, fortement inspirée du modèle américain et qui se fonde sur l'objectivation.

Dans cette logique de pensée, on exclut de l'analyse tout ce qui est considéré comme irrationnel, parce que non objectivable, non mesurable, non calculable. Les registres affectifs, émotionnels, imaginaires et subjectifs sont considérés comme non fiables et non pertinents. Le souci d'objectivité est louable. Mais la mise en équation de la réalité ne permettra jamais de comprendre le comportement des hommes et l'histoire des organisations (De Gaulejac dans Matot, 2005 p.113).

Ce que dépeint l'auteur met en évidence la perte d'autonomie des individus dans l'organisation alors que les résultats, la rentabilité, la débrouillardise et la réussite sont les nouvelles valeurs qui l'habitent. La réforme actuelle amène de nouveaux paramètres qui réorientent cette philosophie tels que la performance, la rapidité et la rationalisation des ressources (Carpentier-Roy, 1991).

Au fur et à mesure que les besoins en services de santé augmentent dans la population, nous constatons l'étiollement des ressources et envisageons ainsi mieux les répercussions que pourraient avoir cette désertion du système de santé au niveau des conditions de travail et de la santé mentale du personnel. Déjà en 1999, 40% des personnes interrogées faisant partie du personnel du réseau de la santé et des services sociaux ont souligné une détérioration du climat de travail, et 45% la perte d'une image positive de leur profession (OIIQ, 1999). À ce

moment, un programme de mise à la retraite anticipée a été mis sur pied et plus de 4000 infirmiers et infirmières ont profité de cette offre (Gaumer, 2008).

1.1.1 L'impact des transformations organisationnelles à plusieurs niveaux

Les changements au sein du système de santé au Québec retiennent de plus en plus l'attention des auteurs qui s'interrogent sur les effets de ces réformes. Bourbonnais et al. (2000) ont effectué une grande recherche sur les effets de la transformation du système de santé. Selon eux, les changements opérés dans le domaine hospitalier peuvent être perçus selon deux angles. En premier lieu, les changements structureaux ont déclenché un processus de déqualification et de détérioration de la profession en l'engloutissant dans un *flou* au niveau de ses critères d'application. D'un autre côté, ce *flou* peut être vu comme une opportunité d'élargissement de la pratique infirmière et de responsabilisation. Or, l'élargissement des tâches de l'infirmière, dans le but de lui permettre d'exercer une plus grande autonomie dans son métier, doit être négociée avec le corps médical et dépend de la latitude que celui-ci voudra accorder au personnel infirmier (Tremblay, 2009).

Différents moyens de rationalisation sont employés dans les hôpitaux afin de réduire les coûts liés à la prise en charge des malades. L'embauche de personnel moins qualifié et l'augmentation du ratio personnel soignant – patient en font partie (Carpentier-Roy, 1991). Les effets de ces changements sont plutôt négatifs et constituent une nouvelle source de stress dans la profession. Ils génèrent une surcharge de travail et amènent une pression supplémentaire dans la réalisation des tâches (Bourbonnais et al. 2000).

Le personnel infirmier a donc vécu un mouvement sans précédent de redistribution de postes de travail qui a occasionné de multiples supplantations, déstabilisé les équipes de travail, dilué l'expertise et envenimé le climat de travail (Bourbonnais, 2000 p.1).

Récemment, une enquête menée par des journalistes de la Gazette des Femmes (Sarrasin et al. 2000), fait état dans un dossier spécial, de la situation actuelle, dix ans après la grande réforme. Selon les réponses aux différentes questions qu'elles ont posées auprès d'infirmières du réseau, l'ambiance de travail ne s'est pas améliorée. Dans l'un de ces articles (Tremblay, 2009), on remarque un débordement des urgences constant et on peine à combler la période

des vacances en été. Un cumul d'heures supplémentaires obligatoires cause une augmentation des congés pour troubles psychologiques et différentes demandes au niveau des salaires et de la réorganisation du travail se font toujours attendre (Tremblay, 2009).

Nous retenons donc que l'étendue des impacts des changements dans le système de santé peut s'observer à travers une fragilisation de la profession et des conditions de travail. Le système actuel fait l'objet de nombreuses réorientations et met de l'avant principalement des objectifs à portée économique, voilant ainsi aux yeux de ses acteurs, des objectifs affectifs et sociaux. Ainsi, nous nous pencherons sur l'impact des transformations du système sur ses acteurs.

Le portrait qui a été décrit jusqu'ici propose un regard d'ensemble sur un système qui englobe différentes institutions partout au Québec. Nous considérerons donc, à l'intérieur de ce système, le niveau plus spécifique qu'est le domaine hospitalier. Ainsi, comme le propose la perspective psychosociologique à propos de la notion d'organisation, « la façon dont on (l') envisage (est) conditionnée par le point de vue d'où l'on se place » (Lévy, 2006 p.209). À l'intérieur des institutions hospitalières, les différents départements peuvent amener leur lot de contraintes structurelles et relationnelles (Carpentier-Roy, 1991). Afin de bien cerner les enjeux à l'étude dans cette recherche, nous concentrerons donc notre regard sur le personnel infirmier évoluant dans un département de soins intensifs d'une institution hospitalière urbaine.

Une vision mettant l'accent sur l'expérience vécue par la personne dans ses interactions quotidiennes et le sens qu'elle donne à son travail sera au cœur de nos choix théoriques et méthodologiques. Dans ce cadre, une inspiration humaniste habite ce projet, en cohérence avec le choix de notre terrain.

Les soins infirmiers étant une profession d'aide, les principes énoncés par Carl Rogers y trouvent un écho particulier, car cette relation que l'on reconnaît comme son héritage principal y est enseignée et pratiquée, depuis des décennies (Phaneuf, 2008 [en ligne]).

Dans ses travaux, Rogers a mis l'emphase sur la personne et son développement à travers les concepts de congruence et d'authenticité. Brièvement, la congruence est un accord entre la conscience d'une personne, son expérience et comment elle la communique. C'est de cette façon qu'une relation, de quelque nature qu'elle soit, sera entièrement satisfaisante pour deux partenaires (Rogers, 1968).

Ainsi, la communication, en tant que champ disciplinaire et objet d'étude, servira de jonction entre les différentes dimensions à l'étude dans cette recherche. En s'appuyant sur la logique fondamentale que propose Watzlawick et al. (1972), tout comportement est communication. « Si l'on admet que, dans une interaction, tout comportement a la valeur d'un message, c'est-à-dire qu'il est une communication, il suit qu'on ne peut pas ne pas communiquer » (Watzlawick et al., 1972 p.46). Ainsi, les enjeux organisationnels et structuraux qu'ont amenés les changements dans le système de santé influencent certainement la communication qui s'établit au travail pour le personnel infirmier qui doit s'adapter à ces transformations.

Par delà le travail théorique, affiché dans les organigrammes, les règlements, les descriptions de tâches, tournons-nous vers le travail réel. Celui qui s'accomplit au jour le jour, dans la routine ou face aux événements. Les communications y sont fortement présentes et remplissent des fonctions essentielles (Borzeix et Frankel, 2001, 2005 p.22).

1.2 COMMUNICATION PROFESSIONNELLE AU QUOTIDIEN

Selon Richard et Lussier (2005), la communication professionnelle peut être considérée en tant qu'une forme particulière de communication interpersonnelle. Ils affirment que « les soins en santé supposent des ensembles d'échanges regroupés autour de problèmes particuliers et qui s'échelonnent dans le temps » (Richard et Lussier, 2005 p.29). C'est sous cette lunette que nous toucherons plus précisément au défi qui est relié à la communication interpersonnelle dans l'institution hospitalière.

En général, un centre hospitalier se divise en plusieurs départements ou spécialités. Divers groupes ou équipes sont affectés à ces départements où la collaboration entre leurs membres

demande coordination et communication en vue d'assurer le soutien nécessaire aux usagers. Différents auteurs ont relaté les composantes essentielles d'un groupe tels qu'une raison d'être et un but commun, comme le souligne Aubry (2005).

Une personne morale, un ensemble humain, doté d'une finalité, d'une existence, d'un dynamisme et de phénomènes qui lui sont propres, distinct de la somme des individus qui le constituent, mais étroitement tributaire des relations qui s'établissent entre les individus et la finalité, et entre les individus entre eux (Aubry, 2005 p.20).

La formation d'un groupe est donc essentielle dans la mise en place d'un fonctionnement et de règles de conduite qui unissent les membres de ce groupe pour pouvoir travailler selon des normes, une éthique de travail, et un certain mode de communication. De plus, dans un groupe « chaque personne porte vraisemblablement en elle-même une série d'attentes plus ou moins précises ou plus ou moins cohérentes » (Aubry, 2005 p.33), d'où l'importance primordiale de la cible commune qui est l'objectif global de ces personnes.

Plus spécifiquement, la plupart des membres du personnel infirmier qui travaillent dans une institution de santé sont rassemblés par département ou par spécialisation et forment des équipes de travail. En plus d'une cible globale, l'existence d'une tâche spécifique à accomplir unit ces individus. Selon Solar (2001), c'est en ayant une action à accomplir que le groupe devient une équipe.

Une équipe est un groupe dans lequel il y a convergence des efforts dans la réalisation d'une tâche commune. Ce groupe (ou cette équipe) est composé d'un nombre restreint de personnes, composition et nombre qui vont jouer sur la qualité de la participation des liens personnels et des interactions, et, par ricochet, sur le sentiment d'appartenance (Solar, 2001 p.38).

Dans le contexte hospitalier, le soin des patients semble la cible la plus évidente. Or, le climat de travail difficile et lourd pousse le personnel infirmier à cibler à la fois l'amélioration de ses conditions de travail et la prise en charge des patients (Tremblay, 2009).

La réforme ainsi que la pénurie de personnel ont inévitablement causé une restructuration des équipes de travail, soit par l'arrivée de nouveau personnel dans les différents départements,

soit par un déplacement interne des individus. Le roulement de personnel constant imposé par la liste de rappel et par le nombre important du personnel infirmier sur un poste à temps partiel amènent l'étiollement des équipes de travail et nuisent à la communication entre les individus (Bourbonnais, 2000).

La communication professionnelle en santé (Richard et Lussier, 2005) suppose également que le personnel infirmier doit entretenir des échanges avec plusieurs groupes d'individus comme les patients, leur famille ou encore l'équipe médicale. Comme l'affirme Langlois et al. (2009), « les infirmières travaillant aux soins intensifs sont les témoins privilégiés des décisions et actions du corps médical. Elles peuvent poser des regards différents devant une même réalité clinique » (Langlois et al., 2009 p.23). Ce regard peut également appeler au jugement du personnel infirmier qui peut, parfois, commenter les décisions de l'équipe médicale. Certains éléments peuvent alors relever de la revendication et cela alourdit les rapports qu'entretient le personnel infirmier avec son entourage.

Le travail en soins intensifs renferme aussi des particularités qu'il faut intégrer dans la tâche et dont il faut tenir compte dans les objectifs de productivité.

L'organisation du travail est très structurée et largement dépendante de la technologie sophistiquée qui évolue rapidement. Cependant, le type de malades et le type de traitements obligent, malgré tout, à une certaine souplesse où doivent prendre place initiative, imagination, rapidité d'action et de réaction, principalement dans l'unité de chirurgie cardiaque et dans l'unité de choc où la vie des patients dépend de ces habiletés (Carpentier-Roy, 1991 p.49).

Une rupture dans la communication se manifeste donc à travers les exigences toujours plus élevées au niveau de l'efficacité et de la rapidité de l'exécution des soins. Le déplacement du personnel impose un apprentissage constant et répétitif de nouvelles techniques de soins. Ces éléments ont un impact négatif sur le personnel infirmier à cause de l'absence de contact personnalisé avec les collègues et les patients, de la rapidité de prise d'effet des décisions et du manque de soutien de la part des supérieurs immédiats (Bourbonnais et al., 2000). C'est-à-dire que le personnel infirmier n'a plus le temps de tenir des échanges satisfaisants.

Ainsi, avant la réforme, la communication verticale entre supérieurs et personnel soignant assurait la transmission d'informations nécessaires à une vision partagée du travail et à la coordination des tâches pour assurer le bien-être du patient. Les infirmières se sentaient légitimées dans leur façon d'effectuer leur travail. Le personnel d'encadrement était disponible et connaissait son équipe et la charge de travail. Son rôle était davantage axé sur l'organisation des soins. Depuis la réforme, les infirmières ressentent une vive coupure entre leurs priorités et celles des gestionnaires qui sont eux-mêmes débordés par leur travail administratif (Bourbonnais et al., 2000 p.11).

Les règles administratives deviennent donc aussi un frein à la solidarité. Exigeant des rapports entre plusieurs corps professionnels et une certaine rapidité d'action, elles sont à l'origine des conflits de rôle engendrés par les transformations structurelles. L'équipe de travail comprend différents niveaux d'expérience et la création d'un lien de confiance est plus lente, ce qui semble occasionner un manque de collaboration. La gestion de soins est aussi en cause. Carpentier-Roy (1991) ajoute enfin que la communication verticale est de moins en moins efficace et souvent, les conflits relationnels doivent être gérés directement sur le terrain par le personnel soignant.

Compte tenu des nombreux niveaux organisationnels concernés par la communication et la santé dans le monde postmoderne, nous aurions pu prendre diverses avenues pour l'étude exploratoire que nous souhaitons mener. En effet, nous aurions pu explorer la dimension méso organisationnelle du département et de l'équipe composés des divers intervenants comme entité collective de pratiques professionnelles par le biais de *l'espace de parole* tel que proposé par les travaux de Pauchant (2002, 2004) sur le sens du travail, les valeurs et l'éthique dans le réseau de la santé.

Compte tenu de la chronicité du changement, nous aurions pu également développer notre propos en étudiant les écrits récents sur le changement. Par exemple, les pratiques collectives telles que soulignées par Mahy (2009).

C'est en tant qu'acte social (Salzmann, 2000) de cocréation (Nonoka, Toyama et Scharmer, 2001) que les pratiques sont comprises. En tant que telles, elles sont susceptibles d'agir comme vecteur d'apprentissage organisationnel, donnant à voir les bribes d'une culture multiple aux contours mouvants. Cet acte social de création et de management est un acte de création de connaissances (Nonoka et Takeuchi, 1995), traversé par des épisodes de conversations, d'échanges et de dialogues de toutes sortes (Mahy, 2009, p.227).

Nous nous inscrivons plutôt dans la démarche des chercheurs de la communication au travail qui étudient les situations cliniques et les pratiques hospitalières (Cosnier et al., 1993) tout en nous en démarquant. D'abord centrées sur l'approche interactionniste des relations de soins, leurs recherches se sont poursuivies dans des démarches empiriques et théoriques sur le langage au travail où sont reliées communication, cognition et action à partir des approches de la sémiologie et de la sociolinguistique. Leur apport est inestimable pour situer le caractère fondateur de la communication, notamment dans les relations de services. « Indispensable à l'effectuation de la plupart des activités de travail, la communication va parfois jusqu'à en être constitutive. Tous les terrains d'observation en témoignent » (Borzeix, Fraenkel et al., 2001, 2005 p.22). En effet, la communication constitue le cœur des relations de service, comme le démontre également les travaux de Brouillet et al (1999).

En s'attachant à des détails significatifs, les analyses de conversation ont éclairé des aspects méconnus de ces professions : comment se passe, par exemple, pour un médecin, le travail interactionnel d'annoncer à un malade ou à sa famille des mauvaises nouvelles : comment s'y prend-il? Dans quel cadre de participation? (Brouillet, Richard et Lussier, 1999 p.40).

1.3 LE CHANGEMENT, TEL QUE VÉCU PAR LES INDIVIDUS, DANS LEUR MILIEU DE TRAVAIL

D'abord, la réforme du système de santé impose des difficultés morales et émotionnelles où le manque de reconnaissance et d'appui se fait sentir (Mathieu, 2009). L'ambiguïté de rôle, la mise en péril de l'autonomie professionnelle et le manque de soutien social comptent parmi les facteurs d'augmentation de la détresse psychologique du personnel infirmier (Vézina, 1992). Le rôle se définit par la connaissance des limites du métier et par la clarté de la tâche qui doit être accomplie. Il dépend des instructions reçues pour accomplir le travail et est

source d'anxiété et d'inquiétude lorsque celles-ci ne sont pas claires. L'autonomie professionnelle repose sur la latitude décisionnelle dont dispose le personnel infirmier et de sa capacité à en faire usage. L'instabilité de la tâche amène une confusion dans les décisions à prendre et exige une réinterprétation constante du travail à effectuer. Les différentes tâches à réaliser, sous l'ère de la nouvelle philosophie de soins établie par la réforme, mène de plus en plus à un isolement du personnel infirmier et nuit à l'établissement du soutien social (Vézina, 1992).

Toujours selon Vézina (1992), l'augmentation de la charge mentale de travail, qui comporte deux niveaux, devient plus lourde. Au premier niveau, la surcharge quantitative fait référence au nombre croissant de tâches à effectuer par rapport à des éléments réducteurs tels le manque de temps ou le manque de ressource. Au deuxième niveau, la surcharge qualitative fait référence à l'augmentation de la difficulté d'exécution d'une tâche ou à sa complexité. L'énumération des facteurs de détresse psychologique représente également des indicateurs du risque d'épuisement professionnel chez le personnel infirmier. Il semble d'ailleurs, que cette catégorie d'emploi soit très vulnérable à ce type de pathologie.

Il appert que la manifestation d'épuisement touche avant tout l'individu dont le travail est orienté vers la relation d'aide. [...] Les situations inhérentes à la prestation des soins infirmiers peuvent entraîner des difficultés, des frustrations, voire des agressions pouvant menacer la santé des infirmières (Duquette et al., 1993 p.44).

Le personnel infirmier privilégie un rapport complet et global avec ses patients tandis que les éléments de gestion en place préconisent l'économie et la rationalisation des soins. Ces éléments, qui peuvent être considérés comme de véritables enjeux de la profession, sont en décalage avec le rôle premier que se donne le personnel infirmier et accroissent le sentiment de détresse auquel ils font face. L'individu est ainsi évacué de son travail et le personnel infirmier est en proie à une blessure identitaire et une fragilisation de son estime de soi (Carpentier-Roy, 2000).

Chaque situation met en scène des acteurs qui interagissent ensemble. Pour le personnel infirmier, nous avons exposé que l'individualisation de la profession impose une dynamique

plus compétitive à l'intérieur du corps professionnel causant l'envenimement des relations. « En tant qu'acteur, chacun possède une certaine définition de la situation dans laquelle il est plongé » (Dubar, 2006 p.11). Les membres du personnel infirmier interprètent donc chacun à leur manière les interactions qu'ils ont entre eux, avec les médecins ou encore avec les patients. Ces interactions leur permettent de construire graduellement leur propre réalité et d'affirmer leur identité. « L'identité, c'est la différence par rapport aux autres, c'est la singularité du sujet et cette singularité se construit, se conforte, se reconstruit, sur les lieux de travail où on peut se définir comme sujet et être reconnu comme tel » (Carpentier-Roy, 1991, p.94).

Les membres du personnel infirmier construisent donc leur identité et donne un sens à leur travail grâce aux relations qu'ils entretiennent. « La relation interpersonnelle peut apparaître comme première par rapport à la construction de la personnalité. En tout cas, elle constitue le contexte dans lequel cette dernière peut se développer » (Marc et Picard, 2008 p.51). La construction du sens et de la manière d'être du personnel infirmier passera donc par des stratégies identitaires comme le partage d'expériences et la communication. Elle intégrera la mise en confrontation des idées et nécessitera le regard des autres afin d'évoluer (Carpentier-Roy, 1991).

Les dimensions de la souffrance et du plaisir rattachées à l'approche de la psychodynamique du travail pourront servir à l'exposition plus approfondie des éléments principaux de cette recherche. Des malaises comme les atteintes à la santé mentale et les difficultés communicationnelles issues d'une organisation du travail réformée interpellent aussi notre regard sur ces stratégies employées par le personnel infirmier, afin de reforcer son identité professionnelle et de donner un sens à sa pratique quotidienne auprès des patients, devenus des clients. Dans la foulée « des réflexions sur les enjeux du développement de la recherche en communication sous l'angle des relations interpersonnelles et de la santé » Chantal Arousseau (2010) signale que :

Les recherches en communication nous semblent nécessaires pour réhabiliter la souffrance propre aux lacunes relationnelles. Qui manquant d'amour, n'a pas mal dans sa chair? Ne devient pas confus dans ses relations? (...) Réduire les relations humaines, les aseptiser, les virtualiser pour se protéger des risques de contagion (physique ou morale) soulève des questionnements intéressants pour des chercheuses et chercheurs en communication (Arousseau, 2010 p.264).

En effet, ne retrouve-t-on pas ce jeu de stratégies spécifiquement dans les interactions ou la communication en face en face? Par exemple, la façon dont peut être perçu subjectivement le message par le récepteur peut créer une distorsion que Bateson nomme « injonction paradoxale » (Bateson, 1977). Ce concept présente la possibilité que le message émis par un interlocuteur puisse paraître incohérent et rende son récepteur angoissé. Ainsi, comme chacun possède un rapport unique avec la relation dont il fait partie, existe la possibilité d'affecter une partie profonde de l'individu (Bateson, 1977). C'est donc au sein des interactions même qu'émergeront les stratégies que mettra en œuvre l'individu pour se protéger.

1.3.1 Interactions quotidiennes déstabilisées

La culture de performance maintenant établie dans le système de santé amène une individualisation de la pratique infirmière, comme le soulignent Bourbonnais et al. (2000).

La surcharge de travail, les supplantations, le climat de méfiance, ont mené directement à une individualisation de la pratique. Ce sont maintenant les performances individuelles telles que la débrouillardise, les compétences, la rapidité d'exécution et d'apprentissage, la confiance en soi qui, d'une certaine façon, priment sur la vie d'équipe et qui en déterminent la dynamique (Bourbonnais et al., 2000 p.15).

Ce contexte hyper performant entraîne les individus à fonctionner dans une réalité où la communication leur fait vivre une certaine souffrance et les amène à vouloir se protéger pour préserver leur santé (Dejours, 2008). C'est là que repose le défi devant lequel le personnel infirmier doit réagir afin de se protéger. En plus des changements au niveau des équipes de travail qui sont dissoutes au nom de l'efficacité organisationnelle, de la perte de certains objectifs communs et de l'individualisation de la profession, le personnel infirmier se voit plongé dans une confusion concernant son rôle réel dans l'organisation de santé. Aujourd'hui, qu'est-ce que veut dire *être* infirmière et *comment* l'être ? Qu'est-ce qui définit l'identité professionnelle d'une infirmière? L'écart entre l'interprétation et l'application des

règles entre chaque institution en plus des conditions de travail qui se détériorent dans le secteur public contribuent à cette perte de sens (Tremblay, 2009). Afin de tenir compte de la situation que se profile actuellement, il faut revoir le rôle de l'infirmière, collectivement et individuellement, et redéfinir le sens de la pratique (Sarrasin, 2009).

Le contexte actuel témoigne de la compétition qui peut s'installer au sein des équipes composées du personnel infirmier. Issue d'une certaine incertitude par rapport à la position qu'ils occupent dans l'institution, cette compétition isole de plus en plus le personnel infirmier, qui protège ce qu'il a réussi à obtenir. À la lumière des précédentes observations, il est intéressant d'avoir recours aux concepts de travail réel et de travail prescrit de Christophe Dejours (1993, 2008) en psychodynamique du travail. Les relations au travail peuvent être vues comme la source d'une manifestation de plaisir ou de souffrance. Entre le travail prescrit correspondant aux tâches obligées par l'organisation et le travail réel, signifiant la façon dont les individus accomplissent ces obligations, peut se glisser un écart. Ce dernier peut être qualifié de « réinterprétation constante » de la tâche à effectuer en fonction du temps et des ressources disponibles pour l'acquitter. Pour ce faire, les individus développeront des stratégies de défense, construction de l'imaginaire humain, visant « la protection contre la souffrance psychique engendrée par les effets délétères du travail sur la santé mentale » (Dejours, 2008 p.21). Ces stratégies pourront être collectives ou individuelles et auront pour but d'agir sur la relation subjective qu'entretiennent les travailleurs avec leur métier.

D'un autre côté, le travail est aussi source de développement et de progrès. Ainsi, « travailler, ce n'est pas uniquement produire, c'est aussi se transformer » (Dejours, 2009, p.62). Le dépassement de soi et l'apprentissage font partie du travail et c'est de cette manière que le plaisir peut en émaner. Selon Davezies (1993), le travail est un savoir-faire qui requiert de l'intelligence pour interpréter les ordres, les improviser ou les tricher. L'individu n'est pas une machine; c'est un être qui vit à travers ses relations et ses expériences sociales, dont le travail fait partie. La possibilité du plaisir au travail s'inscrit alors à travers la mobilisation et la confiance que l'individu portera envers les relations établies et les normes qui en découlent, comme le souligne Louise Saint-Arnaud (2009). « Ce sont les supérieurs, les clients, les collègues, ceux qui connaissent notre travail et ceux qui en sont les utilisateurs,

qui sont en mesure de porter un jugement sur le travail accompli et ainsi donner un sens à nos efforts et à notre investissement » (Saint-Arnaud, 2009 p.2). Ce jugement relève précisément de la reconnaissance. « Cette reconnaissance par les pairs permet à la personne de saisir en quoi elle est à la fois semblable et unique par rapport à l'autre, offrant ainsi une solide assise à la conquête de l'identité et de la santé mentale » (Saint-Arnaud, 2009 p.3). Les relations avec les autres et leur regard sur le travail accompli sont donc primordiaux.

Les stratégies défensives et la recherche du plaisir au travail témoigne d'un désir de stabilité et d'équilibre psychique de l'individu (Dejours, 2008). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) propose une définition de la santé mentale qui souligne « l'état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (Organisation mondiale de la Santé, 2011). Selon Estelle Morin (2008), ce désir illustre également la quête de sens qui habite les individus afin d'établir une cohérence entre les sphères privée et publique de leur vie, et donc d'atteindre cet état de bien-être (Morin, 2008). « L'individu a besoin d'une histoire, d'un système de croyances qui lui permet de comprendre et d'interpréter son expérience à travers les événements de sa vie, pour qu'il y trouve du sens » (Morin, 2008 p.4). Cette quête de sens s'applique également à la sphère du travail, qui occupe une grande partie de la vie des individus de nos jours. Ainsi, les individus chercheront à être bien dans leur vie privée comme au travail.

Le travail vécu peut également traduire cette quête. Il englobe à la fois le travail réel et le travail prescrit et rend compte du sens subjectif que donne la personne à son travail puisque c'est de la confrontation entre ces deux formes de travail qu'émerge une perception subjective et variable de la réalité pour la personne (Avarguez, 2009).

Le travail vécu dépasse largement le cadre de l'activité car il est aussi l'interprétation globale qu'un sujet se fait, à un moment donné de son existence, du travail qu'il fait, du travail qu'il a, et de ce que fait son travail au regard de son histoire sociale et personnelle. C'est du travail vécu que résulte, y compris postérieurement à sa réalisation, l'importance subjective et sociale du travail, sa valeur et son sens pour le sujet (Avarguez, 2009 p.2).

Le travail, en tant qu'expérience sociale, suppose également que l'individu procède à une ponctuation des faits dans ses interactions avec les autres (Watzlawick et al., 1972). Cette ponctuation s'anime à travers les interactions et réfère à « la manière dont les partenaires décodent et découpent leur communication [...] et celle-ci est essentielle à la poursuite active de l'interaction et à la définition de la nature de la relation » (Brouillet et Deaudelin, 1994 p.446). Chaque individu possède des référents sociaux ou encore culturels qui serviront à cette ponctuation et les amèneront à définir la relation dans laquelle ils sont impliqués.

Nous utilisons ici deux regards différents pour aborder un même objet. Nous souhaitons ainsi approcher l'expérience vécue au quotidien par le personnel infirmier à partir d'un regard pluriel s'appuyant sur une approche systémique de la communication et sur la psychodynamique du travail. Le concept de *médiation* peut éclairer le couplage théorique fait entre ces deux points de vue conceptuels en tant qu'il permet l'arrimage entre deux idées « et facilite la production d'un monde commun » (Faget, 2006 p.51). Nous employons ici la médiation au sens où elle est présentée dans le dictionnaire en tant qu'elle réfère au « fait de servir d'intermédiaire, en particulier dans la communication » (Larousse, <en ligne>).

Il est dit de la construction identitaire qu'elle reste primordiale dans l'établissement d'un équilibre psychique stable (Marc, 2008). L'identité passe inévitablement par les interactions car elle est d'abord une construction sociale où l'individu adopte des comportements et des schèmes de pensée par rapport à ceux à qui il s'identifie (Ruano-Borbalan, 1998). Par ailleurs, « le travail demeure un facteur d'intégration et de valorisation sociale et occupe une place de premier plan dans la construction de l'identité » (Vézina, 1995 p.1). Or, « lorsque les contraintes organisationnelles sont trop pesantes, les conséquences en matière de souffrance psychique peuvent être non négligeables » (Estryn-Behar, 1997 p.5).

C'est à partir de l'émergence de cette souffrance que peuvent apparaître différentes stratégies défensives et identitaires afin que les individus puissent se protéger contre les effets néfastes de cette souffrance, comme par exemple, l'épuisement professionnel (Mathieu, 2009). Celles-ci seront médiées, en ce sens que c'est à travers les interactions et les routines communicationnelles du personnel qu'elles pourront se manifester et ainsi agir, par le fait

même, sur leur construction identitaire. Ce jeu d'équilibre des stratégies identitaires et défensives sera, en conséquence, assuré par les interactions.

Si la communication permet de construire l'identité, *a fortiori*, elle permet de la reconstruire. Un enjeu global se dessine alors dans le milieu hospitalier : dans un contexte de travail performant et surchargé, les individus placés dans un tel milieu, hiérarchisé et sans directive claire, sont confrontés à entretenir une identité professionnelle qui constamment doit s'ajuster dans un équilibre de vie sans souffrance et où le plaisir au travail est possible. Cet enjeu nous mène à nous interroger :

Quelles sont les stratégies identitaires et défensives utilisées par le personnel infirmier, à travers ses interactions quotidiennes, qui favorisent son bien-être dans un département de soins intensifs d'un hôpital urbain?

1.4 DIMENSIONS À L'ÉTUDE

L'apport des auteurs Edmond Marc et Dominique Picard (2008) nous permet d'exposer les différentes dimensions utiles à cette recherche. D'abord, il convient d'adopter leur regard sur la communication interpersonnelle qu'ils considèrent « comme un ensemble interactif de démarches stratégiques » (Marc et Picard, 2008 p.76). Ainsi, cet ensemble repose sur des stratégies relationnelles et identitaires. Tel qu'ils l'entendent, dans une perspective psychosociologique, la stratégie relationnelle s'élabore afin de considérer l'autre dans la relation et de tenir compte de ses objectifs puisque la communication ne peut s'établir sans une certaine relation entre deux personnes. Ce type de stratégie inclut l'ensemble des jeux de politesse et les rituels provenant de la culture, de la société ou du milieu de travail. La stratégie identitaire quant à elle se définit comme « cette ligne de conduite adoptée dans la relation et dont la visée est d'affirmer une certaine conscience de soi » (Marc et Picard, 2008 p.93). C'est avec le concept de la stratégie identitaire que nous effectuons ce pont vers l'identité. Désirant nous pencher sur l'intériorité de nos sujets, il nous permettra d'accéder à des éléments de comportements ou d'attitudes permettant aux sujets de s'affirmer.

Du côté de la psychodynamique du travail, Christophe Dejours (2009) a défini la stratégie défensive comme fédérant « les efforts de tous pour se protéger des effets déstabilisateurs pour chacun de la confrontation à des risques qui sont, pour une part, les mêmes pour tous les membres du collectif de travail » (Dejours, 2009 p.57). L'utilisation du concept de la stratégie défensive s'effectuera en cohérence avec la stratégie identitaire, faisant écho à la notion d'identité qui nous intéresse. Il est également important de comprendre les *stratégies défensives* et *identitaires* comme étant émergentes dans les interactions du personnel infirmier.

Finalement, le concept du *bien-être* peut être envisagé sous les deux volets que présentent André Savoie et al. (2010 p.32) : « Le bien-être psychologique au travail se présente sous deux volets, eudémonique – à savoir le plaisir de se réaliser, de s'accomplir, de s'actualiser – et hédonique – qui réfère à la poursuite du plaisir immédiat et à l'évitement de la souffrance ».

1.5 OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'analyse de la situation actuelle du personnel infirmier et la présentation de la question de recherche nous ont permis de définir l'objectif de cette recherche qui consiste à découvrir les stratégies identitaires et défensives, médiées par la communication, qui participent à une transformation visant l'établissement d'un bien-être pour le personnel infirmier et donc de saisir le vécu communicationnel et identitaire de ce personnel. L'exploration qui sera faite nous permettra également de tracer le portrait actuel de la pratique infirmière, suite aux transformations qu'elle a subie. Nous orientons en effet notre recherche vers une démarche exploratoire, utilisant la méthode du récit de vie.

1.6 INTÉRÊT DE LA RECHERCHE

Considérant les grands changements organisationnels du système de santé, l'évolution démographique du Québec, la pénurie de personnel et le vieillissement de la population, le personnel infirmier aura de nombreux défis à relever. Le roulement de personnel et la rétention des employés demeurent également de grands enjeux dans le domaine infirmier.

Il est donc pertinent de vouloir explorer les rouages de la profession, qui sont complexes et multiples en se servant d'une perspective qui s'appuie sur plusieurs visions, telles que les approches¹ psychosociologiques. Ainsi, sous l'angle interactif particulier que proposent ces approches, nous pourrions puiser des notions appartenant à la psychodynamique du travail et de l'organisation du travail telle que définie par Dejours (1993, 2008), et y joindre une vision psychosociologique du changement (Tessier, 1992, Rhéaume, 2006) ainsi qu'une vision systémique des relations interpersonnelles (Watzlawick, 1972, Bateson 1977), afin d'exposer un phénomène d'actualité.

La psychosociologie, comme « science charnière », laisse une place prépondérante à l'intrapsychique chez l'individu, les interactions au quotidien et l'expérience vécue » (Maisonneuve, 2000 p.16). Ces trois dimensions, partagées par différents auteurs rattachés à ces approches, nous permettront donc ce regard sur la communication et les relations interpersonnelles, et sur le sens accordé par la personne à son travail.

Le domaine propre de la psychosociologie apparaît donc essentiellement comme celui de **l'interaction** ; interaction des processus sociaux et psychologiques au niveau des conduites concrètes; interaction des personnes et des groupes dans le cadre de la vie quotidienne; jonction aussi entre l'approche objective et celle du sens vécu, au niveau du ou des agents en situation (Maisonneuve, 2000 p.20).

Par ailleurs, « la cohérence interne de la psychosociologie n'exclut pas la diversité de ses orientations qui diffèrent en effet parfois profondément, tant au point de vue des thèmes et

¹ « Approches » au sens entendu par Renald Legendre (1993) : façon générale de percevoir, d'étudier une question, d'aborder un projet, de résoudre un problème ou d'atteindre une finalité. L'approche est à la perception ce que la stratégie est à l'action. L'approche est regard, vision, façon d'aborder; la stratégie est une façon d'investiguer d'étudier (Legendre, 1993 p.76)

des préoccupations théoriques que de celui des méthodes et des visées » (Barus-Michel et al., 2006 p.10). Ainsi, nous pourrions essayer de comprendre comment les infirmières réapprennent à forger leur identité et à donner un sens à une profession qui s'est transfigurée depuis les années 1990.

La présentation de ce premier chapitre nous a permis de mettre en lumière les différents enjeux et facettes du problème que nous voulons explorer en exposant les difficultés auxquelles sont confrontés les membres du personnel infirmier. Dans le cadre de référence seront présentées les différentes assises théoriques appuyant notre recherche.

Le champ de la psychosociologie est celui des groupes (spontanés ou durables), des organisations (naissantes ou installées), autrement dit de tous les ensembles concrets dans lesquels est pris l'individu et qui médiatisent sa vie personnelle à la collectivité. (Eugène Enriquez, 1992)

CHAPITRE II

CADRE DE RÉFÉRENCE

Nous aborderons ce chapitre à partir de trois points de vue différents appartenant au champ de la psychosociologie. L'action de changement au sein des organisations sera entre autres appuyée par les apports des Tessier, Rhéaume, et de Gaulejac. Nous aborderons les interactions quotidiennes du personnel infirmier grâce à la perspective systémique et interactionniste soutenue entre autres par Goffman, Watzlawick et Bateson et nous utiliserons également des éléments identitaires et relationnels issus des travaux de Marc et Picard. Finalement, la thématique du travail et de ses spécificités pour l'individu sera abordée grâce à la psychodynamique du travail, notamment par les travaux de Christophe Dejours. Aux termes de cet étayage, il nous sera possible d'établir le cadre conceptuel de cette recherche.

2.1 LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL ET DÉSTABILISATION

Rappelons d'abord le choix de ne pas concentrer notre projet sur le contexte méso organisationnel compte tenu de la nature institutionnelle et plus rigide du système de santé qui nous permet peu d'utiliser le regard de l'innovation ou de l'apprentissage (Weick, 1969, Senge, 1991, Pauchant, 1997, 2002, Giroux, 1998, Scharmer, 2007). Nous optons plutôt pour un regard en accord avec la réalité qui sera rencontrée sur le terrain. L'organisation, dans un contexte de changements organisationnels planifiés, répétés et imposés, semble plutôt la manière la plus adéquate de décrire le milieu de la santé actuel.

2.1.1 Le changement planifié

Le changement organisationnel planifié correspond à « un effort délibéré pour améliorer le fonctionnement des organisations » (Tessier, 1992 p.159). Dans l'explication fournie par Roger Tessier (1992), cet effort a pour but d'optimiser l'utilisation et l'exploitation des ressources d'une organisation à partir d'initiatives fondées sur des objectifs viables et prioritaires. Ces initiatives seront implantées selon une logique temporelle planifiée et viseront à modifier soit des comportements, soit des idées chez les récepteurs du changement. Rhéaume (2006) ajoute également la possibilité que « le changement intentionnel se produit au terme d'un processus rationnel, celui de la résolution de problème » (Rhéaume, 2006 p.68).

Dès 1948, Kurt Lewin a décrit comment les individus eux-mêmes vivent les changements. Il proposera une explication en trois phases, reprise par Tessier (1992), où au départ, l'individu cristallise en lui certaines valeurs et comportements qui lui assurent une certaine logique de réflexion et d'action. La deuxième phase sera caractérisée par la dé cristallisation de cet équilibre où l'individu doit s'ouvrir à une nouvelle logique, la comprendre et adapter son comportement à cette dernière. Finalement, l'individu recristallisera ce nouveau savoir sans retomber dans ce qu'il était ou faisait avant (Tessier, 1992).

Ce processus ne se fait pas sans faille et nécessite l'implication totale de la personne dans le changement. Lewin a également relevé différents facteurs qui empêchent chez l'individu une recristallisation et nomme ainsi la résistance au changement. À la base, chaque individu se réfère à une réalité qu'il considère comme vérité et provenant du groupe sociétal auquel il appartient (Lewin, 1948 dans Tessier, 1992). Ainsi, la réalité d'un infirmier ou d'un avocat ne sera pas la même d'un point de vue externe, mais représente le monde auquel chacun appartient et leur donne « les sentiments dominants de l'atmosphère sociale qui les entoure » (Lewin, 1948 dans Tessier, 1992 p.159). Si l'individu est soumis à un changement contre son gré et qui ne correspond plus aux schèmes proposés dans sa réalité, il pourra réagir de façon hostile. De plus, si le changement n'a pas une longue visée et ne semble pas représenter une modification durable, il ne sera pas viable pour la personne, ni pour l'organisation (Lewin, 1948 dans Tessier, 1992).

Comme le monde organisationnel évolue rapidement depuis le siècle dernier, une nouvelle conception du travailleur semble émerger pour renverser cette idée que les individus s'adaptent parfois moins au changement. On propose maintenant que les individus soient eux-mêmes « capables de fonctionner à l'intérieur d'une organisation en changement continu » (Tessier, 1992 p.162). On accorde ainsi une grande importance au changement qui devient une valeur de base du monde organisationnel. De plus, « la vitesse de réaction stratégique est devenue un facteur clé de création et de maintien d'un avantage concurrentiel pour une entreprise évoluant dans des environnements en mutation rapide » (Quy, 2001, Staudenmayer et al., 2002 dans Vas, 2005 [en ligne]).

2.1.2 L'organisation « floue »

De nombreuses définitions de l'organisation existent, bien que leurs composantes tendent vers une définition qu'André Lévy (2006) présente comme « un ensemble de personnes et de groupes associés en vue de la réalisation d'objectifs de production, de biens, ou de services [...], et mettant donc en commun leurs ressources et leurs moyens » (Lévy, 2006 p.204). L'organisation d'aujourd'hui cependant, est influencée par la sphère économique, phénomène qui caractérise également notre époque.

Le domaine hospitalier urbain adhère à cette idée concurrentielle en ce sens où la maximisation des ressources dans une perspective économique de productivité évolue rapidement avec la réforme afin d'atteindre cet objectif de rentabilité (Letourny, 2008). Par contre, une certaine cohérence doit minimalement être respectée dans le projet de changement afin de ne pas mener le personnel vers la non adhésion au projet. C'est d'ailleurs ce que Minvielle et Contandriopoulos (2004) ont noté lors d'une étude des changements importants survenus dans le système de santé français :

Pour que le changement réussisse, il faut qu'il y ait cohérence entre les principes, les transformations structurelles et les pratiques émergentes. Or, entre les grandes orientations et la déclinaison opérationnelle se situe un mouvement d'aller-retour dans lequel peuvent se glisser des zones d'ombre (Minvielle et Contandriopoulos, 2004 p.48).

Dans le même ordre d'idée, Vincent de Gaulejac (2005) ajoute que

L'organisation du travail devient virtuelle. Dans les structures réticulaires et polyfonctionnelles, chacun ne sait plus très bien qui fait quoi, qui est qui, où est qui... Dans un monde de réorganisation permanente où la flexibilité devient la norme dominante, la notion même d'organisation, comme aménagement assurant la cohérence et la stabilité d'un ensemble, devient *floue* (De Gaulejac, 2005 p.162).

Le travail du personnel infirmier qui œuvre plus particulièrement au département des soins intensifs, peut démontrer la perte de clarté qui se manifeste lorsque l'adhésion entre le travail effectué par le personnel et les visées organisationnelles ne se fait plus. « Alors que la philosophie infirmière dominante privilégie un rapport global et qualitatif avec la personne malade, les instruments de gestion vont dans le sens contraire, vers la comptabilisation parcellaire et quantitative » (Carpentier-Roy, 1991 p.11). Aux soins intensifs, une certaine maîtrise technique rigide et structurée est nécessaire pour le bon fonctionnement des outils de traitement. Or, l'état des patients qui s'y trouvent exige également une part de créativité et d'initiative dans la pratique infirmière qui semble s'établir de moins en moins bien, vu l'éclatement des professions et le roulement de personnel constant occasionné par la réforme (Carpentier-Roy, 1991). Sur ce point, Madeleine Estryn-Behar (1997) ajoute que

La récupération de certains actes de nursing par d'autres catégories professionnelles réalisant un travail limité, telles que les inhalothérapeutes, remet en question leur conception commune d'une démarche où le travail infirmier est nécessairement assujéti au malade dans sa globalité. Non seulement leur savoir faire est attaqué, mais aussi la qualité de leur travail comme source de plaisir (Estryn-Behar, 1997 p.15).

2.1.3 *Le sens du travail*

D'autre part, le contexte de changements continuels dans lequel évolue maintenant le domaine de la santé nous amène à nous questionner sur la place qu'occupe le travail dans la société. Travailler, c'est transformer le monde et par conséquent, c'est se transformer soi-même (Dejours, 2009). La création de sens découle de cette activité. Il faut comprendre les fondements individuels qui poussent les personnes à rechercher ce sens (Morin, 1996).

Le premier aspect du mot « sens », à savoir la signification, implique la compréhension ou la connaissance d'un objet, en l'occurrence le travail. Le deuxième aspect du mot « sens », à savoir ce qui existe dans la pensée comme but ou dessein, fait appel aux raisons pour lesquelles un individu travaille, à ce qu'il entend accomplir ou réaliser par son travail (Morin, 1996 p.257).

S'interroger sur la recherche de sens au travail revient donc à questionner la centralité du travail dans la vie des individus et comprendre l'importance qui y est portée. L'histoire de l'humanité a constamment été de près ou de loin reliée au travail, donnant le loisir à l'individu de trouver une appartenance et une activité à faire pour atteindre un certain but dans la vie. De nos jours, le travail est garant d'un équilibre psychique adéquat et est devenu une valeur importante au yeux de la société (Morin, 1996). Jean-François Chanlat ajoute aussi que le travail est encadré par l'organisation laissant émerger pour l'humain quantité de symboles. « Cette symbolique est marquée par une tension caractéristique de nos sociétés industrialisées entre, d'une part, la raison économique qui rétrécit le sens accordé au travail, et d'autre part, l'existence humaine à la recherche continuelle de signification » (Chanlat, 1990 p.11).

Vincent de Gaulejac (2005) adopte une posture critique face à l'évolution des organisations d'aujourd'hui et démontre certains effets néfastes d'une culture de productivité et d'amélioration constante. La performance n'est pas, en soi, une mauvaise chose. C'est lorsque des difficultés apparaissent qu'elle devient un enjeu sur la santé et la communication des individus.

L'amélioration de la performance, la responsabilisation des salariés, l'adaptabilité aux transformations de l'environnement ne sont pas, a priori, négatives. À condition de ne pas évacuer les problèmes que ces transformations engendrent comme s'ils n'existaient pas, en considérant ceux qui les incarnent comme des "inadaptés", des "récalcitrants", des "archaïques" ou des "risquophobes" (De Gaulejac, 2005 p.207).

Lorsque la performance évacue la subjectivité dans l'expertise humaine et que différents termes abstraits créent un décalage dans la compréhension des individus sur les phénomènes néfastes qui les entourent, alors la quête de performance qui s'instaure dans l'organisation ne représente plus la ressource nécessaire aux individus afin qu'ils trouvent un sens à ce qu'ils font. « Plutôt que de dénoncer la violence d'un système économique injuste et destructeur, chacun se débat dans la solitude face à des conditions de travail qui ne cessent de se dégrader, dans un contexte où des droits sociaux sont désignés comme des entraves à la performance » (De Gaulejac, 2005 p.223). La centralité du travail, en tant que lien social dans la vie des

individus, construit et cristallise leur identité et devient une nécessité pour la santé mentale et l'actualisation des désirs des gens (Carpentier-Roy, 2000).

L'efficacité organisationnelle et la recherche de productivité sont des phénomènes qui semblent intervenir dans la création satisfaisante ou non du sens que l'on peut donner au travail. Les restructurations continues des organisations ainsi que l'avènement de la technologie contribuent à faire apparaître différentes pathologies liées au monde du travail tels la boulomanie ou encore le déni de la santé (Pauchant, 1996). Les liens entre les individus sont constamment déstabilisés et amènent peur et anxiété. La communication entre le personnel infirmier et les médecins par exemple, subit les conséquences de rapports affectifs troublés et est empreinte d'angoisse. Les échanges étant limités par un désir avide de progrès au niveau économique, la compétition tend à s'installer plutôt que la coopération à l'intérieur des organisations, ce qui fait place à une pression constante contribuant à l'apparition de la souffrance mentale au travail (Lacoste, 2001).

2.2 COMMUNICATION ET INTERACTIONS QUOTIDIENNES

Comme nous l'avons suggéré dans le chapitre premier, la communication, où s'inscrivent les interactions, constitue le terreau d'où émergent les différentes stratégies utilisées par le personnel infirmier. Des concepts associés à la systémique nous permettent cette réflexion.

2.2.1 *L'apport systémique*

Alex Mucchielli (2004) parle de la notion de système en tant qu'un arrière-plan où chaque communication s'inscrit et qui fournit les prémisses par rapport au sens que prend chaque communication. Cela signifie que toute communication s'inscrit dans une situation particulière et en comprend les éléments qui la définissent. De plus, selon Watzlawick et al. (1972), « un phénomène demeure incompréhensible tant que le champ d'observation n'est pas suffisamment large pour qu'y soit inclus le contexte dans lequel ledit phénomène s'inscrit » (Watzlawick et al., 1972 p.15). La systémique propose de voir la communication

comme modèle plutôt que comme schéma théorique. « Ce qui prime, c'est de concevoir la communication comme un processus complexe et dynamique » (Marc et Picard, 2008 p.70).

Gregory Bateson et les travaux issus de l'école de Palo Alto ont divisé la communication en deux éléments, soit le contenu et la relation que l'on peut traduire par un message transmis et le rapport entre deux acteurs (Brouillet et Deaudelin, 1994). Ces acteurs sont les personnes mises en présence dans la relation, qu'on considère comme interlocuteurs. L'interprétation des messages reçus par chacun construit le sens de la relation et il y a négociation entre les interlocuteurs par les rétroactions sur ce sens qui se développe tout au long de l'interaction. Cette construction de sens ne peut avoir lieu sans s'inscrire dans un certain contexte. Porteur de normes et de règles, et s'inscrivant dans le cadre d'une institution ou d'une culture, chaque individu peut être influencé par une situation selon la manière dont il la perçoit. L'homme construit sa société et la société construit par le fait même l'humain, puisqu'une interrelation s'établit continuellement entre un contexte et un acteur (Bateson, 1977). La communication englobe donc l'ensemble des interactions qui s'établissent entre les individus entre eux et les individus et leur environnement.

Dans « Vers une écologie de l'esprit », Bateson (1977) poursuit une analyse compréhensive et profonde du concept de soi en relation complémentaire avec un système plus grand et englobant, dans le cadre d'une étude sur les Alcooliques Anonymes. Il expose alors l'existence de contraintes auxquelles l'individu s'adapte et il se développera dans l'optique où sa réponse aux différentes contraintes est appropriée. « D'un point de vue cybernétique, « ma » relation avec un système plus vaste qui m'entoure et comprend d'autres choses et d'autres individus sera différente de « ta » relation avec un système analogue qui t'entoure » (Bateson, 1977 p.291).

La vision de la communication que nous offre la systémique, en cohérence avec la perspective psychosociologique, ouvre la voie à l'intériorité du sujet et place la relation au centre de la construction de sa représentation de l'environnement. Watzlawick et al. (1972) souligne l'importance de la relation pour l'individu en nous rappelant que la communication constitue un besoin humain afin qu'un individu parvienne à *la conscience de lui-même*, c'est-

à-dire que pour se comprendre lui-même, l'individu doit confronter ses idées avec autrui (Watzlawick et al., 1972).

De plus, l'axiomatique proposée par Watzlawick et al. (1972) et confirmée par les travaux de l'École de Palo Alto, permet de comprendre comment sont régies les normes communicationnelles et définit la dynamique relationnelle qui s'établie entre les individus. Ceci signifie qu'une influence réciproque survient entre ces deux individus et la relation implique donc un rapport de place par rapport à l'analyse de la représentation de soi. Le premier axiome, par ailleurs, rappelle qu'« on ne peut pas ne pas communiquer » (Watzlawick et al., 1972 p.46). Ainsi, le sens de la relation se construit au fil des interactions puisque « tout comportement a une valeur communicative, car tout comportement est susceptible de prendre sens aux yeux d'un observateur » (Marc et Picard, 2008 p.64).

Ainsi, l'apport de ces concepts en systémique démontre le caractère fondamental de la communication englobant les rapports des individus et nous permet d'établir une cohérence entre les différents éléments de cette recherche. Le changement peut être considéré en tant que contexte ayant des impacts sur les différentes interactions qui peuvent avoir lieu au travail et qui fragilisent les individus au plan de leur santé mentale et de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. Dans la perspective que nous abordons, les interactions sont au cœur de la communication et de là émergent les relations qui s'établissent au travail.

2.2.2 Les interactions fragiles

Plus précisément, il convient de décrire la communication au travail (Lacoste, 2001, Richard, 2005). Tel que décrit par Michèle Lacoste (2001), ce concept revêt différentes formes, comme le langage verbal ou l'écriture. Cette communication englobe tous les éléments qui composent l'organisation comme sa culture, ses normes, ou le contenu des tâches qui y sont rattachées. Ce sont ces éléments qui nous permettent de la prendre totalement en compte et de saisir sa complexité. La communication n'est pas que support au travail, parfois elle est l'action. Les actes de langage constituent alors les actes de base du travail, tels les moments de négociation des différentes avenues d'un projet. La communication sert de support aux actes lorsqu'elle permet de coordonner différentes équipes qui ont chacune une tâche à

accomplir. Elle ouvre des moments de répit où chacun peut partager ses sentiments par rapport à son travail ou constitue des moments de réunions où l'on prévoit les différentes actions à entreprendre dans le travail. La communication sert également à exprimer sa culture, son appartenance, ou sa supériorité par rapport aux autres. Elle fait découler l'ensemble des règles et normes d'une organisation puisqu'elle est indissociable du travail (Lacoste, 2001).

Il y a inévitablement contact et communication entre toutes les personnes qui participent de près ou de loin aux activités du domaine des soins. La planification rigide des activités, imposée par les nombreux changements issus de la réforme, ne s'applique pas toujours adéquatement aux organisations de services, surtout en santé, où les comportements des patients, principaux usagers, ne sont pas prévisibles (Cosnier et al., 1993).

L'interaction étant au cœur même de la relation de soin, il est fondamental d'en observer concrètement les diverses modalités afin de la faire reconnaître comme composante essentielle du métier et comme compétence mise en jeu en permanence par les différents acteurs (Cosnier et al., 1993 p.10).

Le caractère urgent et compétitif introduit par l'organisation du travail dans le domaine des soins amène différents comportements qui peuvent affecter les relations du personnel. Nicole Aubert (2003), dans le « Culte de l'urgence », fait état d'une pathologie qui peut apparaître chez les individus conditionnés à la rapidité et qui ont un sentiment de perte de contrôle sur leur environnement.

L'urgence apparaît dans leur discours comme une nécessité absolue, sans qu'il soit possible de remettre en cause ce qui constitue pour eux comme un postulat de base : tout est urgent, tout doit être effectué dans l'immédiat et, simultanément, tout doit être bien fait (Aubert, 2003 p.153).

Les échanges entre les différents acteurs du domaine de la santé sont teintés par cette culture de l'urgence et donne la possibilité d'émergence de certains phénomènes, surtout au niveau des soins intensifs, où le caractère pressant et nécessaire des soins à prodiguer se fait sentir à chaque instant, et où les relations avec les autres professionnels peuvent être empreintes de violence et dégénérer en conflits ouverts (Estryn-Behar, 1997).

Erving Goffman (1973), dans son utilisation de la métaphore de la théâtralité et de la mise en scène, explique que l'humain se met en spectacle devant les autres et fonctionne grâce à une façade, qui lui permet en quelque sorte, de s'identifier face aux autres et envers lui-même. « La façade a pour fonction de fixer la définition de la situation qui est proposée aux observateurs » (Goffman, 1973 p.29).

Construite dans l'interaction, la face est une chose sociale qui n'est rien d'autre que la personnalisation de la société dans un corps *et* dans une situation. Ce que l'on valorise sous le nom de face chez l'agent est la société, puisque ce à quoi l'on accorde de la valeur n'est jamais que la normalité, c'est-à-dire la conformité aux conventions, donc l'ordre social (Bonicco, 2006 p.36).

Dans cette vision interactionniste, la face agit en tant que jauge sociale et permet à l'individu de s'adapter aux autres et ainsi de gravir l'échelle sociale. Elle lui permet également de préserver son estime de lui-même. L'auteur considère donc l'individu en tant qu'acteur, ayant ainsi un pouvoir sur la mouvance de son existence (Goffman, 1973). Cependant, le contexte urgent et compétitif, qui encourage le personnel infirmier à ne pas perdre la face pour plutôt paraître en contrôle de la situation, devient de plus en plus insupportable (Sarrasin, 2009).

Goffman (1973) introduit également le concept des échanges réparateurs lors de l'écriture de « La mise en scène de la vie quotidienne ». Dans la partie « Les relations en public », il explique que chaque acteur possède une place par rapport à son interlocuteur, un certain territoire qui correspond à l'espace personnel de ce premier. Dans une interaction, les acteurs en présence revendiqueront tour à tour cet espace à travers leurs actes communicationnels et le rôle de l'échange réparateur, comme une excuse ou une justification, sera de neutraliser les effets négatifs qui peuvent survenir (Goffman, 1973). Bonicco (2006) expose également une explication de ce concept, issu d'une étude approfondie des écrits de Goffman.

L'activité réparatrice a pour fonction de transformer un acte offensant en un acte acceptable, en montrant que l'on accorde de la valeur aux règles que l'on n'a bafouées que par accident et en attestant que l'on reconnaît la valeur de l'autre personne (Bonicco, 2006 p.41).

Au quotidien, il s'avère que la possibilité de développer des échanges réparateurs soit parfois plus difficile à engendrer. Cela s'explique à cause d'une fatigue émotionnelle et psychique trop grande pour le personnel infirmier (Estryn-Behar, 1997).

La fatigue et l'irritabilité finissent par ne plus pouvoir être contenues, les réactions de dégoût et d'angoisse deviennent malaisées à masquer, etc. Les sourires professionnels, la gaieté surfaite, la gentillesse forcée sont une mascarade épuisante et inefficace dont l'artifice défensif s'instaure à l'insu du sujet. Il est parfois moins impliquant, et plus rapide, de sourire que de parler (Estryn-Behar, 1997 p.16).

2.2.3 Une ouverture sur l'identité

De nombreuses recherches dans le domaine de la psychosociologie démontrent le fait que l'on s'intéresse aux gens près de nous, partageant la même réalité (Marc et Picard, 2008). Maisonneuve (2000) fait également état du besoin d'un individu de similitude et de partage avec son groupe d'appartenance. Pour ce faire, un processus d'identification entre en ligne de compte. La construction de la personnalité peut se développer grâce à la relation interpersonnelle.

Mead (1963), dans le texte « L'esprit, le soi et la société », présente cette notion en la traitant à partir de l'idée d'imitation. Il faut d'abord retenir que c'est dans l'expérience humaine que se trouve un sens ou une signification. C'est là toute l'importance de l'intériorisation des éléments auxquels l'individu fait constamment face et ce sont dans ces éléments que se trouvent la communication et les interactions avec les autres personnes. La relation dépend donc de la mise en confrontation de différents éléments et de l'élimination de ceux qui ne sont pas en accord avec ce que l'on ressent. Par exemple, le bébé construit une image positive de lui si sa mère lui renvoie une image réconfortante, et voudra s'identifier à elle, l'imiter (Winnicott, 2002).

Mead (1963) présente la communication comme porteuse de sens et formant une matrice qui modélise notre rapport à l'autre. C'est pourquoi il définit la signification comme étant une relation ternaire, « celle qui enchaîne un premier geste – amical ou inamical –, une réponse à ce geste, et l'acte social complet qui en résulte » (Mead, 1963 dans Chaskiel, 2004 p.238). Cette triple relation représente pour le participant la possibilité d'être communiqué et pour

l'interlocuteur l'occasion de produire une réponse adaptée. C'est là qu'entre en jeu ce concept *meadien* de l'Autrui Généralisé, où l'individu prend pleinement conscience de lui quand il accède à l'idée générale que les autres peuvent percevoir de lui, et par le fait même, cela caractérise le « je » (Mead, 1963). Construire sa personnalité revient à construire son identité, découvrir tous les aspects de sa conscience et l'image qui est envoyée à autrui. Les liens affectifs mène l'individu à s'identifier aux autres, à vouloir leur ressembler et ainsi intégrer différents schèmes d'action (Maisonneuve, 2000) « L'identité est une notion éminemment psychosociale. "Mon identité" renvoie au sentiment d'être, au sentiment d'unité et de cohérence de la personne, à ce qui la définit [...]. Mais cette identité "ne peut lui venir que du dehors, c'est-à-dire de la société" (Héritier, 1979 dans De Gaulejac, 2006 p.175). Le Soi se construit dans le regard d'autrui : « C'est en adoptant le point de vue des autres que l'individu peut se percevoir comme une sorte d'objet doté d'une certaine identité » (Marc et Picard, 2008 p.57), d'où l'importance du concept « d'Autrui Généralisé » de Mead (1963). L'expérience sociale, pour Mead demeure l'ancrage du développement de la personnalité et cela se fait par le partage d'expérience avec le groupe social d'appartenance (Kaddouri, 2008).

Le groupe d'appartenance permet d'actualiser l'idée qu'un individu peut se faire de lui-même, donc agit sur la conscience de soi, et simultanément, permet de trouver les guides, c'est-à-dire les lignes directrices de sa conduite (Ruano-Borbalan, 1998).

La nature relationnelle et construite de l'identité fait en sorte qu'elle ne peut être appréhendée qu'à travers l'interaction. L'identité n'est pas une qualité statique, mais un processus dynamique qui ne se manifeste que quand il est mis en acte. La mise en acte de l'identité peut être définie comme la façon dont nous nous comportons afin de montrer qui nous sommes lorsque nous entrons en interaction avec les éléments humains et non humains de notre environnement (Dorais, 2004 p.3).

Pour Claude Dubar (2006), ce phénomène sera catalysé par la socialisation. L'acteur construit sa réalité à partir du ressenti, de la pensée qu'il porte sur son environnement et à partir des comportements qu'il y mettra en action. L'existence d'une dualité constante résulte de la construction d'une identité pour soi, mais que l'individu met constamment à l'épreuve

devant autrui car il cherche à se confirmer. C'est la notion de reconnaissance réciproque qui permet la reconstruction constante de l'identité (Dubar, 2006).

Le travail semble être l'activité sociale impliquant la plus grande partie de l'horaire des individus vivant en société aujourd'hui. Ainsi, les interactions entre un individu et son environnement peuvent grandement se générer grâce au monde professionnel. « C'est bien par l'entreprise et le travail que se construit une part importante de l'identité sociale et des réseaux de relations des individus » (Sainsaulieu, 1998 p.40).

Le contexte moderne, du fait qu'il évacue de la vie quotidienne plusieurs dimensions humaines et qu'il soumet à l'individu un ensemble de dilemmes à résoudre, sème d'embûches le procès d'individualisation. Ce contexte général d'exigence et le caractère plus flou des repères individuels et collectifs, amplifiés par la perte des traditions, placent l'individu devant la nécessité de trouver des points d'ancrage et des significations personnelles pour baliser sa vie. Le travail est susceptible de représenter l'un de ces sièges du sens existentiel (Morin, 1996). Il permet en outre de combler un large éventail de besoins et d'aspirations individuels. En dépit du fait qu'il occupe depuis peu le deuxième rang, après la famille, comme valeur et sphère de vie prioritaires (Bourcier et Palobart, 1997), il n'en revêt pas moins toujours une grande importance pour les individus. (Brun, 2005 p.80).

Au travail, le savoir du professionnel constitue le cœur de sa profession où il le met à profit dans toutes ses dimensions pour faire ce qu'il a à faire. L'organisation, quant à elle, veille à protéger ce savoir et à perpétuer des rituels qui constituent la base du processus de socialisation par le travail où la dynamique identitaire sera source de signification pour l'individu (Dubar, 2006). « Dans la société moderne, l'acquisition, le développement et la mise en œuvre d'habiletés et d'aptitudes au travail confèrent à l'individu un statut professionnel et lui assurent une reconnaissance sociale » (Vézina, 1995 p.1). Marc et Picard (2008) relèvent également la présence d'enjeux identitaires dans les relations en général et au travail. L'apport de Goffman (1973) nous a montré que dans une rencontre sociale, il y a une mise en scène qui permet à l'individu de se montrer sous un beau jour à l'autre et de valoriser son image de soi. Or, l'image de soi est l'expression de l'identité. « L'acte de communication peut être envisagé comme un moment où l'on actualise et engage cette image de soi qui nous représente, qu'on accepte difficilement de remettre en question et qu'on désire voir reconnaître et entériné par autrui » (Marc et Picard, 2008 p.89).

Dans un article écrit par un cadre supérieur de France (Zougar, 2007), il est relaté que la socialisation par le travail du personnel infirmier fait référence à trois phases. D'abord, le personnel infirmier doit inévitablement confronter l'idéal de sa profession à ce qui en est dans la réalité. Ensuite, ces individus anticipent une identification à l'idéal d'un groupe de référence dont ils ont imaginé les règles et rituels. Finalement, un ajustement doit être fait entre les « normes idéales et formelles transmises par la formation et les normes pratiques et informelles consolidées par l'expérience professionnelle » (Zougar, 2007 [en ligne]). C'est là le témoignage réel du processus de socialisation où les individus tentent de revendiquer ce qu'ils sont, ce qu'ils veulent être, tout en tentant d'appartenir au clan qui leur confèrera la reconnaissance nécessaire à leur épanouissement professionnel.

Zougar (2007) fait également comprendre au lecteur l'influence d'une conception soumise du personnel infirmier à la logique médicale. Issue d'une tradition religieuse, la pratique infirmière a ensuite été adaptée en fonction des besoins des médecins, d'où provient aujourd'hui cette idée opposant « l'identité infirmière au pouvoir médical » (Zougar, 2007 [en ligne]).

Rappelons enfin la distinction qu'opèrent Marc et Picard (2008) entre relation et communication. « La relation désigne la forme et la nature du lien qui unit deux personnes » tandis que la communication « est le rapport d'interaction qui s'établit lorsque les partenaires sont en présence » (Marc et Picard, 2008 p.9). C'est à travers la communication (échanges, i.e. interactions) que la relation se constitue, se développe et évolue; « elle représente la dimension dynamique du lien, et la relation comme forme et nature du lien qui unit deux ou plusieurs personnes : on parle ainsi de relations familiales, professionnelles, amicales, de voisinage, etc. » (Marc et Picard, 2008 p.9). La relation est ainsi indissociable de la communication puisqu'elle n'existe pas sans elle et en émerge.

Ces deux éléments forment la dynamique relationnelle dans laquelle les individus s'inscrivent dès lors qu'ils entrent en contact. Selon Marc et Picard (2008), toute relation est vivante, mouvante. « Toute relation, à partir du moment où elle est suffisamment investie par les partenaires qui y sont impliqués, est porteuse d'enjeux, au sens large du terme. C'est-à-dire

que chacun cherche, à travers elle, à satisfaire certaines motivations » (Marc et Picard, 2008 p.88). Ainsi, cette dynamique repose sur des stratégies identitaires et relationnelles afin que chacun puisse atteindre ses objectifs. Les stratégies relationnelles et identitaires avancées par Marc et Picard (2008), ont la double fonction de permettre à un individu de s'exprimer et de s'affirmer, et également de se protéger face aux risques relationnels en préservant son estime de soi. Ces stratégies s'intègrent dans la dynamique relationnelle en se greffant à certains types de rapport.

Watzlawick et al. (1972) ont d'abord décrit les rapports symétriques et complémentaires : « une interaction symétrique se caractérise donc par l'égalité et la minimisation de la différence, tandis qu'une interaction complémentaire se fonde sur la maximalisation de la différence » (Watzlawick et al., 1972 p.67). La symétrie introduit l'idée d'un rapport égalitaire et la complémentarité indique la possibilité de l'intervention du pouvoir qui peut transformer la relation en rapport hiérarchique. Le rapport de place constitue aussi l'une de ces modulations en ce qu'elle traduit l'ajustement mutuel qui peut se faire entre deux individus et qui désigne l'endroit où se situe chacun d'eux dans la structure sociale. Cet endroit sera défini socialement, en faisant référence au statut de la personne, interactionnellement « puisqu'une place se définit toujours dans la relation qu'elle entretient avec d'autres places » (Marc et Picard, 2008 p.34) et subjectivement, grâce aux stratégies identitaires et relationnelles employées par la personne.

Toutes les situations ne sont pas vécues de la même façon et un rapport de places n'est satisfaisant que si les protagonistes s'y sentent à l'aise, et s'ils le ressentent comme juste. On constate que lorsque la relation est vécue subjectivement comme hiérarchique, celui qui se sent en position basse éprouve souvent des sentiments pénibles : impression de ne pas être à la hauteur, d'être nul, crainte d'être écrasé par l'autre, agressivité, envie de revanche. Le déséquilibre peut provenir d'une perversion du rapport avec lui-même. On se trouve alors confronté à l'une des formes de pathologie de la communication (Palo Alto), une sorte d'emballement des relations où les partenaires ne communiquent plus que pour asseoir ou démontrer leur position (Marc et Picard, p.39).

Les stratégies peuvent donc entrer en jeu ici. Les différents mécanismes de défense identitaires tels que l'autocorrection, l'euphémisation, la prise de précautions, la suspension, etc., peuvent, au niveau relationnel, préserver la face des interlocuteurs et protéger ainsi

l'identité de chacun. « Ce qui motive ces défenses, ce sont les risques et les enjeux de la communication » (Marc et Picard, 2008 p.83). Il est à noter également que la figuration et la mise en scène consistent en soi en des stratégies de défense identitaires.

Les stratégies relationnelles tiennent compte du fait que « pour communiquer, il faut être en relation avec quelqu'un; les stratégies qu'on y élabore doivent donc tenir compte de l'autre et de ses objectifs » (Marc et Picard, 2008 p.97). Il existe des rapports compétitifs où l'un perd et l'autre gagne. La présence du pouvoir, comme dans une relation hiérarchique ou de force, fait partie de ces rapports. Il existe également des rapports où chacun trouve une certaine satisfaction dans l'échange grâce à la coopération qui se traduit comme des stratégies de confirmation, de réparation ou d'équilibrage. Les rapports compétitifs ou coopératifs ne sont pas exclusifs et peuvent s'alterner ou se combiner dans une relation. Par exemple, la manipulation est l'œuvre de la combinaison d'une stratégie de séduction et de pouvoir (Marc et Picard, 2008).

L'humain recherche à la fois la différenciation et le rapprochement face aux autres, ce qui exprime la dualité caractéristique du concept de l'identité (Marc et Picard, 2008). Le regard des autres et la perception de ce regard par l'individu sont donc importants pour la construction identitaire de ce dernier. La psychodynamique du travail amène des éléments en cohérence et en complémentarité avec ce constat.

2.3 L'ÉCLAIRAGE DE LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

La vision psychodynamique sur le travail permet d'approfondir ce regard sur l'individu, sur l'individu dans son groupe et dans son organisation et y intègre une dimension communicationnelle faisant appel au vécu de cet individu. Elle propose une étude symbolique de l'univers du travail et révèle une vision subjective de la réalité (Alderson, 2004). Cette vision apparaît à travers les trois pôles principaux qui constituent l'armature de la psychodynamique du travail et sont représentés dans la figure suivante :

Le triangle de la psychodynamique du travail

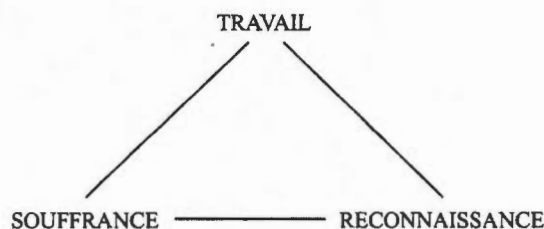


Figure 2.1

Source : Dejours, 2008.

2.3.1 Le concept du travail

L'hypothèse de base de la psychodynamique du travail affirme « qu'il y a une relation significative entre la manière dont le travail est organisé et la santé mentale des travailleurs » (Alderson, 2004 p.243). Dans cette approche, le concept du travail implique des notions de communication et de relation car il est considéré en tant « qu'activité humaine, c'est-à-dire [...] un comportement investi par la subjectivité de celui qui l'accomplit » (Carpentier-Roy, 2000 p.2). La santé mentale renvoie, pour sa part, à l'identité comme son armature (Carpentier-Roy, 2000). La santé ici, est plutôt considérée comme un état de normalité où la souffrance est maîtrisée par différentes stratégies (Alderson, 2004).

La psychodynamique du travail insiste sur le caractère mouvant de la relation qui unit les individus à leur travail. Elle analyse d'abord les différents mécanismes de la santé mentale qui interviennent dans le travail, fournis par les humains dans les organisations, et consiste en une « analyse psychodynamique des processus intersubjectifs mobilisés par les situations de travail » (Dejours, 1993b, p.207). Elle considère avant tout le travail comme humain et ne pouvant exister sans son intervention. « Le travail, c'est l'activité coordonnée et déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail. Tout travail implique toujours interprétation, improvisation, invention » (Dejours, 1993b p.27). L'exécution du travail par l'homme est bien plus qu'une simple application protocolaire, mais mobilise son intervention subjective, son intelligence et sa réflexion et articule ainsi toute une logique d'action (Davezies, 2003).

Christophe Dejours (1993, 2008) a divisé le concept du travail en deux entités. D'abord, il comporte un volet prescrit, c'est-à-dire, le lot de tâche à effectuer et aux objectifs à atteindre par chacun dans un cadre déterminé et ordonné par l'organisation. Le travail réel, quant à lui, réfère à la créativité du travailleur, à ses habitudes et aux moyens qu'il prendra pour répondre aux objectifs proposés. Or, le travail réel correspond rarement au travail prescrit intégralement. C'est là où les rapports sociaux établis avec les pairs interviennent. Dans la psychodynamique du travail, l'individu est considéré en tant qu'acteur régi et construit par l'organisation et ses contraintes, mais peut également agir sur celles-ci. Les individus interprètent donc leur tâche et l'effectuent à leur façon en négociant parfois les uns avec les autres. Travailler signifie sortir de l'imposition pure et simple de l'exécution. C'est interpréter, improviser, ruser, et parfois même tricher (Maranda, 1995). Le travail humain consiste alors à combler l'écart entre le volet prescrit et le volet réel.

2.3.2 Les concepts de la souffrance et du plaisir au travail

Plus récemment, Dejours (2009c) indiquait clairement le lien entre ces deux entités et comment une inadaptation entre elles peut mener à la souffrance.

Le chemin à parcourir entre le prescrit et l'effectif (le réel) doit être à chaque fois inventé ou découvert par le sujet qui travaille. Ainsi, le travail se définit-il comme ce que le sujet doit ajouter aux prescriptions qui lui sont assignées; ou encore ce qu'il doit ajouter de soi-même pour faire face à ce qui ne fonctionne pas lorsqu'il s'en tient scrupuleusement à l'exécution des prescriptions (Dejours, 2009c p.3).

Le décalage ainsi possible dans le travail introduit par un faible lien entre ce que l'organisation exige et ce que peut en faire l'individu l'amène à vivre une souffrance psychique. La possibilité de souffrance vient du fait que l'organisation peut ne pas toujours donner l'espace nécessaire aux individus afin de négocier leur plaisir entre eux, dans leurs équipes, et selon les règlements imposés. Le rapport entre « l'appareil psychique » de l'individu et le travail est donc problématique lorsque le travail ne convient pas aux habiletés, connaissances et compétences de celui-ci (Alderson, 2004).

Vivre dans l'entreprise, c'est faire quotidiennement l'expérience de la faible cohérence voire même des contradictions entre les discours portés par les différents concepteurs du travail. Pour l'opérateur, le travail se manifeste donc comme arbitrage, comme recherche et construction de compromis entre des exigences et des contraintes plus ou moins contradictoires (Davezies, 1994 [en ligne]).

Lorsque l'organisation du travail demeure rigide et que la standardisation excessive des processus décourage la créativité des travailleurs, la souffrance entre en jeu, point sur lequel Marie-France Maranda (1995) s'est interrogée: « Face à l'ampleur des contraintes de travail de certains milieux, il s'agissait désormais de comprendre comment font les travailleurs pour rester «normaux» (Maranda, 1995 p.231).

À cette question, le caractère social du travail peut tenter d'y répondre. Tel que l'a mentionné Dejourns (2008), le travail doit être envisagé en tant que lieu de construction sociale et de construction du sens à ce qui est accompli par les individus (Dejourns, 2008). Déjà en 1993, il avait offert une vision du collectif de travail et de la façon dont y intervient l'organisation du travail. En effet, sans elle agissant comme « cadre de référence », le collectif de travail ne peut se former et tendre vers son but, soit la recherche essentielle d'un sens commun dans le travail pour les individus (Dejourns, 1993). Pour ce faire, des liens de coopération et une communication symbolique doivent se former entre les membres de l'organisation afin qu'ils puissent s'engager les uns envers les autres pour cette construction de sens.

Les liens de coopération sollicitent les initiatives individuelles en vue de combler les lacunes de l'organisation du travail dans la définition et la description des tâches d'une part; ils ont aussi pour vocation de réguler les différentes modalités d'ajustements mises en œuvre par les différents opérateurs d'autre part (Dejourns, 1993a p.2).

Ces liens forment en quelque sorte la base sur laquelle les travailleurs fondent leurs règles de travail et les normes qu'ils doivent respecter ensemble pour établir leur quête de sens. Par l'entremise de la communication, ils ouvrent alors des espaces de paroles, d'écoute et de partage où ces éléments peuvent être discutés et extériorisés. Une autre condition à la formation des collectifs de travail est la confiance où chacune des conduites des travailleurs doit être en respect avec ce qui a été collectivement admis et où les actes doivent refléter les paroles.

La coopération est un élément capital du succès de l'organisation du travail. Elle fait apparaître le collectif comme le centre de gravité même autour duquel s'ordonnent les liens entre les agents, les règles de travail, les relations de reconnaissance et le sens du travail (Dejours, 1993a p.5).

Un autre moyen de contrer la souffrance psychique occasionnée par le décalage entre le travail prescrit et réel est la formation de stratégies défensives.

[...] il existe un rapport significatif entre l'organisation du travail et les travailleurs, en tant que sujets d'un collectif, et les stratégies de défense ou pratiques collectives déployées, pour se protéger contre les facteurs agressants du travail. Mais que se passe-t-il lorsque la marge de manoeuvre nécessaire à un équilibre personnel n'existe pas? Des mécanismes et stratégies de défense entrent alors en action (Maranda, 1995 p.230).

Appuyée par un regard psychanalytique, la stratégie défensive se veut un soulèvement, conscient ou non, du moi contre des menaces provenant du milieu du travail et causant de la souffrance pour un individu. Ces stratégies diminuent la perception néfaste que peut avoir une personne face à un agent souffrant. Utilisées à outrance, elles deviennent négatives puisqu'il ne s'agit plus de s'adapter à une situation de souffrance mais à la fuir (Dejours, 2008).

Ces stratégies peuvent également être collectives; ainsi, un groupe d'individus met en place des pratiques qui visent à contrer une situation néfaste et ces pratiques deviennent obligatoires et nécessaires pour la préservation de la santé mentale.

L'idéologie défensive de métier nécessite un partage de valeurs et de normes de conduite où la défense devient le but en soi. Les stratégies défensives déployées contre la peur visent non pas la transformation objective des conditions agressantes, mais une transformation subjective de la perception des facteurs agressants, orchestrée à l'échelle du collectif (Maranda 1995, p.231).

Marie-Claire Carpentier-Roy (1991), lors de l'étude approfondie qu'elle a menée concernant le travail infirmier, a relevé la création d'une idéologie défensive au sein d'une équipe d'infirmières d'un département de soins intensifs.

Elles sont donc une élite à l'intérieur du corps infirmier, les éléments les plus nobles de ce métier. Et l'admiration dont elles sont entourées les conforte dans cette représentation qu'elles ont d'elles-mêmes. Leur travail est effectivement porteur de contraintes d'activités lourdes et de facteurs anxiogènes. Cette idéologie de l'élite, partagée et reproduite au sein de l'équipe, joue le rôle de stratégie de défense contre l'anxiété et l'angoisse. Elle leur permet de supporter l'insupportable (Carpentier-Roy, 1991 p.77).

Les espaces de paroles et les stratégies défensives permettent aux individus de maintenir un équilibre qu'ils peuvent percevoir comme sain afin d'effectuer l'activité du travail dans une organisation.

C'est parce qu'il est pris entre la contrainte imposée par la prescription et la résistance de l'objet du travail que le sujet va s'engager dans ce cheminement, dans cette exploration, qui vont l'amener à trouver, à inventer, à construire une expérience professionnelle (Davezies, 2003 p.11).

Ce développement professionnel, jumelé au partage que l'individu peut entretenir avec son entourage, l'amènera à éprouver du plaisir au travail, ce vers quoi il tend fondamentalement (Davezies, 2003). Ce cheminement impose par contre l'inévitable question du regard des autres sur le travail qu'entreprend l'individu dans l'organisation.

Il n'y a pas de travail si le sujet n'extirpe pas quelque chose de lui même pour l'investir dans le travail. Il s'agit bien d'un investissement, au sens économique du terme. Le sujet met quelque chose de lui même dans le travail parce qu'il est suspendu à l'espoir d'une rétribution. Cette rétribution se joue dans le registre de l'identité. Elle passe par la reconnaissance (Davezies, 2003 p.13).

2.3.2 Le concept de reconnaissance

La notion de reconnaissance revêt une importance particulière dans la vision psychodynamique du travail. Selon Avarguez (2009) « satisfaction et plaisir au travail existent en tant que ressentis marginaux et naissent le plus souvent de la satisfaction de l'utilisateur qui génère un sentiment de reconnaissance du travail fourni » (Avarguez, 2009 p.11).

Selon le regard psychodynamique, la reconnaissance représente également une part fondamentale de l'identité.

Certains auteurs mettent en évidence le caractère essentiel de la reconnaissance au travail en tant que vecteur de l'identité (Dejours, 1993), source de motivation et de satisfaction (Bourcier et Palobart, 1997) et constituant du sens du travail (MOW, 1987; Morin, 1996, 2001). En effet, elle opère comme agent de développement des personnes et comme liant et facteur dynamique dans les relations professionnelles (Brun, 2005 p.79).

À ce sujet, Carpentier-Roy (2000) affirme également que « ces organisations du travail, dans lesquelles (nous) sommes tous actuellement font appel à la subjectivité des gens au travail, à ce qu'il y a de plus noble (je) dirais, chez l'individu au travail, c'est-à-dire son désir d'être reconnu dans ce qu'il est et ce qu'il fait » (Carpentier-Roy, 2000 p.6). Cela illustre bien le fait que le travail soit si important dans la vie des individus et réfère en quelque sorte au collectif puisqu'afin d'être reconnu, l'individu doit appartenir à un tel groupe. Toujours selon Carpentier-Roy, la reconnaissance représente « l'élément cardinal de la construction identitaire et de l'équilibre psychique au travail » (Carpentier-Roy, 2000 p.1).

Finalement, la reconnaissance souligne la « contribution du sujet » et son « apport à l'organisation du travail » (Dejours, 2008). « Selon la psychodynamique du travail, la reconnaissance représente une rétribution attendue par le sujet qui se situe principalement dans le registre du symbolique » (Brun, 2005 p.82). Pour se manifester, cette reconnaissance passe par deux types de jugement. Le jugement d'utilité est une reconnaissance qui s'instaure dans la hiérarchie et qui peut venir d'en haut, des supérieurs, ou d'en bas, des bénéficiaires, par exemple. Le jugement de beauté provient de la ligne horizontale, des pairs. Le jugement porté sur le travail accompli peut se traduire en un développement du sentiment d'accomplissement, par exemple, et ainsi avoir un effet positif sur la construction de l'identité du travailleur (Carpentier-Roy, 2000).

À la suite de la présentation des éléments appartenant à la psychodynamique du travail, nous présentons maintenant les concepts que nous retenons afin d'établir le cadre conceptuel de cette recherche ainsi que la proposition de recherche.

2.4 CADRE CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE

Les éléments théoriques présentés et retenus démontrent la formation des relations interpersonnelles à travers les interactions quotidiennes au travail menant vers une quête de sens et une construction identitaire pour chacun.

Grâce aux apports de Marc et Picard (2008), nous retenons l'importance de considérer la centralité de l'interaction comme lieu dynamique et processuel, où se jouent ces différentes stratégies qui se manifestent à travers la signification que retiennent les gens de leurs échanges. Ils affirment d'ailleurs que la communication prend la forme d'un ensemble interactif intégrant différentes stratégies. C'est donc à partir des interactions que tiennent entre eux les individus que pourra émerger la relation puisque dans cette dynamique, les stratégies seront utilisées par chacun en vue d'atteindre certaines motivations (Marc et Picard, 2008). De plus, selon Solange Cormier (2005), la compétence interpersonnelle est primordiale dans l'établissement de relations satisfaisantes et efficaces dans l'organisation. « L'acte de communiquer ne se traduit pas par un transfert d'information depuis l'expéditeur vers le destinataire, mais plutôt par le modelage mutuel d'un monde commun au moyen d'une action conjuguée » (Varela, 1989 dans Cormier, 2005 p.29).

Rappelons également l'importance du vécu des individus comme point de vue principal de cette recherche. « Le travail vécu est à la fois vécu du travail prescrit, vécu du travail réel et vécu des écarts et des tensions entre ces deux dimensions constitutives de l'activité de travail » (Avarquez, 2009 p.9).

En tenant compte de la centralité de l'interaction sur la construction identitaire et en voulant nous pencher sur le vécu des individus, nous retenons la stratégie identitaire comme étant essentielle. « Les stratégies identitaires visent plusieurs buts; mais on peut les ramener à un objectif fondamental sous-jacent qui est la défense d'une identité positive, la valorisation de soi » (Marc et Picard, 2008 p.94).

Parallèlement, la psychodynamique du travail nous a permis de comprendre comment les relations qui s'inscrivent dans le milieu de travail des individus et qui l'animent font partie intégrante de la construction de ce vécu. À l'instar des stratégies identitaires, les stratégies défensives visent également la protection du sujet (Dejours, 1987).

Les stratégies défensives se traduisent par des attitudes ou des comportements sains et utiles à la santé mentale dans la mesure où, en aidant les individus à résister aux agressions de l'organisation du travail (absence de pouvoir, manque d'autonomie, manque de soutien) ou à conjurer la peur face à certains risques du travail, elles préservent leur équilibre psychique (Dejours, 1987 dans Alderson, 2004 p.251).

Ces stratégies représentent les moyens avec lesquels les individus font face à la souffrance et peuvent intervenir dans le règlement de conflit et l'établissement de certaines normes d'action pour faire face quotidiennement au travail et à son contexte. Dans le contexte de cette recherche, la notion de stratégie défensive pourrait se traduire sous une forme communicationnelle et être déterminante dans l'établissement d'un cadre identitaire collectif nourrissant chaque membre du personnel infirmier.

Nous utilisons, à partir d'une perspective psychosociologique, les travaux portant sur la communication et le travail, en retenant les concepts des stratégies identitaires et défensives afin de concrétiser ce regard sur le vécu des individus au travail.

Le concept de la reconnaissance vient cimenter cette interrelation puisqu'elle est garante de la santé mentale des individus dans l'activité pour laquelle ils consacrent la majorité de leur temps. Tout est propulsé par cette reconnaissance de l'individu qui lui donne le sentiment d'être utile et d'accomplir des efforts qui peuvent aider l'organisation. La reconnaissance assure à l'individu la possibilité d'éprouver du plaisir au travail. L'apport de ce concept nous permettra d'accéder, dans cette recherche, aux activités de reconnaissance qui s'établissent dans les interactions des individus au sein du département choisi et de dégager la dynamique relationnelle de leur communication au travail tout en répondant à leur besoin de trouver du sens dans un environnement minimisant la souffrance.

Dans le contexte de changement et de déstabilisation constante, les individus rassemblés en équipe de travail, doivent établir des liens entre eux, par des pratiques communicationnelles de reconnaissance, qui maintiennent soudée cette équipe et qui, parallèlement, valorise individuellement chaque membre de l'équipe.

Ainsi, si la reconnaissance comporte simultanément une dimension d'intégration et d'approbation sociale, on soutiendra que l'estime de soi constitue la traduction subjective de l'acte de reconnaissance. On peut donc compléter la proposition et dire que la reconnaissance que les autres dispensent à l'agent contribue tout à la fois à la création de la valeur de ses projets et à la constitution du sentiment de confiance dans ses capacités pour les mener à bien (Lazzeri et Caillé, 2004 p.93).

Les interactions vécues au sein de l'équipe de travail fait donc émerger ou non des pratiques de reconnaissance qui lient les individus entre eux et qui leur donne le loisir de trouver un sens à leurs activités professionnelles.

À partir de ces éléments, il nous est possible de formuler la proposition de recherche suivante, qui comporte deux volets :

- 1. La reconnaissance, manifestation pratique de la communication du personnel infirmier, constitue le vecteur de modification ou de transformation des stratégies identitaires et défensives.**
- 2. Elle module et adapte l'utilisation des différentes stratégies selon le contexte quotidien pour le personnel infirmier et vise l'une ou l'autre des dimensions essentielles à la formation plus profonde d'une identité professionnelle et à la création de sens au travail.**

Ayant ainsi complété l'explication théorique des concepts qui seront utilisés dans cette recherche exploratoire, nous présentons le cadre méthodologique qui nous permettra d'opter pour une démarche adaptée au type de recherche que nous voulons poursuivre.

CHAPITRE III

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Nous présenterons maintenant la posture épistémologique et la démarche associée à cette recherche. Dans une visée exploratoire et dans le souci de toucher au vécu des individus avec sensibilité, nous retiendrons la méthode du récit de vie. Seront également présentés les instruments d'investigation, les sujets de la recherche ainsi que l'accès au terrain et la démarche d'analyse dans le but d'affirmer la validité de ce travail.

3.1 POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE

Afin de répondre aux implications que représente notre désir d'explorer le sens du vécu au travail du personnel infirmier dans un département de soins intensifs, nous avons opté pour une démarche de recherche de type qualitative. « Les recherches qualitatives visent la compréhension d'un phénomène pris dans son contexte et se caractérisent par leur ouverture sur le monde, par leur capacité à décrire un phénomène dans toute sa complexité, par leur souplesse » (Bonneville et al., 2007 p.154). La démarche qualitative s'inscrit dans une logique inductive et permet un mouvement itératif qui saura prendre en compte « le cadre de référence selon lequel les sujets interprètent leurs pensées, leurs sentiments et leurs actions » (Boutin, 1997 p.14). L'émergence de l'expérience des sujets et du sens qu'ils donnent à leur réalité sera facilitée par cette démarche. « Ainsi, la spécificité fondamentale des recherches qualitatives vient de leur inscription dans un paradigme compréhensif » (Bonneville et al., 2007 p.155). Un aspect important de la recherche consistait en l'exploration de la façon dont le personnel infirmier construit sa réalité et comprend les enjeux subjectifs et intersubjectifs de cette réalité. L'approche compréhensive « reconnaît la valeur de la parole des acteurs qui sont habilités à livrer un sens unique [de leur vécu] » (Guignon et Morissette, 2006 p.26). Cette posture compréhensive, s'accordant à la démarche qualitative, nous a aidé à concevoir le lien entre le travail prescrit et réel et la signification accordée par les sujets à leur expérience.

S'accordant également à la perspective psychosociologique présente dans cette recherche, la place du sujet demeure centrale. Les psychosociologues traitent aussi du changement, de l'identité, de l'interaction, du contexte et de la relation entre l'individu et la société. Ils tiennent compte de la situation dans laquelle se place le sujet et du contexte l'entourant. C'est à travers l'expression de son savoir et de son histoire qu'un acteur peut agir dans la construction de sa réalité et dans sa réflexion (Guignon et Morissette, 2006). La centralité du sujet revêt une importance notable établissant une cohérence entre la posture épistémologique, les approches retenues et le choix de la stratégie de recherche.

3.2 STRATÉGIE DE RECHERCHE

Selon la logique adoptée, la méthode du récit de vie se prêtait tout à fait à une volonté d'émergence subjective et expérientielle du vécu des sujets. Issue de la sociologie compréhensive et des travaux de Max Weber, cette méthode qui s'est développée avec l'émergence de l'École de Chicago, est l'une des méthodes retenue en psychosociologie. Fondée sur des apports anthropologiques, elle fait référence à l'histoire d'une personne, à sa généalogie, à sa trajectoire et réfère en ceci, au moins minimalement, à son identité (Le Grand, 2006). La méthode du récit de vie renvoie également à une composante émancipatrice (de Villers, 2006). « L'analyse de son récit de vie permet au sujet de saisir ses propres enjeux existentiels au sein de la collectivité. En explicitant son parcours de vie, le sujet repère les moyens dont il dispose ou devrait disposer pour opérer une prise de conscience réflexive et critique » (de Villers, 2006 [en ligne]).

Dans le cadre du récit de vie, le chercheur établit une relation égalitaire où il invite le sujet à s'ouvrir sur différents propos et à partager un projet d'analyse et de réflexion. Le chercheur posera des actions qu'il pourra développer par rapport à la prise de conscience qu'il fera à partir du discours de son sujet. L'un et l'autre pourront être les analystes de ce qui émerge.

Le récit de vie constitue un instrument analytique permettant d'accorder une grande importance aux interprétations que les acteurs donnent de leur action, des situations vécues, des événements de leur vie (...) L'interviewé est ainsi considéré, explicitement ou non, et plus encore construit par le dispositif d'enquête, comme narrateur, engagé dans la production du sens de son parcours, dans la mise en cohérence des composantes de celui-ci (Demazière, 2011 p.63).

Il est à noter également que dans le cadre de cette recherche, la dimension professionnelle a été retenue. Pierre-Yves Sanséau (2005 p.40) affirme qu'« un monde social se bâtit autour d'un type d'activité spécifique ». Dans notre cas, le travail représentait cette réalité puisque c'est cette tranche de vie qui est à l'étude.

De plus, selon Daniel Bertaux,

Le récit de vie peut constituer un instrument remarquable d'extraction des savoirs pratiques, à condition de l'orienter vers la description d'expériences vécues personnellement et des contextes au sein desquelles elles se sont inscrites. Cela revient à orienter les récits de vie vers la forme que nous avons proposé de nommer récits de pratique (Bertaux, 1997 dans Grimaud, 2003 p.8).

Il nous a donc aussi été possible d'établir un portrait de la pratique infirmière grâce à l'accent que nous souhaitons mettre sur la vie au travail des participants. En toile de fond, le contexte organisationnel et le milieu plus spécifique des soins intensifs ont appuyé le récit du personnel interrogé.

Il faut également noter la pertinence du récit de vie en tant que récit thématique. Une orientation thérapeutique peut parfois s'en dégager où l'on vise le développement et la croissance personnelle du sujet. Elle peut « former des auteurs dans le sens où l'essentiel est d'accompagner des personnes dans un trajet d'écriture de soi » (Le Grand, 2006 p.365). Dans la présente recherche, l'utilisation du récit de vie est axée spécifiquement sur l'aspect particulier du travail dans la vie des participants.

Un récit de vie n'est pas n'importe quel discours: c'est un discours narratif qui s'efforce de raconter une histoire réelle et qui de plus, à la différence de l'autobiographie écrite, est improvisé au sein d'une relation dialogique avec un chercheur qui a d'emblée orienté l'entretien vers la description d'expériences pertinentes pour l'étude de son objet (Bertaux, 1997 p.68).

Tenant compte de ces éléments, nous avons par ailleurs veillé à manifester la sensibilité nécessaire à l'approfondissement du récit des sujets lors des entretiens. Comme le mentionne Gaston Pineau (1998), ceci s'avère être une responsabilité du chercheur.

Créer les conditions susceptibles de favoriser l'engagement de chacun-e dans une posture qui autorise l'engagement de l'autre dans la démarche est une des tâches majeurs du chercheur-formateur. Dans cette perspective, il se doit d'incarner très concrètement, par son comportement relationnel, les attitudes requises pour établir une communication authentique hors de laquelle toute pratique biographique apparaît vide de sens (Pineau, 1998 p.81).

3.3 DIMENSIONS ABORDÉES ET INSTRUMENTS D'INVESTIGATION

En se basant sur la stratégie du récit de vie, différents instruments sont nécessaires afin de faire émerger un contenu, soit l'entretien en profondeur, l'observation participante et la tenue d'un journal de bord.

Compte tenu de la nature expérientielle, identitaire et communicationnelle des données qui ont été recueillies, l'entretien en profondeur demeure un instrument essentiel afin de relever le récit de pratique professionnelle des sujets. « Un entretien de récit de vie est considéré [comme] réussi lorsque la personne interrogée s'approprie les questions du chercheur et qu'elle mène l'entretien en y apportant ses réponses personnelles » (Desmarais et Grell, 1986 p.86). À cet effet, des questions ouvertes et des questions d'approfondissement ont assuré la compréhension et l'instauration d'un climat de confiance entre les chercheurs et les participants.

De plus, nous avons insisté sur le confort des sujets. « L'informateur a besoin de repères pour développer son propos [...]. L'enquêteur qui reste sur sa réserve empêche l'informateur de se

livrer » (Kaufmann, 1996 p.53). Ainsi, une posture d'engagement et d'empathie est nécessaire à l'établissement du lien de confiance entre le chercheur et le sujet. « Ce n'est que dans la mesure où lui-même [le chercheur] s'engage que l'autre pourra s'engager » (Kaufmann, 1996, p. 53). En conséquence, l'écoute du chercheur est importante. « Le récit biographique consiste à se mettre à l'écoute des significations qu'en donnent les sujets interviewés » (Giust, 2006 p. 346). Le chercheur doit donc adopter une posture d'écoute compréhensive afin de repérer le sens de ce que son interlocuteur mentionne et faire preuve d'empathie, autrement dit, être capable de se mettre à la place de l'autre. « Sentir le monde privé [de l'autre] comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de "comme si" - telle est l'empathie » (Rogers, 1968 p.204). Une posture d'écoute exige finalement quelques attitudes sous-jacentes.

Les comportements d'écoute reposent sur la reconnaissance des éléments de sa propre subjectivité, sur la tolérance à une certaine ambiguïté, sur l'aptitude et la volonté de reconnaître la légitimité et la validité de la position de l'autre au regard des processus intellectuels et affectifs qui l'ont conduit à adopter cette position ainsi que sur la disponibilité matérielle et psychologique de la personne qui écoute (Cormier, 2005 p.84).

Notre canevas d'entretien (voir appendice B), divisé en trois parties, reprend les trois dimensions à l'étude dans cette recherche. Par ailleurs, afin de briser la glace et permettre aux chercheurs d'établir un lien de confiance avec les participants, une « activité de dégel » a été imaginée et a été nommée « Dessine-moi une infirmière/un infirmier ». Cette activité visait à faire entrer les participants dans une réflexion sur leur pratique, sur la façon dont ils perçoivent leur profession et dont ils se perçoivent eux-mêmes en tant qu'infirmière ou infirmier.

Le premier thème, sur la quête de sens et les stratégies défensives visait à faire ressortir les éléments qui apportent une signification particulière aux participants leur permettant de se réaliser dans leur travail et d'illustrer les raisons pour lesquelles ils travaillent. Estelle Morin (1996) mentionne à ce sujet que ce que l'individu fait et veut faire dans son travail fait appel au sens qu'il lui donne.

Le thème des interactions quotidiennes visait à mettre en lumière l'articulation des relations qui unissent les personnes aux acteurs du milieu qui les entoure. Il souligne la nature des rapports qu'entretiennent ces personnes avec les autres, l'utilité de ces interactions et leur évolution.

Finalement, le thème de la construction identitaire et des pratiques de reconnaissance visait à repérer les éléments de reconnaissance et les éléments valorisants présents dans le milieu de travail des participants. « Le travail est un lieu de rapports sociaux, un lieu où l'identité et le positionnement social se construisent par l'entremise de la reconnaissance » (Alderson, 2004 p.246). Ainsi, ce thème mettait également en lumière les moyens par lesquels les participants construisent leur identité professionnelle et la manière dont ils se perçoivent en tant qu'infirmières et infirmiers.

L'observation participante est caractérisée par « une période d'interactions sociales intenses entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers » (Bogdan et Taylor dans Lapassade, 2006 p.175) et nécessite une immersion du chercheur dans l'environnement des sujets que constitue le terrain de recherche pour en comprendre les schémas et le sens. Concrètement, cinq périodes d'observation ont été effectuées, à différents moments de la journée afin de visualiser la spécificité de chaque quart de travail. La période du « rapport » correspondant au changement de quart a également été couverte à deux reprises. Avec l'accord du personnel sur place, situés à même le poste principal, les chercheurs ont été à même de comprendre l'action se déroulant dans le département. « Nous sommes à la fois, à chaque instant, acteur et observateur des autres et de nous-mêmes. Simplement, dans l'observation participante, ce dédoublement est plus systématique, il est mis volontairement au cœur de la méthode de travail » (Lapassade, 2006 p.383). De cette manière, le chercheur peut également faire appel à sa propre expérience. « Le chercheur s'intéresse non seulement aux acteurs, il utilise aussi sa propre expérience comme un élément de compréhension. Le recueil de données par introspection est, dès lors, possible du fait de cette forte interaction entre le chercheur et son terrain » (Bootz, 2005 p.9).

De ce fait, l'utilisation du journal de bord est un outil primordial afin que la consignation des notes de recherche soit viable. Dans ce journal de bord, il nous a été possible de consigner faits et observations mais également impressions et interrogations. Par exemple, nous avons noté l'heure et la date de nos observations, la disposition spatiale des lieux ainsi que la position de chacun de membres de l'équipe. Nous avons noté le nombre de patients alités et les allées et venues de l'équipe médicale. Nous avons également noté le nombre et la nature des interactions de l'équipe. De cette façon, nous avons gardé mémoire de tout ce qui nous a relié avec le terrain. Le journal de bord peut en effet servir au chercheur afin qu'il y inscrive « ses réflexions personnelles et son vécu de la situation : ses perceptions, ses attentes, ses peurs, ses satisfactions, ses hésitations, ses « bonnes » et « mauvaises » relations avec les acteurs ou autres personnes, ses sentiments face aux valeurs développées dans le groupe, etc. » (Pourtois et Desmet, 1997 p.124). L'écriture de ce journal de bord nous a donc permis de mettre sur papier ces impressions et d'établir ensuite une distance avec celles-ci.

3.4 DÉMARCHE D'ANALYSE DES DONNÉES

La stratégie du récit de vie amène un ensemble de questions ouvertes qui permettent l'émergence du sens du travail et de sa signification pour les sujets. Dans une perspective d'analyse inductive et de recherche de signification, et en accord avec les objectifs de cette recherche, nous désirons mettre l'accent sur le fait de donner un sens aux données recueillies.

Comme le mentionne Savoie-Zajc (2000), la valeur d'une recherche qualitative repose en grande partie sur la capacité du chercheur à donner un sens aux données. Ainsi, le fait d'extraire ce sens permet, en quelque sorte, d'aller au-delà de ce que les données brutes disent *a priori* » (Blais, 2006 p.3).

Par ailleurs, le caractère itératif de ce travail de recherche nous a permis d'avancer que l'utilité d'un procédé par catégorie nous permettrait d'appréhender le contenu émergent des entretiens et de l'observation. Ainsi, c'est après la tenue des entretiens qu'il nous a été possible de faire un choix définitif sur cette démarche d'analyse.

Il nous semblait donc que l'analyse thématique présentée par Paillé (1996) soit adéquate. Cette démarche propose l'utilisation de catégories pour mieux repérer les thèmes traités dans un discours, en lien avec les thèmes envisagés par les chercheurs. Ainsi, des regroupements peuvent être fait et cela permet également de repérer des éléments émergents inattendus.

Paillé et Mucchielli définissent bien ce qu'est une catégorie. On peut définir la catégorie comme une production textuelle se présentant sous forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche. (...) À la différence de la « rubrique » ou du « thème », elle va au-delà de la désignation de contenu pour incarner l'attribution même de la signification (Blais, 2006 p.4).

Une première étape, après la transcription des entrevues de chacune des deux phases d'entretien, fut de découper le discours de chacun des participants en créant des thèmes généraux afin de se repérer aisément dans le contenu. « L'analyse thématique consiste ainsi à procéder systématiquement au repérage des thèmes abordés dans un corpus, et, éventuellement, à leur analyse, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretien, d'un document organisationnel ou de note d'observation » (Paillé, 1996 p.186). De plus, « l'analyse thématique n'est pas une méthode visant à dégager un invariant objectif; elle cherche plutôt à mettre de l'avant une compréhension contextuelle » (Paillé, 1996 p.190). Donc, pour chaque thème général, une partie de la transcription d'entrevue était concentrée dans un tableau et ensuite pouvait être redécoupée en thèmes plus spécifiques. C'est ainsi que nous avons pu construire nos arbres thématiques. Pour terminer, nous avons rassemblé les résultats en un résumé transversal afin de mettre en relief les éléments saillants de l'analyse. De ce fait, la thématisation de chaque entrevue a pu être effectuée, laissant émerger librement des entretiens le contenu qui sera maintenant dévoilé. Le choix du procédé par catégorisation a donc contribué à la richesse et à la justesse des éléments de réponse des participants.

3.5 SUJETS DE LA RECHERCHE ET ACCÈS AU TERRAIN

Nous avons choisi des membres de l'équipe du personnel d'un département de soins intensifs d'un hôpital urbain. Afin de recueillir un corpus de données riche, nous avons donc procédé à

une stratégie de diversification en nous basant sur deux critères, soit le quart de travail et le nombre d'années d'expérience. Nous avons interrogé des individus provenant des trois quarts de travail et comportant un nombre d'années d'expérience variable. Compte tenu de notre inscription dans une démarche compréhensive et du temps dont nous disposions pour effectuer cette recherche, nous avons limité à deux le choix des individus à interroger pour chaque quart de travail. Six sujets se sont donc prêtés à cette recherche.

Avec la collaboration de l'infirmière-chef du département concerné, nous avons pu faire remettre aux participants une lettre d'invitation requérant leur participation à notre projet de recherche. Lorsqu'ils eurent accepté de faire partie du projet, les sujets ont été invités à remplir un formulaire de consentement à la recherche (voir appendice A), et ont été informé de la possibilité de se retirer à n'importe quel moment de la recherche sans avoir à se justifier. De plus, des noms fictifs ont été attribués à chacun des participants, assurant ainsi leur anonymat.

Notre implication au sein de l'institution choisie fait que nous sommes déjà imprégnés de l'ambiance qui y règne et que nous connaissons les aléas organisationnels et techniques qui font partie du département choisi. Cette connaissance nous procure les éléments nécessaires nous permettant d'approfondir notre sujet auprès des participants et d'observer le reste de l'équipe formée par le personnel infirmier du département. Nous souciant de l'importance des considérations éthiques qu'implique une telle recherche, nous avons porté une grande importance au confort des participants tout au long de cette recherche, nous assurant que cette expérience ne soit pas perturbante pour eux.

3.6 CRÉDIBILITÉ DES RÉSULTATS

Dans l'optique d'une recherche exploratoire, adoptant une démarche qualitative, les résultats obtenus ne pourront faire l'objet d'une généralisation mais présenteront plutôt un portrait situationnel grâce au récit des participants. Nous avons prévu effectuer deux entrevues avec chaque sujet afin de valider la compréhension des thèmes abordés dans la recherche. À la

suite d'une première prise de contact, le deuxième entretien a permis l'approfondissement nécessaire à la méthode du récit de vie et un climat de confiance a réellement pu être instauré entre les chercheurs et leurs sujets.

La validité interne des résultats a été assurée par une vérification des transcriptions d'entrevues par les sujets afin de s'assurer que le personnel se reconnaît dans ces écrits. Elle a été aussi garantie par le principe de triangulation qui incite à l'utilisation de plusieurs méthodes au cours d'une recherche (Dolbec, 1993). Ainsi, les entrevues, menées avec sensibilité, écoute et empathie, ont été dûment retranscrites préconisant des thèmes faisant écho aux termes utilisés par les participants. L'observation participante et l'utilisation du journal de bord ont aussi maximisé l'élimination des risques de biais de la présente recherche. D'ailleurs, le journal de bord « est centré sur une visée descriptive, pour parer aux errances subjectives du chercheur et aux défaillances de sa mémoire. Il s'agit donc de précautions pour assurer à la fois la validité interne et externe des données recueillies » (Baribeau, 2005 p.106).

Notre expérience du terrain et notre connaissance du milieu nous ont également aidé à diminuer certains biais pouvant être associés à un manque de compréhension du contexte dans lequel se trouvent les sujets de cette recherche. Modestement, il nous est possible d'affirmer que le contenu issu des entrevues trouve résonance dans le milieu. D'après les discussions que nous y tenons avec d'autres acteurs, des thèmes et des remarques semblables émergent, nous laissant croire à la validité des propos tenus par les sujets de cette étude.

Ayant ainsi développé une connaissance approfondie des éléments méthodologiques associés à notre travail et le souci d'une sensibilité envers l'émergence du récit de chacun des participants lors des entretiens, nous pouvons maintenant exposer les résultats de cette recherche et leur analyse.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Suivant la réalisation des entretiens, voici la présentation des résultats des six participants. Pour chacun d'entre eux, une courte présentation démographique sera faite, suivie de la description d'un dessin réalisé lors des entrevues et de leur récit organisé selon les thèmes du canevas d'entretien. Dans un souci de fidélité au discours relaté par les participants et pour suivre les mouvements de leur récit, des formules qualitatives fortes ont été utilisées dans les sous-titres pour faire référence aux thèmes du canevas d'entretien. L'ordre dans lequel ont été réalisés les entretiens a déterminé l'ordre de présentation des résultats. Enfin, un résumé transversal sera présenté relatant certains des extraits les plus éloquents des participants ainsi que les points saillants de nos observations.

4.1 REMARQUES SUR LE CANEVAS D'ENTRETIEN

La préparation des entretiens prévoyait une « activité de dégel » ayant pour but d'amener les participants à entrer dans une réflexion sérieuse et soutenue sur leur profession. Les six participants ont donc pu exprimer par l'illustration ce qu'était pour eux, une infirmière ou un infirmier. Concrètement, il a été observé lors des entrevues que la plupart des participants ont pu créer des métaphores qu'ils utilisaient lors de leur récit et ils procédaient à une explication détaillée de ce qu'ils avaient dessiné. Les participants étant libres de conserver ou de laisser aux chercheurs leur dessin, quatre d'entre eux peuvent être observés en annexe (voir appendice C).

4.2 PRÉSENTATION DU RÉCIT D'ANNE-SOPHIE

C'est une femme, âgée entre 25 et 29 ans, infirmière depuis cinq ans, présente sur le département désigné de soins intensifs depuis un an, à temps partiel, effectuant sept jours en ligne de nuit pour sept jours de congé. Elle a fait une formation universitaire et a obtenu son

baccalauréat en soins infirmiers dans une institution montréalaise. Elle a déjà travaillé sur l'équipe volante, en urgence et a fait partie d'une agence privée pendant quelques années.

Elle a disposé sur son dessin divers éléments représentant la profession; soit un stéthoscope, un œil souligné de traits représentant des cernes, une croix rouge, un cerveau, et le sigle de l'hôpital.

4.2.1 La recherche d'un défi continuel et une ouverture d'esprit

Depuis son entrée sur le marché du travail, Anne-Sophie a vécu une multitude d'expériences et a vu différentes facettes du domaine hospitalier. Son moteur professionnel est la recherche continuelle du défi. Pour fonctionner, elle a besoin de nouveauté, de réflexion et d'adrénaline. Depuis un an, elle semble avoir trouvé un endroit où il existe une diversité intéressante. Les cas cliniques et la variabilité de l'état des patients sont captivants et maintiennent l'intérêt d'Anne-Sophie pour son travail pour le moment.

Les conditions de travail aux soins intensifs plaisent généralement à Anne-Sophie. Ayant fait partie d'une agence privée pendant quelques années, elle n'a pas pu créer de lien avec ses collègues, n'étant que de passage dans divers centres hospitaliers. De plus, elle ne pouvait participer aux soins de cas plus sérieux, n'étant pas tout à fait familière avec l'environnement de travail, le matériel utilisé et le personnel de ces centres. Un milieu de soins critiques est donc, pour le moment, l'endroit où elle atteint ses objectifs et où elle actualise sa vision de la profession. Par contre, se rendant compte de ses besoins, Anne-Sophie se garde une porte ouverte. L'éventualité d'un changement de poste ou de département serait pour elle un moyen de garder cet esprit de défi dans son travail. De plus, en travaillant à temps partiel, la participante bénéficie de sept jours de congé, ce qui lui permet de bien évacuer son stress et de garder solide une barrière psychologique importante en faisant le vide. De cette façon, elle est également capable de maintenir un équilibre sain entre le travail et la vie privée car elle ne se sent pas envahie par le travail. D'ailleurs, l'évolution du contexte de la profession lui a montré combien les infirmières plus anciennes avaient souffert et elle ne veut pas vivre la même expérience souffrante. Selon elle, sa génération revient à des valeurs plus familiales et

le confort personnel passe avant tout. Elle ne fait pas beaucoup de temps supplémentaire et tend à bien imposer ses limites.

Ce qui fait sens, ce sont les raisons pour lesquelles Anne-Sophie pratique et aime son métier. Une situation critique à maîtriser, une réflexion à faire sur un problème médical et la mise en action de ses apprentissages, ou encore, le sentiment éprouvé lorsqu'un événement grave a été prévenu. Le fait d'aimer son travail et de s'intéresser aux cas cliniques et à ses collègues démontrent l'intérêt que cette participante porte à son travail et lui fournit un indice de son degré d'implication dans son milieu. Les poussées d'adrénaline qu'elle ressent en effectuant ses tâches l'animent et c'est ce qui la pousse à perfectionner son art. Elle perçoit le travail comme un défi, a pour objectif de se dépasser et éprouve le besoin de surpasser la simple exécution.

Parfois, elle a l'impression de perdre de vue cet objectif en vivant des situations plus pénibles. D'ailleurs, les cas d'acharnement thérapeutique sont pour elle difficiles à vivre. Ce qu'il y a de plus important dans sa pratique est d'arriver à rendre son patient confortable et parfois, tout cela s'évapore car ce dernier perd une grande part de sa qualité de vie. Le plus souvent, dans les cas d'acharnement, le patient n'a d'autre sort que la mort et le fait de repousser cette issue de quelques jours épuise émotionnellement la participante. Elle éprouve de la frustration et a l'impression de travailler dans le vide. De plus, le maintien d'un patient en vie a non seulement un coût matériel élevé pour l'institution, mais implique également un coût moral extrêmement élevé pour la famille de celui-ci, ce qui peut ajouter à la lourdeur de la tâche de cette infirmière. Dans d'autres situations, un patient peut traverser une crise sans que la cause médicale puisse être éclaircie et cela plonge la participante dans le doute. Elle n'aime pas avoir à faire face à un problème dont elle ne peut pas trouver la cause et elle ressent de la pression et un certain sentiment de culpabilité car elle se demande toujours si elle est responsable de ce dérèglement.

Lorsqu'une situation plus difficile survient, Anne-Sophie s'appuie sur son équipe. Elle entretient de bonnes relations avec ses collègues car elle se sent bien dans son équipe,

manifeste de la bonne humeur, et surtout, elle éprouve un sentiment d'appartenance qui selon elle, est nécessaire dans sa profession.

4.2.2 Faire partie d'une équipe « tissée serrée »

Le fait de ne pas faire partie intégrante d'une équipe de travail a marqué Anne-Sophie. Lorsqu'elle était en agence privée, cela représentait sa plus grande insatisfaction. Aux soins intensifs, elle peut apprécier grandement la présence de son équipe. De tout manière, elle affirme que dans ce département, la possibilité de faire cavalier seul est inexistante. La diversité et la complexité des cas en plus d'une philosophie de soins bien ancrée exigent la présence de plusieurs personnes et les relais sont fréquents. Anne-Sophie a du apprendre à avoir confiance en ses coéquipiers, cependant l'entraide et le respect qu'elle a trouvé dans son équipe facilite grandement son travail. Grâce au travail d'équipe, les liens entre les personnes s'affermissent et cela crée un réseau tissé serré, malgré quelques petites mésententes qualifiées de « normales » par la participante.

Elle vit difficilement un conflit et s'assure de le régler au plus vite lorsqu'elle y est impliquée. Il est normal pour elle d'observer certaines mésententes car dans un groupe, il y a toujours des personnalités divergentes. De plus, elle affirme également que dans un milieu composé principalement de femmes, les rumeurs peuvent courir plus facilement. Généralement, cependant, les rapports du personnel infirmier sont empreints de respect. Elle note aussi une ouverture de la part de ses supérieurs et se sent épaulée. Avec les médecins et les résidents, elle mentionne le rapport égalitaire qui lui permet de pouvoir discuter facilement de la situation de ses patients et elle dit rarement avoir affaire à une personne manifestant une attitude condescendante.

Du côté des patients, le contact est plus difficile à établir en raison de l'état souvent comateux de ceux-ci. Par contre, il demeure important de créer ce lien pour la participante car c'est dans ce rapport qu'elle découvre l'aspect humain de son travail. Prendre soin d'un patient c'est également l'épauler et le supporter à travers son épreuve.

4.2.3 Fierté et réalisme

Au fil de sa carrière et grâce à ses diverses expériences, Anne-Sophie a pu forger un regard spécifique sur son rôle d'infirmière. En plus du soutien au patient, elle mentionne le professionnalisme qui doit imprégner chacune des actions qu'elle déploie au travail. La minutie et le souci du travail bien fait sont primordiaux en raison de la nature vitale du travail accompli. Au niveau institutionnel par contre, elle a mentionné l'étendue du champ de compétence attribué au personnel infirmier et elle ne sait plus, parfois, sur quel pied danser. Elle doit jouer à la commis ou à la pharmacienne et ne perçoit plus clairement les balises qui circonscrivent son travail.

Sous un aspect plus personnel, Anne-Sophie affirme ne pas s'imposer l'infailibilité. Les patients ne peuvent pas tous être sauvés, d'autant plus que le corps humain renferme d'innombrables possibilités sur lesquelles elle doit agir. Sa force réside plutôt dans sa capacité d'aller au devant des situations en réfléchissant aux avenues possibles des différents cas qu'elle traite, de pouvoir prévenir les complications et de se satisfaire de ces petites victoires.

D'ailleurs, elle souligne que dans un milieu comme le sien, il est important de trouver les éléments qui peuvent être satisfaisants et s'en contenter. Il en va de même pour la reconnaissance où chacun doit trouver sa propre définition et en rechercher les éléments; cela devient une responsabilité pour chaque individu. Pour Anne-Sophie, le respect et la confiance sont synonymes de reconnaissance. Lorsqu'un patient ou un collègue a un mot gentil, elle en profite mais elle affirme ne pas s'attendre à plus, il faut le prendre quand ça passe.

Par ailleurs, pour rendre le climat de travail encore plus intéressant, la participante essaye de souligner le plus souvent possible le bon travail des ses collègues. C'est important pour elle et cela l'aide également à bien se sentir dans son emploi.

Anne-Sophie est fière de sa carrière et de ce qu'elle a accompli au cours de ses diverses expériences. Elle est fière de son lieu de travail, se sent calme et heureuse. Elle se définit comme une bonne infirmière et pense être une collègue agréable. Dans un avenir plus ou

moins lointain, elle pense peut-être retourner aux études pour approfondir ses connaissances ou aller vers l'enseignement.

4.3 PRÉSENTATION DU RÉCIT DE BOB

C'est un homme, âgé entre 30 et 34 ans, infirmier depuis dix ans aux soins intensifs de l'établissement désigné, à temps partiel, effectuant sept jours en ligne de soir, pour sept jours de congé. Il a fait une formation collégiale et est donc technicien infirmier. Avant d'être engagé comme infirmier, il a été préposé aux bénéficiaires dans le même département.

Il a réalisé son dessin après l'entrevue, ne sachant que faire au départ, en disposant un triangle en équilibre sur une ligne, comme une pyramide inversée instable.

4.3.1 Trouver sa place dans un contexte de décalage alarmant

Pour Bob, une trajectoire professionnelle empreinte du don de soi et le désir d'aider les autres faisait partie des objectifs à retrouver dans son travail. Cet idéal semblait correspondre à ce qu'il percevait de la profession d'infirmier. De plus, le travail qu'il accomplit dans le département des soins intensifs lui permet de développer des connaissances scientifiques poussées pour mieux connaître le cas de ses patients et ainsi voir à leur confort. Pour ces raisons, il aime ce travail.

Pourtant, après dix ans de carrière, il éprouve un sentiment amer face à sa profession. D'abord, les conditions de travail dans lesquelles il évolue lui procurent un sentiment d'exaspération. Du côté syndical, il affirme que le taux de participation aux discussions et aux scrutins concernant la profession est très bas. Malgré les nombreuses revendications dont il entend parler sur le département et dans la salle de pause, il demeure surpris de percevoir cette inactivité chez ses collègues. La pénurie de personnel et les conséquences qu'elle entraîne, comme le temps supplémentaire obligatoire, sont décourageantes pour lui. De plus, il a l'impression d'assister à la multiplication des postes de cadres entraînant automatiquement une multiplication de normes écrites par ceux-ci qui sont difficilement

applicables sur le plancher. Ainsi, Bob se sent lésé par le système de santé et perd parfois de vue les objectifs qu'il s'était fixés. Il se sent à bout de souffle dans un système où tout est urgent, où tout doit être écrit et argumenté.

Afin de survivre dans cet environnement qu'il qualifie de « zoo », il explique qu'il est très important de trouver sa zone de confort. Il se concentre donc sur ses apprentissages scientifiques et se contente d'effectuer les actes médicaux nécessaires au confort de ses patients. Il dirige ainsi son attention sur un aspect beaucoup plus pratique de la profession et tente de ne pas penser à la « grosse » machine de la santé lorsqu'il est sur le plancher. Il célèbre intérieurement chaque petite victoire et ne se concentre que sur le positif. Malgré ses efforts, il lui arrive de se laisser envahir par le travail et penser aux éléments à améliorer quand il n'est pas en fonction mais règle générale, il essaye de ne pas y penser en faisant diverses activités comme du sport.

Pour Bob, une certaine perte de sens est attribuable au décalage qui existe entre la vision médicale des médecins et résidents et la vision de soins du personnel infirmier. Il éprouve un grand inconfort face à ce phénomène qu'il affirme vivre chaque jour. Ce décalage se révèle surtout dans les cas d'acharnement thérapeutique et selon lui, il faut savoir quand s'arrêter et toujours se préoccuper de la qualité de vie du patient avant tout. De plus, depuis quelques années, Bob semble perdre ses illusions. Au départ, lorsqu'il a effectué son cours académique, il explique avoir eu l'impression de recevoir un enseignement basé sur la centralité de l'infirmier et sa grande marge de manœuvre dans la mise en application de ses soins. Sur le plancher, il ne ressent pas cette liberté. Il raconte avoir eu l'impression de frapper un mur, soit les défenses des médecins voulant conserver une certaine emprise sur l'autonomie infirmière. Malgré le contact plutôt amical qu'il entretient avec les membres de l'équipe médicale, il perçoit parfois une attitude condescendante de la part de certains de ces membres. De plus, il pense que cette désillusion est aussi due au manque de temps qui l'empêche souvent d'effectuer ne serait-ce que les actes de base de la routine ordinaire.

Il a donc appris à respecter sa propre routine et à ne demander de l'aide qu'en cas de besoin. Il a ainsi créé son espace de confort, à la manière du chien qui tournoie longuement sur son

coussin afin d'y faire son petit trou, comme il l'a décrit. Il a également appris à reconnaître chez lui un cycle où pendant quelques années, il ressent une certaine négativité par rapport à son travail pour ensuite devenir plus zen, à la manière d'un balancier qui lui permet un certain répit. D'ailleurs, lors de la première rencontre, la négativité l'emportait alors que dans la seconde entrevue, il affirmait revenir à la surface.

4.3.2 La précarité des relations influencée par les tensions

Afin d'entretenir ses connaissances scientifiques, Bob entretient un rapport de camaraderie avec les membres de l'équipe médicale. Même si le dernier mot revient toujours aux médecins, cela lui permet de poser ses questions et discuter de différents cas. Au niveau de ses relations avec ses supérieurs, il perçoit généralement un manque de support et pose un regard critique sur la gestion du personnel effectuée par ceux-ci. Lors de la première entrevue, il a d'ailleurs démontré sa frustration face à l'attribution de certains postes dans le département, se retrouvant ainsi à vivre avec l'inexpérience de ces employés sur le plancher. Selon lui, les rapports entre collègues sont souvent influencés par le stress qui peut régner dans le département. L'état de surcharge dans lequel son équipe se retrouve parfois cause de la difficulté pour certaines personnes à accomplir tout le travail requis. Comme le bien-être des patients demeure l'objectif premier du département, il doit aider les autres à accomplir leurs tâches en plus de voir aux soins des patients qui lui sont attribués. Il ressent alors une pression supplémentaire. Selon lui, ce stress envenime les relations et il a moins tendance à créer des liens avec les personnes pour qui il doit toujours intervenir. De plus, ces tensions peuvent être ressenties par les patients et l'empathie des membres de l'équipe ainsi que l'ambiance de travail peuvent être affectées par ce stress.

Dans l'équipe, Bob affirme qu'il faut apprendre à connaître les limites de tout le monde et il est donc difficile de travailler sur la cohésion du groupe car il y a beaucoup de monde et donc beaucoup de limites à respecter. Cependant, comme il le souligne, l'objectif commun de l'équipe étant le bien-être des patients, pour cette raison, la plupart des membres du personnel infirmier manifeste du professionnalisme dans leurs rapports afin que l'ambiance de travail demeure correcte.

Bob perçoit également un décalage générationnel face à l'arrivée des nouvelles infirmières et nouveaux infirmiers. Pour lui, être aux soins intensifs, c'est comprendre et agir en fonction des responsabilités qu'imposent les soins critiques. Il ne s'agit pas simplement d'une parure et le défi est grand. Il insiste d'ailleurs sur la nécessité d'un profil à avoir pour être sur un département de soins intensifs. Selon lui, son équipe manifeste une grande étanchéité et les anciens ont des attentes élevées envers les nouveaux. Comme un milieu de soins critiques est exigeant, l'équipe l'est également et cela peut être difficile pour un nouveau d'intégrer le groupe; il faut faire ses preuves sans être trop flamboyant.

Finalement, il parle également de l'existence de certains clans, regroupant des personnes qui s'aident plus souvent entre elles, ou encore qui se voient à l'extérieur de l'hôpital. Il parle également de certaines frictions existant entre les trois quarts de travail. Chaque équipe revendique ses demandes et fait valoir ses forces. Pour Bob, c'est une réalité normale pour laquelle il ne se laisse pas influencer.

4.3.3 Une reconnaissance sociale avant tout

Dans les rapports entre collègues, les encouragements ne sont pas chose courante dans le département selon Bob; il y a en, de temps en temps. Il explique que plus d'encouragements ne seraient pas nécessairement bénéfiques pour le climat de travail. Personnellement, lorsqu'il félicite ou encourage un collègue, il souligne le travail d'une seule personne et ne voit pas en quoi cela pourrait être utile à l'équipe. Pour lui, les encouragements personnels ne représentent pas le type de reconnaissance qu'il aimerait recevoir. Ce qu'il souhaite, c'est une reconnaissance sociale plus grande de la profession ainsi qu'une reconnaissance des problèmes du système de santé par le gouvernement en proposant des solutions viables. Selon lui, l'héritage du clergé laisse encore une empreinte de dévotion et de vocation à la profession. Il affirme que le métier d'infirmier est bel et bien une profession pour laquelle on mesure des compétences et que n'importe qui pourrait apprendre. Le vrai sens de son métier est l'accomplissement des actes de soins qui lui sont demandés dans le but de soigner un patient en faisant équipe avec ses collègues. L'image que laisse la notion de vocation est en décalage avec ce qu'il veut projeter.

Dans un autre ordre d'idée, il a longuement exprimé sa déception face aux conflits occasionnés par la différence entre les techniciens et les bacheliers. Pour lui, le rôle d'un infirmier est d'effectuer une surveillance accrue de son patient et de voir à toutes les éventualités. L'expérience peaufine ensuite les sens et les réflexes de chaque infirmier. Sur le plancher, cette réalité est la même pour tout le monde et il ne perçoit pas de différences associées au savoir qu'un technicien ou qu'un bachelier aurait pu acquérir en plus par sa formation. Il reconnaît que pour accéder aux postes de gestion, le baccalauréat est nécessaire puisqu'on y enseigne les notions adéquates mais il n'accepte pas le fait qu'une infirmière bachelière ayant moins d'expérience que lui puisse accéder à un poste plus avantageux ou puisse participer à un projet de recherche intéressant. Il ressent cela comme un dénigrement des techniciens et est ébranlé par la division que cela cause dans la profession. Selon lui, la formation devrait être nivelée afin que les conflits associés à ce problème soient enrayés sur le département et dans le système de santé en général. Il ressent une profonde injustice face à ce phénomène et éprouve également de la frustration envers le système. Comme le travail demandé auprès du patient demeure le même, il ne voit pas pourquoi il n'aurait pas droit au même avancement que ses collègues bacheliers.

Bob porte son attention sur les éléments qui le rendent heureux dans son métier et tente tant bien que mal de survivre dans un système qu'il qualifie de « chambranlant » et dont les bases semblent s'effriter d'année en année.

4.4 PRÉSENTATION DU RÉCIT DE CAROLINE

C'est une femme, âgée entre 30 et 34 ans, infirmière bachelière présente sur le département désigné depuis dix ans, travaillant à temps partiel et effectuant des journées de douze heures, soit huit de jour et quatre en début de soirée. Elle effectue sept jours en ligne pour sept jours de congé.

Sur son dessin, elle a dessiné trois grands carrés pour faire des grandes fenêtres et plusieurs figures représentant un groupe d'infirmières avec des traits représentant des sourires sur leurs visages.

4.4.1 Choisir son combat

Depuis dix ans, Caroline multiplie les projets dans son travail et s'implique dans divers programmes proposés par ses supérieurs. Elle se décrit comme étant une personne qui agit et travaille avec passion et qui est dotée d'une certaine impulsivité. Idéaliste, à ses débuts, elle voulait révolutionner le monde infirmier. Pour elle, aucune journée ne se ressemble, malgré l'existence d'une routine de base au niveau des soins à donner aux patients. Elle retrouve donc aux soins intensifs une variabilité de situations qui évoluent parfois très rapidement en fonction de l'état des patients ou encore de leur réaction à certains traitements. Caroline se sent très à l'aise dans un environnement de ce type puisqu'elle peut continuellement apprendre de nouvelles informations, travailler en équipe et se sentir mobilisée par l'urgence que ces situations demandent.

Elle affirme également adorer son travail. Elle participe à différents projets dans lesquels elle peut transmettre son savoir et enseigner les concepts utiles à ceux qui formeront la relève. Elle aime accompagner les gens et recherche la lueur dans leurs yeux qui s'illuminent lorsqu'ils comprennent enfin la matière enseignée. Cette participante dit recevoir plusieurs commentaires sur sa force de mobilisation et aime rassembler les troupes autour de projets ou de valeurs qui lui tiennent à cœur. C'est sa façon à elle de se réaliser dans son travail et de mettre de l'avant sa fibre humanitaire.

Au début de sa carrière, voulant révolutionner le monde des soins, elle se sentait investie d'une grande force et d'une grande énergie. Avec les années, elle raconte avoir eu l'impression de donner des coups de pelle dans l'eau. Les choses ne bougeaient pas comme elle l'avait imaginé et elle se sentait ainsi très fatiguée. Elle a donc appris à faire des choix pour sélectionner les défis adéquats et s'adapter à la réalité du système. Connaissant sa force de caractère et son petit côté missionnaire, elle s'est ainsi dirigée vers des projets d'orientation et d'enseignement. Malgré cette désillusion et l'acceptation des conditions dans

lesquelles elle travaille, Caroline garde en tête ses idéaux et les traduit maintenant dans son souci du travail bien fait. C'est de cette façon qu'elle les maintient en vie et les actualise. En plus de la pénurie de personnel et de l'alourdissement de la tâche par la bureaucratie qu'on introduit dans la profession, elle trouve aussi que l'environnement physique dans lequel elle travaille est très sombre. Par contre, pour elle, les conditions de travail ne sont pas si exigeantes et exténuantes lorsque l'énergie est mise sur les éléments qui lui procurent de la satisfaction comme par exemple, l'établissement d'une bonne relation avec les familles des patients.

Dans son travail, Caroline doit parfois côtoyer la mort. Bien des patients sont âgés et arrivent à cette étape de leur vie et dans ces situations, il est plus aisé d'accepter la possibilité de perdre le patient et de faire cheminer la famille en ce sens. Par contre, il existe aussi des cas plus difficiles, où les patients sont plus jeunes, ou ont effectué de longs séjours aux soins intensifs en vain. Pour elle, chaque situation de cette nature est difficile à vivre, peu importe le nombre d'années d'expérience. Caroline dit alors ressentir un profond sentiment d'injustice et parle du bris de contact qui doit être fait entre elle et le patient ainsi que toute la famille impliquée dans ses soins. Afin de protéger son humeur et sa motivation, elle verbalise beaucoup ses sentiments avec ses collègues et peut ainsi laisser ces histoires à l'hôpital, sans les laisser l'envahir dans sa vie privée. Les situations difficiles lui rappellent tout de même l'aspect humain qu'elle aime et qu'elle recherche dans son travail car sans cela, elle pense que son travail ne serait pas complet.

Par ailleurs, dans d'autres situations, elle peut éprouver de la frustration et se sentir démotivée quand la qualité de vie de son patient est affectée. Pour elle, il n'y a rien de plus épuisant que de voir un patient souffrant, sans pouvoir le soulager. Elle raconte que parfois, elle se demande à quoi peuvent bien servir ses soins si ce n'est que pour maintenir un corps en vie. Elle aimerait une plus grande sensibilisation de la population face au problème de l'acharnement thérapeutique et mentionne la communication qui doit se faire entre l'équipe médicale, le personnel infirmier et la famille du patient afin de déterminer la limite acceptable de soins à donner.

4.4.2 Une confiance nécessaire

Caroline entretient une relation professionnelle et polie avec les médecins et résidents mais n'hésitera jamais à s'objecter devant une opinion qu'elle trouve inadéquate. Elle reconnaît par le fait même la force de caractère des médecins qui doivent affronter les familles, les patients et une équipe d'une vingtaine d'employés à chaque jour.

Tout au long des entrevues, Caroline a insisté sur l'importance de maintenir de bonnes relations dans l'équipe de travail. Selon elle, dans le contexte hospitalier, on n'est vraiment infirmière qu'en faisant partie d'une équipe. Aux soins intensifs, le travail d'équipe est primordial et la vie des patients en dépend. Ainsi, afin de maintenir une ambiance de travail intéressante, elle s'efforce de régler rapidement les conflits dans lesquels elle est impliquée et n'hésite pas à en parler avec ses supérieurs. Elle se sent très attachée à son équipe et a développé au cours des années une grande intimité avec certaines personnes. Cette intimité lui sert dans son travail quotidien car un lien de confiance solide lui procure l'assurance dont elle a besoin pour confier ses patients à ses collègues lorsqu'elle quitte le département. De plus, il est plus facile de laisser envahir sa bulle par des gens qu'on connaît bien. D'ailleurs, le personnel infirmier est divisé en deux grands groupes sur l'unité de soins intensifs afin que chacun puisse couvrir une fin de semaine sur deux. Pour Caroline, il serait très difficile de quitter son équipe pour aller sur l'autre fin de semaine car elle perdrait ses points de repère. Chaque groupe a sa manière de fonctionner et possède une « ambiance » qui lui appartient. Aux soins intensifs, le travail est difficile et la confiance entre tous les collègues doit régner afin que les soins puissent être prodigués correctement aux patients. Selon elle, si ce n'était des situations critiques, l'équipe serait peut-être un peu moins soudée, par contre, la nature du département rend l'équipe très importante.

L'intégration des nouveaux est alors très difficile et Caroline parle d'un « barème » très élevé afin d'intégrer l'équipe. Ce barème implique la manifestation d'un certain équilibre entre la confiance en soi, les questions adéquates à poser et le fait de ne pas faire la vedette. L'expérience fait le maître et selon elle, la nouvelle génération semble moins bien accepter la critique. Elle cumule maintenant une expérience appréciable mais elle a l'impression que cette expérience est un peu moins respectée et admirée qu'avant. De plus, il y a quelques

accrochages entre les bacheliers et les techniciens, surtout au niveau du salaire. En regardant le travail au plancher, tout le monde fait la même chose, cependant elle insiste sur la vision des soins que le baccalauréat lui a apporté et apprécie la globalité de cette vision. Cela l'aide à chaque jour dans son travail. De plus, elle ne voit pas pourquoi elle aurait un salaire moindre car elle les a effectués les années d'étude en plus.

Une autre source de difficulté au niveau des interactions quotidiennes réside dans le manque de communication entre les quarts de travail. Selon Caroline, il est facile de se laisser emporter dans des discussions concernant un autre quart de travail que le sien et cela cause une éternelle concurrence entre les quarts de travail. Lors de la première entrevue, ces conflits affectaient beaucoup la participante mais lors de la deuxième rencontre, elle avait décidé de changer de combat, affirmant que cette concurrence était là bien avant elle et serait sûrement là après son passage.

4.4.3 Porter avec dignité le costume d'infirmière

Caroline sent qu'elle investit totalement sa profession lorsqu'elle enfle son « costume d'infirmière ». Elle s'implique à 100% lorsqu'elle a les pieds dans l'hôpital et elle vit le moment intensément, comme elle le vit à 100% lorsqu'elle est tutrice ou tout simplement en vacances. C'est cet engagement qui l'anime et elle se perçoit d'ailleurs comme une personne revendicatrice et idéaliste. Elle discute de chacune des décisions dans lesquelles elle est impliquée et s'efforce d'être transparente et intègre. Elle raconte que pour survivre à la jungle du système de santé, il faut absolument assumer et être confortable avec les choix et les décisions prises pour les patients et dans l'équipe. Elle n'est pas la seule revendicatrice de l'équipe et est confortable dans ce rôle. Même ses collègues lui en font la remarque. Elle sent donc un appui de la part de son équipe et en ressent de la gratitude.

Pour elle, une grande marque de reconnaissance réside dans le remerciement. C'est une façon de reconnaître que le service qui a été rendu a bel et bien été utile. Dans le département, elle éprouve un manque de reconnaissance de la part de ses supérieurs et sent qu'elle est considérée comme un numéro par son institution. Elle doit donc rechercher la reconnaissance au niveau de l'équipe de travail. Elle s'efforce de valoriser le travail des autres en distribuant

quelques encouragements et insiste sur le fait qu'il est important de mettre l'accent sur la personne et l'ensemble de son travail plutôt que sur des actes spécifiques. Elle pense donc que le remerciement représente la marque de gratitude idéale pour répondre à cet objectif.

Caroline a aussi déjà reçu une autre marque de gratitude en servant de modèle. Une nouvelle infirmière lui a dit qu'elle s'inspirait beaucoup d'elle et s'efforçait de reproduire ses comportements dans son travail. Elle s'est alors sentie valorisée en tant que formatrice et même si ces occasions sont plus rares, elle dit en profiter lorsque ça passe et que ça remplit sa réserve d'énergie pour continuer son travail, autrement, elle ne mise pas sur la reconnaissance comme source de motivation soutenue dans son travail.

4.5 PRÉSENTATION DU RÉCIT DE DOMINIQUE

C'est une femme, âgée entre 50 et 54 ans, infirmière bachelière depuis plus d'une trentaine d'années, présente sur le département désigné à temps plein comme assistante infirmière chef. Elle a déjà travaillé de nuit pendant près de dix ans et de soir pendant douze ans.

Sur son dessin, elle a tracé une figure représentant une infirmière, stylo à la main, stéthoscope et seringue à côté ainsi qu'un téléavertisseur à la ceinture. À la fin de la deuxième entrevue, elle a ajouté un sourire au personnage.

4.5.1 Coordonner, organiser et évoluer dans la sagesse

Dominique a choisi son travail presque par hasard, cela semblait intéressant dit-elle. Après plus de trois décennies, elle ne regrette pas du tout son choix, même si elle avait pu se diriger vers autre chose. Par ce travail, elle se réalise et opère son côté organisateur puisqu'elle est assistante infirmière chef. À ses débuts, l'idée de venir travailler dans un grand hôpital urbain l'impressionnait. Elle devait mettre en pratique tout ce qu'elle avait appris comme théorie et cela n'était pas une mince affaire. Selon elle, le champ de compétence des infirmières reste particulièrement vaste, d'autant plus que de nos jours, de plus en plus d'actes sont exigés de leur part. Dans le département des soins intensifs où elle travaille, il n'y a que deux préposés

aux bénéficiaires pour aider toute l'équipe alors elle doit aider les autres et faire des tâches un peu plus éloignées de son champ d'expertise. De plus, l'évolution de la profession et le côté légal qui lui est associé multiplie le nombre de rapports à remplir. Pour Dominique, cela signifie une tâche qui ne cesse de s'alourdir mais également une crainte de l'évacuation de toutes les tâches cliniques pour les infirmières. Elle aime être près de ses patients et la bureaucratie lui fait peur car elle ne veut pas être qu'une surveillante mais bien occuper un rôle actif auprès d'eux.

Dominique s'occupe de la coordination du département, ses tâches principales concernent surtout le transfert des patients et l'attribution des patients au personnel soignant. Un moment important dans sa journée consiste à établir le plan d'action avec les médecins, lorsqu'ils arrivent. C'est de cette manière qu'elle peut visualiser le cours de sa journée de travail et ainsi se fixer des objectifs afin de réaliser son plan. Pour elle, chaque journée représente un défi intéressant à relever. Elle entretient avec son travail un rapport très positif car il lui permet d'être maître de son temps.

De plus, elle peut avoir un aperçu de l'historique médical de chacun des patients qui se trouvent sur son unité. Elle est donc très enthousiaste lorsqu'elle assiste au rétablissement d'un patient et cela constitue le point marquant de sa journée lorsque cela se produit. Pour elle, ces petits miracles l'aident à conserver une vision positive du département de soins intensifs. Les situations médicales critiques auxquelles elle fait face sont très souvent difficiles à vivre et elle affirme qu'il n'y a qu'une très mince ligne entre le choix d'arrêter ou de continuer un traitement. C'est une aventure que d'accepter un traitement en soins intensifs alors il est normal d'aller loin avec les patients mais il faut savoir quand s'arrêter et c'est là que réside, selon elle, tout l'art des soins intensifs qui peut être également une source de frustration pour l'équipe. Pourtant, elle croit qu'un certain équilibre qui finit par s'établir entre les cas où l'équipe médicale va trop loin et les patients qu'on laisse aller. Dominique reconnaît la philosophie des soins infirmiers comme étant un accompagnement du patient alors que l'équipe médicale vise plutôt la guérison de celui-ci. Depuis la nuit des temps ces visions s'affrontent et c'est là que survient la frustration. C'est à l'usure que la fatigue émotionnelle s'empare de son équipe qui côtoie les patients à tous les jours. Les médecins

arrivent à maintenir une distance avec ceux-ci, ne les voyant que quelques minutes par jour et elle croit que c'est une bonne chose car ils ne seraient peut-être pas capables d'en soigner autant sans cette distance. Elle-même maintient aussi une certaine distance en se disant que ce n'est pas sa maladie ni son histoire, elle se propose d'être en paix avec ça et d'accepter de laisser le combat à ceux qu'il concernent soit le patient et sa famille. Elle ne fait que les aider et c'est ainsi qu'elle conçoit le sens de ses actions en tant qu'infirmière. Selon elle, il ne faut pas être en désaccord avec cela et elle voit plusieurs de ses collègues qui travaillent contre leurs valeurs et remarquent que ce sont des gens qui sont malheureux et désillusionnés. La gestion des émotions est un travail quotidien nécessaire pour être bien dans le département et elle s'y efforce du mieux qu'elle le peut.

Dominique se sent donc à sa place dans son rôle d'infirmière puisqu'un des aspects qu'elle apprécie de son travail est le contact humain qu'elle établit avec les patients et avec tous les intervenants de l'hôpital. Elle aime accompagner les patients jusqu'aux étages où ils sont transférés et assure un suivi quelques jours plus tard avec les autres assistantes. Elle ressent beaucoup de satisfaction dans cet aspect de son travail. De plus, son téléavertisseur lui rappelle qu'elle doit assurer un contact avec bon nombre d'intervenants dans l'hôpital. C'est son outil de travail de prédilection.

4.5.2 Gouverner les ingouvernables

D'un autre côté, pour Dominique, les interactions qu'elle a avec le personnel de sa propre équipe sont un lieu où elle éprouve une grande insatisfaction. D'abord le roulement du personnel affecte la cohésion de l'équipe car les employés ne restent pas aussi longtemps qu'avant dans le département. À travers les années, c'est une facette de son travail qui a beaucoup changé. De plus, les gens sont « techniques » et mettent de l'avant leur esprit scientifique et selon Dominique, cela rend l'équipe plutôt froide et distante, malgré la proximité physique des patients.

La distance s'établit également entre les trois quarts de travail où elle mentionne une évidente compétition. Les tâches sont différentes et c'est normal puisque les besoins des patients changent au cours de la journée. La participante visualise le cycle entre les trois quarts

comme une continuité et les équipes de soir et de nuit doivent s'assurer de maintenir la stabilité du patient. Les décisions médicales sont prises de jour alors il est normal qu'on y retrouve une plus grande activité. Cette opinion lui a déjà valu bien des oppositions.

Dominique aime considérer la salle de pause comme une extension du département puisque c'est à cet endroit qu'elle remarque l'engouement de son équipe pour le scandale du jour, la petite histoire à se mettre sous la dent. Souvent les discussions de la « salle à café » sont le foyer de discordes et la majorité des conflits sur le département sont d'ordre personnel. Ces conflits l'affectent grandement et elle a parfois l'impression qu'on lui bousille sa journée avec toutes ces histoires.

En tant que chef d'équipe sur le plancher, Dominique doit également veiller au bien-être de son équipe et les amener à évoluer vers une cible commune. Elle ressent un grand manque de soutien de la part de son équipe qui ne se gêne pas pour critiquer ses décisions. Elle accepte de ne pas toujours avoir la solution idéale et fait ce qu'elle peut, elle aimerait donc que son équipe lui reconnaisse cette qualité. Elle a l'impression de gouverner un groupe ingouvernable. Avec les années, elle a appris à connaître les membres de son équipe et la façon dont chacun d'eux réagit devant le stress ou une situation désagréable. Elle peut donc arriver à faire passer ses décisions plus facilement en adaptant son comportement pour chacun d'eux mais elle se dit un peu fatiguée et déçue de toujours devoir enfiler ses gants blancs bien propres jusqu'au coude pour proposer ses idées. Elle revêt donc le rôle ingrat de celle qui doit trancher et vit souvent avec l'humeur maussade de ses troupes.

La rigidité des employés varie d'un individu à l'autre et chacun finit par trouver sa zone de confort. Pour les nouveaux arrivants, Dominique croit que cela peut être intimidant d'affronter une équipe qui est si exigeante et performante. Comme chacun s'efforce d'aménager sa zone, les nouveaux doivent répondre aux critères techniques sans faire de vague. Pour les autres employés de l'hôpital, cela peut aussi être difficile de venir aux soins intensifs car le personnel infirmier qui s'y trouve contrôle parfaitement son environnement et évite tout dérangement. C'est pourquoi Dominique affirme que l'image « d'air bête » des soins intensifs est répandue et bien établie à travers l'hôpital. Elle se soucie grandement de

cette réputation car elle est consciente que la crédibilité de son équipe en dépend. Parfois, elle a l'impression que les membres de son équipe n'apprécient plus la chance qu'ils ont de travailler dans un tel département avec en plus, tous les avantages au niveau du salaire ou encore des horaires que cela peut amener, et se dit scandalisée des écarts de conduite qui peuvent survenir.

4.5.3 Se faire à l'idée

Au début de sa carrière, Dominique voyait le poste prestigieux d'infirmière aux soins intensifs d'un œil très impressionné. Au fil des années et aussi en devenant assistante infirmière chef, elle a appris à porter sur ses épaules l'image de ce département et le représente dans le reste de l'hôpital. Il est important pour elle de se rappeler qu'un poste aux soins intensifs revêt l'étoffe d'un privilège. Elle s'efforce donc d'être accueillante avec les nouveaux employés et avec tous les intervenants qui viennent dans le département.

Elle se dit chanceuse d'être tombée sur une équipe qui l'a bien acceptée il y a 30 ans car c'est grâce à cela qu'elle a pu bâtir une confiance en sa pratique et développer ses compétences. Pour elle, sa force réside dans le fait qu'elle est encore passionnée par son travail et elle n'est pas du tout ennuyée par les tâches qu'elle a à accomplir. Elle continue d'apprendre chaque jour et se dissocie totalement de l'image de l'employée ancienne et blasée qui s'accroche à son poste.

Ce qui est plus difficile à accepter pour elle, c'est de ne pas toujours être capable de rallier son équipe. Elle sait qu'elle accomplit son travail d'une façon adéquate et se perçoit comme une bonne assistante infirmière chef et s'en félicite, mais elle aimerait ressentir plus de reconnaissance. Elle ressent un manque et se rend compte que c'est une valeur qui n'est pas beaucoup véhiculée dans son milieu. Avec les années, elle s'est fait à l'idée et ne se crée plus d'attente pour ne pas être davantage déçue. Parfois, les nouveaux employés lui demandent conseil et c'est dans ces moments qu'elle perçoit un certain respect pour son expérience et elle l'apprécie.

Finalement, Dominique voit toujours la profession sous un côté positif pour la fierté que ce travail peut lui procurer mais elle est consciente des changements qui pourraient survenir et demeure inquiète pour l'avenir de la profession.

4.6 PRÉSENTATION DU RÉCIT D'EVELYNE

C'est une femme, âgée entre 25 et 29 ans, infirmière bachelière depuis quatre ans. Elle a travaillé deux ans dans un autre département et est présente aux soins intensifs à temps partiel de nuit, depuis 2 ans. Elle a complété la formation DEC-BAC dans une institution montréalaise.

Sur son dessin, elle a tracé une figure représentant une infirmière, entourée de plusieurs traits désignant une multitude de bras. Elle a ajouté un sourire lors de la deuxième entrevue.

4.6.1 Les soins intensifs comme une révélation

À son départ, Evelyne s'attendait à retrouver dans son travail tous les éléments qui feraient en sorte qu'à chaque matin, elle aurait hâte de venir travailler et serait continuellement heureuse. Bien vite, elle a frappé un mur et s'est rendue compte que son milieu est composé de hauts et de bas, comme toutes les autres professions qu'elle connaît. Tout semblait si emballant dans les livres d'école, elle affirme maintenant avoir pelleté bien des nuages et lorsqu'elle est entrée dans le milieu, elle a appris à se débrouiller avec des problématiques cliniques bien réelles qui la déstabilisaient. Elle pensait également pouvoir approfondir bien plus le lien avec ses patients en prenant le temps de leur parler, de les changer, de les débarbouiller et de les rendre heureux. Elle a dû se résigner et adapter sa vision de la profession car elle voyait bien qu'elle ne disposait pas du temps adéquat pour cela. Elle a appris à mettre de côté certains actes pour accomplir sa routine et arriver au bout de sa journée en ayant complété tous les soins essentiels. La bureaucratie multiplie les rapports qu'elle doit remplir et elle doit souvent accomplir plus de trois ou quatre choses à la fois, comme une pieuvre. Elle est constamment en réflexion sur son plan de soins et maintient une mise à jour serrée de l'état de ses patients.

À ses débuts, Evelyne travaillait dans un autre département et se rend compte maintenant de la chance qu'elle a d'avoir obtenu un poste aux soins intensifs. Elle compare l'étage au travail à la chaîne. Les patients y sont nommés par leur numéro de lit et cela représentait un enfer pour elle de ne pas retrouver davantage d'humanité dans son travail. Cet aspect de son travail revêt une grande importance. Par exemple, peu de temps après avoir intégré les rangs des soins intensifs, elle a été appelée à répondre à une situation d'urgence. Son patient était en arrêt cardio-respiratoire et malheureusement, il n'a pas pu être sauvé. Les manœuvres ayant alors été complétées, l'équipe a laissé le patient intact dans son lit. Pour Evelyne, il s'agissait de considérer ce dernier comme un corps plutôt qu'une personne et elle en a été grandement choquée. Les premières années de sa pratique ont donc été marquantes pour Evelyne. Elle a vécu beaucoup de frustrations et elle revoyait même en rêve très souvent le cas du patient décédé. Depuis ce temps, elle a développé l'habitude de parler aux patients qui décèdent, en leur racontant ce qui s'est passé et en leur souhaitant un bon repos. L'acceptation de la mort n'est pas une difficulté pour elle, elle insiste simplement sur la dignité que chacun de ses patients mérite. D'ailleurs, elle se révolte devant les cas d'acharnement thérapeutique car ce sont des situations qui ont un coût émotif et matériel très élevé. Souvent, elle considère que les cas sont poussés beaucoup trop loin et se sent abattue de voir qu'une famille ne peut entamer son deuil ou qu'un patient souffre inutilement.

Malgré les difficultés émotives et psychologiques engendrées par le travail dans un tel département, Evelyne estime que les soins intensifs sont une révélation pour elle. C'est à cet endroit qu'elle estime s'être le plus accomplie en tant qu'infirmière et où elle retrouve quelques aspects du sens qu'elle donnait à la profession lorsqu'elle était étudiante. Elle apprend constamment par les formations de perfectionnement offertes et par la diversité des cas qu'elle rencontre. Elle peut mettre un visage sur le nom de la personne qu'elle soigne car le personnel ne prend en charge que deux, parfois trois patients à la fois. Elle peut également mettre en place une relation de soutien avec la famille. Les conditions de travail sont nettement supérieures à ce qu'elle a affronté à l'étage. Elle ne fait presque plus de temps supplémentaire obligatoire car la présence d'employés d'agence comble les postes à remplir au besoin. Elle apprécie beaucoup son département.

4.6.2 *Un rapport positif*

Evelyne apprécie donc également les employés d'agence car ils la délivrent d'une très grande contrainte occasionnée par la pénurie de personnel. De plus, les mêmes personnes reviennent souvent aider le même département alors elle apprend graduellement à les connaître. Elle entretient également une très belle relation avec ses collègues du quart de nuit et qualifie son équipe comme un lieu d'entraide et de dynamisme. Comme dans n'importe quelle équipe, des conflits peuvent parfois éclater mais depuis qu'elle est aux soins intensifs, la participante affirme n'avoir vu qu'une situation dégénérer. Elle perçoit un respect que chacun considère envers les autres. Elle observe cependant quelques tensions entre les différents quarts de travail. Elle s'en rend compte lors de la période de la transmission du rapport d'où certains commentaires émanent.

Son rapport avec l'équipe médicale est également positif. Elle ressent un certain degré de collaboration et impose bien les limites de son rôle quand à ce que chacun doit manifester devant le patient et sa famille. Ainsi, elle s'informe du parcours médical du patient pour en raconter les différentes étapes à la famille mais laisse le soin à l'équipe médicale de leur annoncer les différentes décisions cliniques qui sont prises.

Là où elle éprouve un peu plus de difficulté, c'est lorsqu'elle se sent plus fatiguée, elle fait preuve de beaucoup moins d'empathie envers ses patients et leur famille. Parfois, les soins à donner sont complexes ou ne fonctionnent pas du premier coup alors cela frustré Evelyne et la rend plus impatiente. Ses expressions non verbales peuvent alors démontrer ses états d'âme. Lors de la première entrevue, elle éprouvait aussi de la difficulté avec les préposés aux bénéficiaires et trouvait qu'ils manquaient d'implication dans l'équipe. Depuis, une rotation de personnel a eu lieu et les gens semblent plus enclins à aider le personnel infirmier. C'est important pour elle car cela affectait l'ambiance du département. Tout le monde se plaignait des autres et le climat de travail n'était pas très joyeux.

Lorsque Evelyne met son parcours académique en perspective, elle s'aperçoit qu'elle a été déçue par l'approche de son institution académique. La vision qu'on lui a enseignée ainsi que les rares occasions de pratique, d'argumentation et de partage avec les autres spécialités

médicales lui ont laissé un goût amer. Elle a eu l'impression de régresser car ce qu'elle a appris au niveau collégial, elle l'a revu ensuite à l'université sans davantage l'approfondir. Au travail, elle comprend la petite différence que lui a apporté son bac dans sa façon de prendre en compte un patient, mais selon elle, la formation technique aurait peut-être été suffisante.

4.6.3 Avoir la vocation

Le rôle d'accompagnement du patient est clairement défini dans la tête d'Evelyne. C'est l'aspect de son travail qui est le plus important pour elle. C'est sa manière d'accomplir son travail à 100% et c'est pourquoi elle affirme qu'une de ses forces est le travail bien fait. Elle s'attache à ses patients, les voit se torturer de douleur dans leur lit ou sait lorsqu'ils doivent être changés. Elle leur administre les doses prévues et panse leur plaie. Elle couvre des besoins d'ordre physique et psychologique. Selon elle, c'est ce qui compose l'accompagnement et il faut aimer faire cet accompagnement pour être infirmière. C'est la base.

Evelyne considère qu'elle a la vocation d'être une infirmière. Elle détache la notion de vocation de son héritage ecclésiastique et y rattache plutôt le fait que c'est une profession qui exige d'amalgamer une pensée scientifique, un côté humain et une part émotive. Elle considère qu'il faut avoir cette vocation pour endurer les situations difficiles du milieu hospitalier et les nombreux épisodes émotifs. Dans la vocation existe aussi la barrière psychologique qu'il faut construire afin de ne pas se laisser abattre par les difficultés rencontrées.

La profession exige donc un grand contrôle de soi et le support des autres est important pour continuer d'évoluer dans la profession. Ainsi, chaque encouragement ou chaque remerciement constitue une marque de gratitude. Evelyne sait qu'il n'y a pas, dans le milieu, beaucoup de source de reconnaissance alors elle apprécie chaque compliment qu'elle peut recevoir et profite de la gratitude qu'elle ressent alors sur le moment.

4.7 PRÉSENTATION DU RÉCIT DE FRANÇOIS

C'est un homme, âgé entre 30 et 34 ans, infirmier technicien depuis 9 ans. Il a travaillé autant d'années dans son département actuel, les soins intensifs. Lors de ses études collégiales, il a travaillé comme préposé aux bénéficiaires et a fait son externat dans une autre institution.

Sur son dessin, il a tracé une figure représentant une infirmière insistant sur sa féminité pour désigner le milieu de femme dans lequel il travaille. Il a dessiné un pantalon en indiquant que c'était un jeans pour représenter les moyens de pression ayant lieu dans son équipe. Il a également ajouté à l'ensemble le chandail de la FIQ et le macaron en inscrivant le slogan « Charest, on n'est pas des numéros ».

4.7.1 Le culte de la performance

Le récit de François débute alors qu'adolescent, il a du faire un choix quant à son futur et il a opté pour le monde de la santé. Il cherchait un emploi dans lequel il pourrait venir en aide aux autres et vivre une certaine adrénaline en affrontant différentes situations. Avec le recul, il se rend compte qu'à 16 ans, il est très difficile de choisir son avenir et on ne peut jamais être certain du choix qu'on a fait. Heureusement, il se rend compte aujourd'hui que cette option convient à plusieurs facettes de sa personnalité, mais il arrive à un âge où la remise en question obsède ses pensées.

Ainsi, il se demande si un autre domaine ne serait pas plus intéressant, tout en gardant à l'idée que cette profession lui assure la possibilité de réaliser ses rêves en obtenant un niveau de vie confortable. Le changement peut parfois sembler tentant mais la réalité de la famille, de la maison et de l'hypothèque forme un système dont on ne peut pas facilement se sortir. François s'efforce alors de trouver les aspects de son travail qui le poussent à toujours s'améliorer. Il s'impose un degré de performance élevé et reconnaît que c'est difficile de toujours chercher les bons côtés d'une activité qu'on fait tous les jours. Il se concentre alors sur les éléments qu'il peut approfondir en s'impliquant au niveau de l'orientation des nouveaux et de certains projets de recherche dans lesquels il trouve une place.

Lors de ses études, il a fait un externat à l'étage psychiatrique d'une institution montréalaise et son expérience fut assez ardue. L'attitude et l'allure de François ne cadreraient pas parfaitement avec le « modèle » infirmier habituel. Malgré son allure « excentrique » (il avait les cheveux bleus), il entretenait une bonne relation avec ses collègues mais il n'arrivait pas à avoir un bon rapport avec sa supérieure. À la fin de son externat, il a dû faire face à un conflit avec cette dernière, ce qui lui a coûté une place dans l'institution. Son caractère combattif et proactif a par contre été apprécié dans le département de soins intensifs pour lequel il travaille actuellement et il y est depuis ce jour. Cette entrée radicale dans le milieu a permis à François de comprendre les défis qu'un milieu de soins peut représenter ainsi que le type de relations qui peuvent se développer dans un milieu de travail. Aux soins intensifs, il a pu retrouver cette ambiance de qui-vive qui l'anime et il aime le défi que cela lui impose.

4.7.2 L'image et l'implication sont la clé

Là où François éprouve de la frustration, c'est lorsqu'il doit confronter la différence qui existe entre les techniciens et les bacheliers. Concrètement, sur le plancher, il estime que le travail reste le même, et même qu'après 10 ans de carrière, les connaissances d'un technicien et d'un bachelier sont, selon lui, équivalentes. Il désapprouve les conflits que cela peut engendrer lorsqu'il discute de salaire avec ses collègues et se sent mis de côté dans plusieurs projets puisque les bacheliers sont prioritaires dans la participation aux différents projets de recherche. Les différentes plates-formes de formation lui causent un désagrément quotidien et font en sorte qu'il ne s'implique pas autant qu'il le voudrait dans le département.

Afin de minimiser l'impact de ce désagrément, il se concentre davantage sur l'intégration des nouveaux dans l'équipe. Comme il devient plus ancien, il tente de démontrer le plus d'intérêt possible envers les nouveaux afin qu'ils restent dans le département. Selon lui, ce sont surtout les employés qui font l'image d'un département alors il tente d'envoyer le message le plus positif possible.

Il se rend également compte qu'avec les années, il a réussi à faire sa place dans l'équipe, il s'occupe de l'organisation des soupers de Noël et a créé des liens avec bon nombre de

collègues qu'il voit à l'extérieur. Ces éléments l'amène donc à se sentir confortable dans le département.

4.7.3 Développer un mécanisme apprécitif personnel

Avec les années, François se rend compte du changement d'attitude qui se propage en lui. Comme il est technicien, il ne peut pas s'impliquer autant qu'il le voudrait dans les différents projets qui sont mis en marche sur le département. Il se contente donc de prendre sa place et de vaquer aux occupations cliniques qui lui incombent. Cette réflexion lui fait peur car il craint de devenir rébarbatif au changement et ne veut pas entrer dans cette catégorie d'employé. Ce qui l'aide à cheminer, c'est de se rendre compte que petit à petit, il ne fait plus partie de la relève et devient une personne de référence pour les plus jeunes. Ainsi, son rôle sera sûrement appelé à changer dans les prochaines années tout comme son implication dans l'équipe.

Pour lui, le regard des autres est extrêmement important et l'aide à savoir si son implication dans l'équipe est utile ou non. Lorsqu'il est plus fatigué ou ne se sent pas au maximum de sa forme, il s'inquiète de ce que les autres pourraient penser de sa performance au travail. C'est un aspect de sa personnalité qu'il reconnaît devoir travailler car cela est très exigeant mentalement pour lui.

Ainsi, afin de retrouver quelques symboles de reconnaissance dans son travail, François se concentre sur le simple fait de visualiser son travail et les effets sur le patient. Habituellement, lorsqu'il accomplit un acte médical, le patient est inconscient et lorsqu'il se réveille, il ne se rend peut-être pas compte de l'ampleur du travail qui a été fait pour lui sauver la vie. Ainsi, son « merci » peut sembler un peu imparfait. François s'efforce donc d'apprécier le moment où il sort le patient de son état critique et c'est plutôt ce moment qu'il considère comme lui apportant fierté et gratification. Il sait également qu'il obtient rarement une reconnaissance directe de ses supérieurs alors c'est sa façon d'en retrouver au quotidien dans son travail.

4.8 RÉSUMÉ TRANSVERSAL ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Après avoir pris connaissance de l'histoire des participants de l'étude, nous présenterons maintenant dans cette section, la mise en relation du récit de chacun des participants les uns avec les autres. Nous dévoilerons ainsi les thèmes généraux qui en ressortent. Pour terminer, nous représenterons ces thèmes en une figure synthétique.

4.8.1 *Le contexte*

Une catégorisation peut être faite concernant le contexte de travail à partir du récit des participants. Ils se sont d'abord prononcés sur des éléments organisationnels en parlant du système de santé en général. Ensuite, ils ont parlé d'éléments d'ordre professionnel en décrivant le département des soins intensifs et ses particularités. Finalement, la routine de travail et les difficultés cliniques rencontrées dans une journée peuvent être regroupées sous la catégorie du contexte quotidien.

4.8.1.1 Le contexte organisationnel : la machine

Afin de comprendre la façon dont les participants perçoivent leur milieu de travail, nous leur avons demandé de nous parler du domaine de la santé et de la façon dont il évolue depuis la dernière décennie. Il en ressort une explication que certains participants apparentent à la métaphore d'une machine qui doit fonctionner et produire au maximum. Une normalisation excessive des actes médicaux alourdit la tâche et le climat de travail. Bob décrit cette réalité en y liant également comme conséquence, une partie du problème de la pénurie de personnel :

Un autre problème dans le réseau de la santé, c'est qu'il y a trop de cadres, trop de conseillères en qualité, trop de conseillères en ci... il n'y a plus personne sur le plancher [...]. Tout le réseau de la santé c'est une « grosse balloune » qui est gérée par plein de normes. Alors on est confronté à faire face à plein de normes, qui s'empilent les unes par-dessus les autres. [...] T'as une conseillère dans un bureau qui est attirée à cette norme là, qui va créer un papier. [...] Juste pour mettre des contentions à un patient, il faut remplir quatre papiers maintenant. Ça alourdit. C'est ridicule. Ce qu'on fait là, c'est alourdir la tâche de l'infirmière, au détriment de la qualité des soins donnés aux patients, pour « backer » le côté légal, pour remplir des papiers. Alors la lourdeur administrative et la pénurie, diminuent la qualité de soins donnée à nos patients.

À ce chapitre, François ajoutera :

Le côté humain du système de santé, c'est les infirmiers pis les préposés. C'est nous autres qui, en tout cas on essaye le plus possible d'amener un côté humain au système public du Québec parce que si c'était pas de nous, je veux dire, c'est une usine ici.

Le personnel infirmier représente donc le trait d'union entre les usagers et les actes médicaux prescrits qui doivent leur être prodigués. Ils assurent également l'application des protocoles dans leur démarche et actualisent de cette manière des normes et des prescriptions en actes et en paroles auprès des usagers.

Pour trois participants, la pénurie de personnel et les conditions de travail ressortent comme des éléments alarmants. La pénurie impose des coupures qui affectent le soutien dont bénéficie habituellement le personnel infirmier. Ils doivent également accueillir de plus en plus de personnel provenant de l'extérieur. Par ailleurs, Anne-Sophie souligne l'avantage de la présence du personnel d'agence dans les cas de temps supplémentaire obligatoire : « Si on avait pas ces gens là, on aurait beaucoup de temps supplémentaire obligatoire pis y a rien de pire sur la planète terre que du temps supplémentaire obligatoire ». Cet élément épuise les troupes dans plusieurs départements. Différentes conditions intoxiquent également la vie des participants dans leur travail et à l'extérieur. Anne-Sophie ajoute d'ailleurs : « J'ai la meilleure "job" au monde, j'ai le métier le plus le "fun", le plus valorisant, le plus "challengeant" au monde, mais c'est les conditions de travail... ». Elle mentionne la couverture médicale et d'assurance déficiente, le temps supplémentaire obligatoire et la culpabilité qu'on lui fait sentir lorsqu'elle prend une journée de maladie.

Ainsi, pour faire face à cette machine et à ses défis, la plupart des participants optent pour une stratégie de détachement et gardent en tête une porte ouverte vers d'autres départements ou d'autres milieux de travail. L'idée de faire face à une souffrance inutile liée à son milieu de travail leur est répugnante et ces participants optent pour une stratégie d'ouverture. D'autres ont opté pour un horaire à temps partiel et ont organisé leur vie personnelle en fonction de ce travail et des revenus qu'il engendre. En effet, quatre des six participants ont opté pour un horaire à temps partiel pour ces raisons.

Lors des entrevues, deux participants ont souligné leur étonnement face au faible de taux de participation aux assemblées syndicales. Le manque d'implication dans ces réunions ressort comme une source de frustration pour ces participants puisqu'ils n'obtiennent pas la représentation nécessaire pour se faire entendre. Au niveau organisationnel, cela peut également représenter un manque d'intérêt de la part du personnel infirmier. François illustre cet élément :

Si on regarde la participation, y a moins que la moitié du personnel infirmier, dans l'hôpital ici, qui a voté alors on peut pas s'attendre à... Si c'était un regroupement professionnel qui se tient comme dans d'autres milieux, probablement que... Dans le contexte où tout le monde se balance un peu des conditions, en fait ça chiale beaucoup mais ça veut pas vraiment agir, ça veut pas s'impliquer, c'est du chacun pour soi, je veux dire... [...] Les assemblées, en tout cas celles où j'ai assisté, on devait être gros maximum une dizaine.

4.8.1.2 Le contexte professionnel : un département particulier

L'unité des soins intensifs revêt différentes caractéristiques spécifiques au domaine des soins critiques. D'abord la notion de proximité amène une satisfaction générale pour le personnel interrogé. La proximité du patient permet au personnel une approche très personnalisée et un contact constant avec ce dernier. Comme nous l'avons également remarqué dans nos observations, l'équipe médicale est également très accessible ainsi que le matériel nécessaire aux soins. Le poste de travail est central et chacun des lits est visible de ce point. Pour les participants, c'est un avantage par rapport aux autres départements. Les propos de Dominique illustrent d'ailleurs cette notion :

[...] Les soins intensifs, c'est la plus belle place de l'hôpital. Pour toutes sortes de raisons. Parce que toi comme infirmière, tu es près de l'action, tu es autonome, tu intervies directement. Si t'as besoin d'aide, t'as juste un mot à dire, tu vas avoir toute l'équipe, toutes les ressources médicales que tu veux. On ne manque pas de matériel comme à l'étage là. Nous autres aux soins intensifs, tout est là.

Malgré les avantages du département, certains éléments sont une source de frustration et d'indignation et occasionnent ce que l'on nommera comme une perte de sens. D'abord, les situations d'acharnement thérapeutique sont néfastes pour le personnel. Pour la plupart d'entre eux, ces situations sont épuisantes car elles leur causent un inconfort moral comme le

souligne Caroline : « Parce qu'un moment donné, ça devient futile, et là t'as l'impression de travailler dans le beurre et c'est pas motivant. Parce que tu te dis que ce que tu fais, ça sert à rien ». Pour le personnel infirmier, la perte de sens est donc associée à l'altération de la qualité de vie du patient.

Une explication semble ressortir pour les participants quant aux situations d'acharnement thérapeutique. Il existe une confrontation constante entre la vision médicale, associée aux médecins et la vision de soins associée au personnel infirmier. Malgré l'objectif commun du soin et du bien-être des patients, l'équipe médicale et l'équipe de soins doivent couvrir deux volets bien différents. La première voit au rétablissement et à la guérison du patient tandis que l'autre voit d'abord au bien-être du patient et à sa condition post soins critiques. À ce sujet, certains participants acceptent cette différence de vision et trouvent les stratégies qui leur permettent de travailler dans cette condition alors que d'autres ne voient que les différences que la vision médicale leur impose. Pour s'y adapter, Dominique mentionne :

Bien moi je pense qu'il faut qu'il y ait un échange. Faut qu'il y ait un échange parce que moi je pense qu'il faut continuer à en soigner des patients, faut continuer d'en rentrer des patients aux soins intensifs, mais un moment donné, faut s'arrêter, pis tout l'art des soins intensifs c'est qu'un moment donné, faut que tu t'arrêtes. C'est tout un tour de force de dire que c'est fini de se demander où on s'en va et combien de temps encore on va faire ça.

Bien que des cas de ce genre créent certaines malaises pour le personnel infirmier, l'unité de soins intensifs reste un département où les apprentissages et l'accomplissement sont quotidiens. Sur les étages, la répétition de mêmes actes de soins et le manque de temps sont de grands désagréments que le personnel ne retrouve pas aux soins intensifs. Comme un milieu de soins critiques peut renfermer toute sorte de situations, l'intérêt d'apprendre reste vif, comme Evelyne le souligne :

Je trouve qu'aux soins intensifs, y a toujours quelque chose de nouveau qui arrive. Tu finis toujours ta nuit en disant que t'as appris quelque chose. Alors moi je trouve ça vraiment intéressant.

4.8.1.3 Le contexte quotidien : les deux côtés de la médaille

Afin d'établir un plan de travail clair, chacun des membres du personnel suit une routine de base permettant une surveillance accrue des patients. Ainsi, lorsque les dossiers sont consultés, les médecins, les divers spécialistes et les autres membres de l'équipe peuvent suivre l'évolution d'un patient. Comme l'état de ceux-ci est critique, différentes situations peuvent survenir dans lesquelles le personnel infirmier doit se questionner et réagir rapidement pour les soigner. Comme le souligne Bob :

Mon plaisir, ça paraît peut-être un peu méchant, mais c'est d'avoir des personnes qui ne vont pas bien, d'avoir des gros cas qui sont vraiment critiques et de les améliorer avec les soins qu'on donne et les médicaments qu'on donne. C'est de voir l'action – réaction de tout ce qu'on fait pour voir si le patient s'améliore ou pas.

En général, le fait qu'un patient soit en situation de crise est un élément positif puisqu'il procure l'adrénaline et le plaisir qu'ont ces personnes à travailler en soins intensifs. C'est lors de ces événements qu'ils retrouvent ce qu'ils aiment le plus de leur travail et de plus, ils se sentent utiles. Ainsi, le personnel infirmier apprécie les différentes situations qui font appel à leurs connaissances et leurs réflexes de soignants tout en se basant sur une routine qui leur permet de bien maîtriser leur environnement et leur plan de travail.

Cependant, un élément ressort; découlant du contexte organisationnel et de la multiplication des normes à appliquer. Malgré l'utilité d'un suivi rigoureux et routinier, trois participants ont souligné l'abondance de l'écriture comme un fardeau qui s'alourdit d'années en années. Dominique l'a même dessiné lors de sa première entrevue et comme le souligne Evelyne, cela retranche le temps de présence auprès de leur patient et par le fait même, soustrait une grande partie de la tâche qu'ils aiment par-dessus tout, soit le soin direct au patient :

C'est aussi la paperasse qui nous rajoute toujours que je trouve qu'un moment donné, cette paperasse là fait qu'on est moins motivés. Tsé comme le plan thérapeutique infirmier (suivi médical du patient en terme d'actes médicaux et de médicaments), c'est une autre affaire, qui faut absolument qu'on fasse, mais que ça nous enlève du temps avec nos patients. En plus nous autres, c'est pratiquement tout le temps des nouveaux patients qu'on a. C'est tout le temps à refaire ces affaires là.

La variabilité des situations s'accompagne parfois d'imprévus qui déstabilisent le personnel infirmier. Deux participantes ont nommé la décompensation rapide d'un patient qui ne réagit pas à ses traitements. Trois autres ont parlé des moments émotifs, notamment le décès de certains patients, qui sont difficiles à vivre. Dans tous ces cas, c'est la barrière psychologique qui est alors mise à l'épreuve. Chacun de membres du personnel se crée donc une stratégie personnelle pour faire face à ces éléments qui sont inévitables dans leur milieu. Pour sa part, Evelyne parle à ses patients décédés :

Moi ce que je fait après c'est que je parle à la personne qui est décédée. C'est ça que j'ai fait, je lui ai expliqué que son cœur s'était arrêté, qu'on avait tout fait pour le réanimer, de le ramener mais que son cœur était trop fatigué, son corps aussi, et je lui parlais tranquillement. [...] Moi je me dis que ça peut apaiser. Je pense que ça ne peut pas faire de tort. Alors je fais des trucs comme ça.

Les difficultés cliniques auxquelles doivent faire face le personnel et les conditions de travail stressantes d'un milieu de soins critiques les amènent à entretenir un rapport au travail particulier. L'ensemble des participants ont raconté leur amour du défi et de la réflexion constante et apprécient cette dimension de leur travail. L'unité de soins intensifs propose tout un lot de situations qui amène les participants à se surpasser dans plusieurs occasions. Il existe tout de même une routine et certaines journées peuvent être parfois plus paisibles. Les participants maintiennent donc à leur esprit cette idée de toujours sentir que leur travail est significatif pour les usagers. À ce sujet, Caroline mentionne :

Règle générale, ce que j'aime dans mon travail, c'est de terminer ma journée et d'avoir l'impression d'avoir fait une différence dans la vie de mon patient. C'est quand tu fais juste ton travail et que tu vois, sans que ça soit une situation de stress, parce il n'y en a pas à tous les jours des situations de même, de vraiment avoir l'impression d'avoir fait la différence. [...] J'ai accompli quelque chose, ce n'était pas juste d'obéir et de traiter, c'est le petit plus qui fait toute la différence pour la personne qui est couchée dans ce lit là.

Nous avons questionné les participants sur la notion d'accomplissement de soi et tous ont répondu faire un travail qui leur permet de se réaliser et de tester leur limites. Tous ont souligné la multitude de facettes que renferme ce métier. Anne-Sophie résume ainsi :

C'est un métier qui est pas évident, mais c'est un métier tellement, ... t'as tout. T'as tout ce que tu peux avoir, tu penses tout le temps, faut que tu te mettes à jour, moi je passerais ma vie à l'école, alors c'est un peu comme si j'étais toujours à l'école, t'es avec le monde, t'es avec la famille, c'est humain.

Particulièrement pour Dominique, qui occupe un poste d'assistante, cette notion s'accompagne d'une dose d'acceptation et de modestie. Le personnel des soins intensifs est amené à faire la gestion de toutes les situations liées aux patients qui leur sont attirés et doit faire également confiance aux autres membres de l'équipe lorsqu'un renfort s'impose. Ainsi, Dominique mentionne :

Dans ce travail là, y a un élément de contrôle, et moi je suis un peu comme ça, je suis assez contrôlante. Tu voudrais bien tout contrôler mais tu ne peux pas. Et tu ne peux pas te substituer à personne dans l'équipe, faut que tu les laisses aller.

Le travail d'équipe est donc aussi un élément marquant. C'est une notion qui apparaît comme intrinsèque au département des soins intensifs et qui se vit tous les jours. Sans travail d'équipe, les soins critiques sont impossibles comme le souligne Caroline : « Tu peux pas travailler toute seule. Ça prend une équipe en arrière ». François ajoute aussi :

Je pense que c'est un des métiers, les soins infirmiers en soins critiques, qui demande le plus de travail d'équipe. Tout est interrelié. [...] Parce que dans un milieu de soins critiques, ce qui compte, c'est la rapidité d'intervention. Plus vite tu fais les choses, plus vite t'interviens, moins les dommages vont être grands. Donc meilleure l'équipe est, plus l'équipe sait quoi faire, bien ça a un impact direct et ça c'est intéressant.

Le travail d'équipe étant un élément de base du travail en soins intensifs, il a un impact direct sur les relations qui s'établissent entre les membres de l'équipe et les autres acteurs qui interviennent dans le milieu. Selon les participants interrogés, le travail d'équipe est aussi une notion qui traverse la philosophie de soins et qu'il faut adapter dans sa pratique.

4.8.2 L'équipe de travail

L'équipe de travail est une entité représentative de l'unité des soins intensifs. Selon les participants interrogés, le travail d'équipe étant inévitable, il se crée alors des relations et des liens de nature différente entre les membres de l'équipe et les autres personnes qu'ils peuvent

rencontrer dans leur travail. L'équipe de travail comporte également des éléments de satisfaction et des éléments conflictuels et réfère également à la notion de reconnaissance.

4.8.2.1 Les relations : des hauts et des bas

Il existe un clivage entre ce que les participants perçoivent de leurs relations avec leurs collègues et les interactions qu'ils tiennent entre eux. D'abord, pour certains participants, la relation avec leurs collègues représente une entité que nous avons nommé le *réseau tissé serré*. La création d'un contact de confiance est une chose importante puisque l'équipe de travail prend une grande place dans le travail aux soins intensifs. D'ailleurs, Caroline affirme que « c'est important d'avoir des bonnes relations avec les collègues, et d'essayer de garder ça parce que ce sont les gens que tu vois le plus dans ta vie ». Il y a une communication constante entre les collègues et cela permet à un sentiment d'appartenance de s'établir. Evelyne ajoute également que certaines personnes peuvent être perçues comme ambassadeurs de paix et s'assurent d'un climat vivable dans le département.

D'un autre côté, des interactions très formelles, associées à la nature de la tâche qu'ils accomplissent, ont lieu entre les participants. Il y a aussi des conflits qui peuvent survenir à l'intérieur de chaque équipe et la plupart des participants ont mentionné la présence d'une majorité de femmes en tant que facteur favorisant l'émergence des rumeurs. Les conflits de personnalité sont donc un frein à l'établissement des relations dans l'équipe. Selon Dominique, l'esprit d'équipe est très faible dans le département et les conflits de personnalité prennent rapidement le dessus dans les discussions entre collègues. Le roulement de personnel occasionne également une perte de cohésion : « les filles étaient beaucoup plus stables et elles restaient plus longtemps alors les équipes étaient plus soudées ».

L'image que peut projeter son équipe et la réputation qui la précède sont aussi deux facteurs qui ressortent pour Dominique au niveau de sa perception sur l'équipe :

C'est identifié beaucoup comme ça dans le reste de l'hôpital. Ce n'est pas un tel qui travaille là, c'est les soins. C'est l'équipe. Ça toujours été comme ça. Depuis toutes ces années, ça pas changé. Y a beaucoup de choses qui ont changé, mais la réputation d'air bête, ça je pense qu'on l'a toujours eu.

Elle se questionne alors continuellement sur la réputation de son équipe : « Moi c'est toujours ça : de quoi on a l'air? ». Son statut dans l'équipe semble être un facteur la portant à se préoccuper de l'image de l'équipe puisqu'elle en répond devant les autres instances de l'hôpital. Nous remarquons alors que l'équipe peut être, ou non, une source de satisfaction pour le personnel.

L'intégration des nouveaux à l'équipe est une chose que chacun des participants a souligné comme relativement difficile. L'explication qui ressort est en lien avec le « réseau tissé serré » et l'importance du travail d'équipe. Quand une nouvelle personne rejoint l'équipe, elle doit faire ses preuves. Comme Caroline le mentionne : « Elle doit savoir prendre son trou ». L'équipe étant soudée au niveau de ses interventions cliniques, la confiance est à bâtir pour les nouveaux qui doivent répondre à des critères techniques plutôt élevés. François et Dominique soulignent également la présence de certains comportements détestables envers les nouveaux. Dominique résume ainsi :

Ce n'est pas facile de faire sa place dans cette équipe là. C'est très difficile parce que, je trouve que les gens cataloguent rapidement. Ils surveillent les nouveaux et ils attendent l'erreur. [...] On dirait que les gens oublient qu'ils ont commencés eux aussi. Ils en ont fait des gaffes.

Quatre participants ont parlé de la relation qu'ils entretiennent avec l'équipe médicale. Le rôle qu'occupe le personnel infirmier pour les médecins ressort comme un élément important. Ils sont continuellement auprès du patient et représentent à cet effet les yeux des médecins. Ainsi, le maintien d'un rapport plutôt égalitaire et d'une relation de collaboration entre l'équipe médicale et le personnel infirmier est possible. Ces deux groupes ont en commun l'objectif de préserver le bien-être des patients. Caroline illustre bien ce rapport :

Des fois ils sont assez ouverts, ils t'écoutent parce que ça a du bon sens, parce que nous, on est huit heures de temps, douze heures de temps avec le même patient alors un moment donné, on le connaît, on le sait.

Par ailleurs, Bob et François sont les seuls à avoir souligné leur perception négative des supérieurs aux soins intensifs. Ils ont l'impression d'un manque de soutien et François

souligne sa perception d'une multiplicité de chefs et qu'un seul devrait être choisi par le groupe, comme le capitaine d'une équipe sportive :

Il faudrait vraiment qu'ils fassent le ménage et qu'ils disent qui a quoi comme responsabilité (...) Faudrait avoir quelqu'un, faudrait répartir peut-être les choses pour qu'on sache qui est notre mentor, notre supérieur, et ça, ça manque.

Caroline, de son côté, souligne les conflits qui peuvent avoir lieu entre elle et sa supérieure mais affirme que ce sont des choses passagères qui, tout de même, alourdissent parfois le climat de travail. Pour Evelyne, en comparaison avec les départements où elle a déjà travaillé, le rapport avec les supérieurs des soins intensifs est très positif.

La relation avec les patients et leurs familles s'établit relativement bien aux soins intensifs grâce à la proximité dont ils bénéficient face à leur patient. Si le patient est inconscient, la famille peut facilement prendre le relais dans la transmission d'informations et il s'avère très souvent que la présence de la famille soit un élément positif dans le rétablissement des patients. Cependant, certaines journées sont plus difficiles que d'autres alors la fatigue peut affecter le degré d'empathie que chacun donne aux usagers. De même qu'il arrive parfois qu'une incompatibilité existe entre un infirmier et la famille de son patient alors il faut apprendre à contrôler ses humeurs.

4.8.2.2 Éléments de satisfaction : Le tout est plus grand que la somme de ses parties

Nous avons demandé aux participants de nous parler des éléments qui les rendaient confortables à l'intérieur de leur équipe et le sentiment d'appartenance apparaît comme important. Dans son récit, Anne-Sophie a d'ailleurs fait mention des raisons qui l'ont poussé à quitter les agences pour revenir dans le système public. Elle veut faire partie d'une équipe et apprendre à connaître davantage les gens avec qui elle travaille.

Certains participants considèrent également l'entraide et le respect comme des valeurs importantes à véhiculer à l'intérieur de leur milieu. Il ressort cependant que selon la perception des participants, ces valeurs peuvent être prises comme telles alors que pour

d'autres, cela fait simplement partie du travail d'équipe et ça leur impose devoir partager certains actes avec d'autres.

Caroline a également expliqué que le personnel infirmier est divisé en différentes équipes et lorsque chacun a intégré la sienne, tout coule de source. La cohésion est plus forte dans sa propre équipe et cela est une grande source de plaisir. Elle dit également :

Y a quand même le sentiment d'appartenance à l'équipe. Parce que ça fait longtemps, t'es tellement habituée de travailler avec le monde sur ta fin de semaine, qu'obtenir un poste sur l'autre fin de semaine aux soins, je ne le prendrais même pas. Parce que je veux rester avec mon monde. [...] Le sentiment d'appartenance c'est quand même fort. [...] On essaye de rendre ça agréable.

Bien qu'il soit important de considérer l'équipe comme un tout, chaque partie doit pouvoir prendre sa place. Ainsi, lorsque nous avons questionné les participants à ce sujet, certains ont pu nommer un rôle qu'ils croyaient occuper dans l'équipe, comme le « bouffon » ou la « maman » alors que d'autres ont simplement mentionné apprécier le fait de sentir qu'ils avaient une place bien à eux dans l'équipe. À ce sujet, François dit :

C'est peut-être pour ça qu'au fond, je suis bien ici, c'est ce qui fait en sorte que j'hésite à aller essayer ailleurs. C'est à cause que ma place est faite, j'ai un bon nombre d'amis au travail, on se voit à l'extérieur, je n'ai pas de trouble avec ma "boss", le "staff". C'est vraiment bien. C'est certain que si y avait des problèmes avec l'équipe ça serait peut-être autre chose mais là, ça va vraiment bien de ce côté là.

4.8.2.3 Éléments conflictuels : Des irritants quotidiens

Au quotidien, le personnel doit entrer en contact avec les équipes des autres quarts au moment de faire le rapport pour la relève. Parfois, ces moments peuvent être une source de frustration car chacun ne travaille pas de la même manière et une perte de temps peut s'en suivre. Trois participants mentionnent aussi l'existence de tensions entre les différentes équipes que représentent les quarts de travail tandis que les trois autres minimisent cette réalité. Dominique pour sa part fait ressortir un élément qui allie les deux visions, soit une constante comparaison entre chacun des quarts de travail : « Entre les quarts aussi là, souvent

les gens vont dire « ah la gang de soir, ou la gang de nuit, ils font rien, ils dorment toute la nuit ». Il appartient alors à chacun de se laisser atteindre ou non par cela.

L'ensemble des participants a aussi souligné l'existence d'un décalage générationnel qui peut parfois être lourd à supporter. À nouveau, Dominique apporte un élément à ce sujet :

C'est sur qui en avait qui... elles étaient pas toutes chialeuses, mais il y en avait beaucoup. C'était des filles en fin de carrière, il était temps qu'elles partent de là. C'est que y en a qui s'accrochent, y en a qui aiment pu ça mais qui s'accrochent, c'est malheureux pour elles et c'est malheureux pour le patient, il a pas à subir ça.

De plus, en lien avec des facteurs organisationnels et structurels, une surcharge de travail peut survenir et chacun doit s'épauler afin de voir aux bons soins des usagers. À ce sujet, Bob ajoute :

Toute surcharge de travail crée un stress et toute surcharge de travail cause des désagréments, alors quand quelqu'un n'est pas capable de faire face à cette surcharge de travail là, ça écœure des personnes parce que t'es toujours pris pour palier.

Certains membres du personnel doivent donc s'occuper de tâches qui autrement ne seraient pas faites car le temps manque. François ajoute également : « Ça peut être frustrant parce que tu te dis, si j'avais été avec telle ou telle personne pour ce patient là, probablement que ça aurait mieux été. Alors ça peut être assez délicat ». Les relations sont donc teintées de cette réalité. À l'intérieur des équipes, les gens se choisissent et chacun connaît le partenaire avec qui il travaille le mieux. L'équipe est donc relativement soudée au niveau clinique, chacun manifeste du professionnalisme, sans toutefois que ses membres créent automatiquement un rapport intime.

Enfin, chacun des membres du personnel infirmier du département n'a pas effectué le même parcours académique et cela crée des frictions entre les individus. En général, les participants ont indiqué que les conflits concernent surtout l'implication possible des employés dans différents projets et l'écart de salaire. Tous les participants reconnaissent que le travail auprès des patients reste le même, peu importe la formation. Deux participants ayant effectué leur

baccalauréat mentionnent cependant que l'approfondissement de la vision globale du patient leur est bénéfique dans leur travail et ne l'avaient pas vu au niveau collégial. Caroline parle de cette différence :

Ce n'est pas au niveau des compétences techniques. Ce n'est pas au niveau de donner des soins, ce n'est pas à ce niveau là. Moi je trouve que la différence, c'est dans l'approche, c'est dans comment on voit les situations. Quand tu as un bac, tu es formée pour avoir une approche qui est beaucoup plus globale, patient-famille, dans un environnement, dans un contexte.

Pour François, les différents niveaux de formation accentuent le fossé entre les employés et donne place à plus de conflits :

Sur le plancher, je veux dire la "job" d'infirmier, c'est une "job" d'infirmier. Qu'on aille un bac, qu'on aille une technique, au bout de la ligne, on fait le même travail. Alors on propose des postes de bachelier qui impliquent un plus gros salaire pour exactement le même travail et quant à moi, ça fait juste diviser le groupe, et c'est comme une des forces du milieu infirmier, de diviser la profession en plein de sous-groupe... t'as infirmière auxiliaire, t'as infirmier technicien, t'as infirmière bachelière, ça fait en sorte qu'on vient à être un peu tout mêlé dans tout ça là. L'identification est plus difficile à faire.

Bob ajoute même :

Moi je prônerais de niveler tout ça, qu'ils arrêtent de faire deux formations de base, et qu'ils en fassent une, et qu'après ça, si les gens veulent aller à la maîtrise, ou au doctorat ou au post doctorat, ils iront. [...] Niveler tout ça pour arriver à un certificat équivalent, à une équivalence là-dedans... Je trouve que ça serait ce qu'il y aurait de mieux, parce que ça, ça arrêterait là.

Les participants ont également placé cette différence et les conflits qu'elle engendre dans le contexte de la pénurie. En plus de manquer d'effectifs, il y a des discordes à l'interne qui deviennent un autre facteur de stress pour le groupe.

4.8.2.4 Reconnaissance : une lunette individuelle

Nos recherches nous ont précédemment montré que la reconnaissance était un élément clé dans la construction identitaire des individus. Durant les entrevues, nous avons donc demandé aux participants de nous parler de leur définition de la reconnaissance. Ils ont

d'abord souligné le manque de reconnaissance qui caractérise le milieu de la santé. François le mentionne ainsi :

Ce n'est pas un milieu où t'as beaucoup de reconnaissance, c'est ça l'affaire. Faut pas que tu t'attendes que la direction vienne te voir pour te dire que ton travail est bien fait. Au contraire, comme probablement d'autres milieux, les seuls temps où tu rencontres la direction, c'est parce que tu as eu un problème avec une famille, ou qu'il y a eu une plainte.

Il ajoute aussi : « Faut vraiment pas que tu te serves... en tout cas faut pas que ça soit ton carburant parce que tu avanceras pas beaucoup ». Sur ce point, tous les participants abondent dans le même sens. Ils disent ne pas se créer d'attentes sur la reconnaissance car cela ne les rendrait que plus malheureux à ce niveau. Bob explique :

Bien j'étais déçu avant, mais maintenant, je n'ai pas vraiment d'attentes. J'ai aboli cette attente là, je fais ce que j'ai à faire, je me fis à moi-même pis ça fini là. Je lâche prise là-dessus parce que ça viendra sûrement pas.

Lorsqu'ils pensent percevoir ce qui serait un indice de reconnaissance, les participants le prennent et cela représente leur dose hebdomadaire de reconnaissance. Caroline dit :

C'est une affaire qui est personnelle. Il y a des gens qui peuvent ne ressentir aucune reconnaissance jamais, et que c'est dont difficile d'être infirmier et que ça va mal, je ne sais pas moi. Le moins je me fais dire par une famille que je fais bien mon travail, c'est « wow ». Tu viens de faire ma journée là. Tu viens de faire ma semaine si j'avais une mauvaise semaine. Ça c'est de la reconnaissance.

Les participants établissent donc leur propre lunette pour reconnaître ce qui pour eux, représente des signes de reconnaissance. Nous avons regroupé ces indicateurs sous les thèmes de *l'encouragement* et du *remerciement*. Les mots d'encouragements entre pairs et par les supérieurs sont les principaux éléments qui ressortent. Pour les remerciements, Caroline ajoute que : « Juste de se faire remercier, c'est juste ça... De n'importe qui. Je pense que c'est ça qui se rapproche le plus de la reconnaissance ». Les remerciements qui proviennent en particulier des patients et de leur famille ont également beaucoup de poids pour le personnel interrogé.

Pour les participants, à l'intérieur de leur département, la reconnaissance passe donc par soi avant autrui. Chacun a pu développer sa stratégie, à travers le temps et dans leurs interactions avec les autres, afin de décoder les signes qui pour eux, sont perçus comme des éléments de reconnaissance.

4.8.3 La vision de la profession

Durant les entrevues, les participants ont pu exprimer leurs impressions face à la profession et il en est ressorti un portrait bien particulier. Par leurs définitions et leurs perceptions, ils ont donné une couleur à la profession infirmière qui à la base, n'était pas pressentie dans notre recherche.

4.8.3.1 Définition : mode d'emploi

Lors de la tenue des entrevues, nous avons touché au thème de l'identité à travers la construction sociale que chacun bâtit grâce à ses interactions professionnelles. Dans leur récit, cela a amené les participants à évoquer ce que nous appellerons un *profil de personnalité* nécessaire à la composition d'un infirmier ou d'une infirmière en soins critiques.

La *confiance en soi* et l'*affirmation de soi* ressortent comme les deux éléments principaux de ce profil de personnalité en soins critiques pour l'ensemble des participants. Anne-Sophie résume ainsi :

Les infirmières aux soins intensifs on a du caractère, on a de la personnalité pis on connaît notre travail, on pose des questions. [...] Tu peux pas rentrer là (soins intensifs) si t'as pas de caractère. Il faut que tu sois forte pour avoir des patients qui sont comme ça. Tu frôles la mort, pas tout le temps, mais faut que tu sois faite forte, faut que tu sois à l'aise avec tes médicaments [...] Il faut que tu sois à ton affaire, faut que tu sois à jour.

De plus, le personnel infirmier doit répondre à un rôle qui lui est prescrit. Au niveau médical; l'évaluation du patient, l'administration des soins et des médicaments et le suivi formel au dossier sont leurs principales tâches. De plus, ils doivent posséder certaines habiletés de coordination dans leur travail afin de visualiser leur journée de travail en pensant à leur plan de soins et aux imprévus qui pourraient survenir.

Les participants ont également fait mention d'un « volet humain » dans lequel ils doivent appliquer les principes de la relation d'aide et accompagner le patient dans son séjour à l'unité des soins intensifs. Cela englobe également l'approche aux familles.

Il ressort également d'autres actions qu'entreprend le personnel infirmier correspondant au travail réel qu'ils effectuent. La majorité d'entre eux ont mentionné l'étendue du champ de compétence qui compose leur travail, comme Dominique le précise :

Être infirmière c'est quoi au juste, on le sait pis on le sait pas en même temps. Tsé oui c'est donner des injections, préparer des médicaments, évaluer des patients, prendre des signes vitaux. Bon. Mais au delà de ça, il y a un paquet d'affaires que si tu fais pas... ça marchera pas.

Elle ajoute également :

Être trop rigide, moi je pense que c'est pour ça qu'on développe un sentiment de mal être. Tu n'es pas bien, ou t'es stressé. Tu es agressive ou je sais pas quoi, mais c'est une source d'inconfort moi je pense.

Les participants doivent donc jongler avec les différents aspects de leur travail pour pouvoir trouver leur place et leur repère dans leur travail tout en répondant au devoir qui leur incombe comme infirmière ou infirmier à l'unité des soins intensifs.

Nous avons également questionné les participants sur leurs forces et les qualités qui font un *bon infirmier*. Pour la plupart d'entre eux, en plus d'aimer leur travail et le défi qu'il leur propose, il s'agit de le manifester et de le montrer. Cette force mobilise les troupes et agit directement sur le climat de travail. De plus, cela aide les participants à créer un sens à leur pratique et ils s'appliquent davantage à retrouver les éléments qui leur procure une satisfaction dans leur travail. Les participants parlent également de la nécessité de développer une attitude humble face à leur travail. En lien avec le décalage générationnel, Bob mentionne ceci sur la nouvelle génération :

Je pense qu'ils sont là plus pour "tripper" plus que d'être vraiment aux soins pour être aux soins. Dans le sens que vraiment, être aux soins, c'est de faire sa "job", il faut être humble là-dedans, pas de dire que toi t'es "hot" et que toi t'es pas "hot" parce que t'es à l'étage.

Le travail de soignant doit être pris au sérieux et chacun des participants a mentionné l'investir au meilleur de leurs capacités, malgré les conditions difficiles.

4.8.3.2 Perceptions : incertitudes

Lors des entrevues, différentes perceptions ont pu émerger à propos du métier d'infirmière/infirmier. Nous avons questionné les participants sur l'opinion qu'ils ont de leur profession et sur leur vision à long terme de ce qui les attend dans le système de santé.

Comme il l'ont mentionné, les participants aiment leur travail et en général, affirment que c'est un « beau métier ». Ce sont les attributs cliniques, l'aspect humain, le défi et les apprentissages du métier qui les intéressent et c'est ce qui fait qu'ils peuvent survivre au système, comme Bob le souligne : « C'est un zoo, c'est fou. Les gens qui décident d'être infirmière et qui restent après trois ans, c'est des gens qui ont ça dans les tripes... ».

Les participants ont également parlé de la notion de vocation, qui ne semble pas faire l'unanimité à travers le personnel interrogé. Pour deux participants, ce concept est inconfortable et ils estiment que cela nuit à leur profession car un manque de sérieux entoure la profession aux yeux de la population. Comme l'a souligné François, c'est un métier qui comporte des mesurables et doit être considéré en tant que tel. Les qualités humaines sont à considérer lors de l'embauche mais il s'agit tout de même d'un travail. Pour d'autres, la notion de vocation est incontournable comme le souligne Evelyne :

Tsé quand tu es rendue à rêver de ta "job", pas parce que tu es en "burn-out" mais que tu rêves à des situations, je pense que c'est parce que ça te prend vraiment à cœur. Quand tu mets toute ton énergie dans quelque chose, c'est parce que tu tiens à ce que tu fais. Je pense que c'est pour ça que ça peut être qualifié de vocation.

À long terme, les participants manifestent une certaine inquiétude face à l'évolution de leur profession. Caroline rappelle certaines situations où les négociations avec l'employeur sont parfois décourageantes et la bureaucratie qui alourdit la charge de travail :

J'ai l'impression que tout ce qui avait de noble dans la profession d'infirmière est en train de s'écrouler. J'ai l'impression que l'infirmière en soins va finir par être remplacée par l'auxiliaire. On va toujours avoir besoin d'infirmières, sauf que le métier d'infirmière comme on le connaît aujourd'hui, j'ai l'impression que ça va complètement changer et qu'on va plus devenir des évaluatrices et des « remplisseuses de papiers », que le contact direct avec le patient. Ça, c'est l'auxiliaire qui va le faire. Par exemple, tu vas aller évaluer la plaie, mais tu ne feras pas le pansement. C'est épeurant.

Dominique ajoute :

Je pense qu'on a un grand rôle à jouer. J'espère qu'il ne changera pas trop. À l'étage je sais que le rôle change parce qu'il y a des infirmières qui sont plus coordonnatrices, y a des infirmières auxiliaires et des préposées, mais, il y a bien des papiers à remplir finalement, et t'as pas fait ton cours d'infirmière pour faire ça. C'est pour soigner des gens.

Bob et François ont également parlé de la situation précaire du système de santé et mentionnent l'absence d'une base solide pour la profession. Les conditions sont difficiles, les plateaux de formation se multiplient et cela fragilise ce métier. Anne-Sophie et Evelyne, d'un point de vue plus personnel, réfléchissent à leur avenir et se demandent si elles seront encore infirmières dans une unité de soins intensifs dans dix ans.

4.9 NOTES D'OBSERVATION

Pour achever l'énonciation des résultats nous présenterons dans cette section les éléments saillants de nos observations. Sans y accorder la même profondeur, il demeure tout de même important de dévoiler ces éléments d'observation afin d'assurer la cohérence interne de cette recherche. Pour ce faire, certains extraits du journal de bord des chercheurs appuieront en substance cette présentation.

D'abord, la disposition spatiale des lieux a retenu notre attention. Le département se sépare en deux sections. Vers l'avant, les patients en soins intensifs et vers l'arrière, les patients en

médecine qui nécessitent un autre type de surveillance. Au centre, le poste. Tout le personnel infirmier converge vers ce poste, formé d'un grand comptoir carré. Ce grand carré se sépare au milieu par un grand mur où sont contenu les différents formulaires nécessaires au suivi médical des patients. Ainsi, l'avant et l'arrière sont bien divisés. La proximité des patients est évidente et chaque chambre est visible depuis le poste. Il n'y a qu'un demi mur séparant les patients entre eux et l'intimité est assurée par un rideau que l'on tire autour d'eux lorsque les soins l'exigent. Une fenêtre étroite, un petit bureau et l'équipement nécessaire sont également présents dans la chambre. Le poste accueille le personnel infirmier, l'équipe médicale et tout autre spécialiste qui doit remplir un papier ou faire le suivi d'un dossier grâce aux outils informatique. Le personnel infirmier effectue un va-et-vient constant entre ses patients et le comptoir.

L'état des patients se retrouvant dans ce département est également notable. Ceux que nous avons pu apercevoir étaient intubés, maintenus endormis ou très peu mobiles. Autrement, c'est la douleur qui les agitait. Ainsi, lorsqu'un patient se réveille, il est important de lui rappeler dans quel lieu il se trouve et qui prend soin de lui, comme nous l'avons noté lors d'une séance d'observation en novembre 2010.

La relation entre le personnel infirmier et ses patients donne l'impression d'un adulte qui rassure un enfant blessé. Il est important d'indiquer à la personne tout ce qui est fait au même moment où on le fait pour la rassurer.

Les rapports entre le personnel infirmier et l'équipe médicale ont pu également être observés. Les échanges qui ont été observés comportaient des termes techniques et ne concernaient que le patient à examiner. Les médecins ne restaient pas sur place bien longtemps et devaient transmettre les informations nécessaires rapidement afin de débiter les traitements pour les patients.

Des recommandations, des principes médicaux, des prescriptions de traitements, la communication entre l'infirmière et le spécialiste sur place se réduit à ces éléments. Le spécialiste ne fait que demander qui s'occupe de ce patient pour aujourd'hui et débute son discours que l'infirmière mettra en œuvre par la suite (extrait du journal de bord, novembre 2010).

Entre eux, les membres du personnel infirmier tiennent des échanges qui peuvent également référer uniquement aux tâches à accomplir. Lors de notre présence, un médecin a du pratiquer une intervention sur un patient, accompagné de deux résidents, une infirmière, une inhalothérapeute et un préposé aux bénéficiaires. Demeurant au chevet du patient, l'infirmière a demandé à une de ses collègues disponibles au poste de lui fournir le matériel nécessaire.

Sans contact visuel, l'infirmière a reconnu d'où la demande provenait étant donné la proximité avec la chambre du patient et savait que cette tâche lui incombait puisque entre tous ceux présents au poste, elle était la seule disponible. Automatiquement, elle s'est levée pour aller chercher le matériel et appuyer l'équipe déjà au chevet. Ce département fonctionne grâce au travail d'équipe (extrait du journal de bord, novembre 2010).

Des échanges plus légers ont également été remarqués. Au poste, lorsque les journées sont plus tranquilles, différents sujets de conversation sont tenus et des blagues sont exprimées. Lors de notre présence, la plaisanterie du jour concernaient les infirmières plus anciennes ayant « leurs petits trucs de vieilles » pour résoudre des problèmes.

Finalement, il nous a été possible de saisir l'ambiance de travail lors d'une journée plus intense. Au poste, tout le personnel présent se concentrait sur son papier ou le moniteur relié à son patient. Quelques uns ont même passé tout leur temps au chevet d'un patient, tentant de le stabiliser. Les médecins leur ont demandé de quoi ils avaient besoin afin de pouvoir diminuer le mal du patient. Les échanges plus légers avaient alors lieu dans la salle de pause et on appliquait très strictement les règlements reliés à la présence des familles dans le département. D'ailleurs, les portes qui donnent accès à ce dernier demeuraient fermées.

Les gens ont la « face longue ». Certains critiquent l'intervention d'un médecin qui semblait moins coopératif. Le personnel infirmier travaille parfois à deux, sinon, ils demandent de l'aide quand ils en ont besoin. Dans la salle de pause, on se raconte les moyens qu'on a pris pour se sortir du bordel (extrait du journal de bord, novembre 2010).

Ayant complété la présentation des résultats, il nous sera maintenant possible des les discuter dans le chapitre interprétatif.

C'est ainsi que nous partageons avec ce courant de la communication son caractère incarné et médié, lié au corps, à l'espace et à l'outil qui ne se révèle que dans le détail des situations. (Borzeix et Fraenkel, 2001)

CHAPITRE V

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre permettra l'élaboration d'une réponse nuancée faisant écho à la proposition de recherche initiale. Ces découvertes seront appuyées par les entretiens qui ont été réalisés, les notes d'observation et le corpus théorique présenté dans le deuxième chapitre. L'utilisation des écrits de nouveaux auteurs apportera également un éclairage nécessaire à l'émergence d'éléments inattendus. Ainsi, une interprétation interactive et en cohérence avec le principe de récursivité qui habite cette recherche pourra être présentée.

5.1 RAPPEL DES ÉLÉMENTS CLÉS

5.1.1 Les objectifs de recherche

À partir de notre interrogation sur les stratégies mises en œuvre par le personnel infirmier à travers leurs interactions quotidiennes, nous avons formulé un objectif de recherche double. D'abord, grâce à un regard communicationnel issu des approches psychosociologiques de la communication et de la psychodynamique du travail, il consistait à découvrir quelles sont les stratégies identitaires et défensives qui participent à une transformation visant l'établissement d'un bien-être pour le personnel infirmier. L'établissement possible d'un portrait de la pratique infirmière actuelle dans l'unité de soins intensifs constituait notre deuxième objectif.

5.1.2 La proposition de recherche

Il est également important de rappeler la proposition de recherche initiale formulée au deuxième chapitre. D'abord, nous considérons la reconnaissance comme une manifestation

pratique de la communication du personnel infirmier constituant le vecteur de modification ou de transformation des stratégies identitaires et défensives. La reconnaissance module et adapte l'utilisation des différentes stratégies selon le contexte quotidien du personnel infirmier et vise la formation plus profonde d'une identité professionnelle et la création de sens au travail.

5.1.3 Proposition de recherche nuancée

À la lumière des résultats émergeant de nos rencontres, nous arrivons à dégager certains constats généraux. D'abord, le personnel infirmier, confronté aux dilemmes moraux qu'implique la notion de *care* (Molinier, 2010), automatise son travail afin d'évacuer de son expérience vécue la souffrance qui y est associée. Les interactions du personnel s'en trouvent alors influencées et deviennent plus formelles, s'inscrivant dans la logique du travail d'équipe appartenant à la structure prescrite du département de soins intensifs. Nous constatons donc l'émergence d'un paradoxe (Lewis, 2000, Giordano, 2003) : le personnel infirmier, poursuivant une quête de sens, doit effectuer un travail qui implique une part d'engagement affectif, mais ce dernier ne contient pas les éléments permettant cet engagement (St-Arnaud, 2004, Langlois et al. 2009). Des stratégies sont alors mises en place afin sortir de cette contrainte et d'atteindre autrement cette cohérence en maintenant un équilibre identitaire stable (Marc et Picard, 2008, Dejours, 2008).

Selon les explications de Lewis (2000) « le paradoxe désigne un ensemble d'éléments interreliés dont l'association produit une apparente contradiction parce qu'ils manifestent l'apparition simultanée des polarités d'une dichotomie » (Lewis, 2000, dans Giroux, 2001 p.17). L'utilisation de ce concept est centrale dans l'interprétation de nos résultats puisqu'elle contribue à mettre en lumière le contraste entre le prescrit et le réel et la façon dont réagissent les membres du personnel infirmier afin de s'adapter à ce paradoxe (Dejours, 2008). La façon dont ils arrivent à se protéger des contraintes du travail et ultimement, d'une dérive vers l'épuisement professionnel, relève d'une ponctuation intra-personnelle, telle que définie dans les travaux sur la systémique, les menant à considérer le Soi dans l'accomplissement de leur travail grâce à une reconnaissance qu'ils s'accordent eux-mêmes : « *si je n'obtiens pas ce que les autres devraient me donner, je me l'octroie* ».

Ces constats nous permettrons maintenant d'élaborer une discussion de nos résultats reprenant les principaux thèmes de la proposition nuancée.

5.2 DU TRAVAIL AUX RELATIONS

Dans cette section, il sera question du travail du *care* et de ses implications éthiques et morales dans la recherche de sens au travail pour le personnel évoluant dans le département de soins intensifs. Nous relèverons également les spécificités reliées au phénomène de l'acharnement thérapeutique comme principal élément engageant une perte de sens pour le personnel et exposerons les effets de ce contexte de travail sur les relations entretenues par le personnel infirmier. Pour ce faire, nous nous baserons sur le principe théorique des besoins psychologiques fondamentaux (compétence, cohérence, considération), au sens entendu par Yves St-Arnaud (2004). « L'énergie biologique d'une part, et l'environnement, d'autre part, contribuent à faire émerger dans le champ de la conscience un ensemble complexe de besoins qui, à leur tour, dirigent le comportement de la personne » (St-Arnaud, 2004 p.37). Ces besoins deviennent donc « structurants » et doivent combler « une exigence innée » de la personne, celle de s'actualiser (St-Arnaud, 2004 p.40). De plus, grâce aux apports de la psychodynamique du travail, nous verrons que cette actualisation, s'effectuant dans le travail, tend vers la possibilité pour le personnel infirmier d'éprouver du plaisir au travail en mettant en œuvre des stratégies défensives (Dejours, 2008). La stratégie défensive se veut un soulèvement, conscient ou non, du moi contre des menaces provenant du milieu du travail. Ces stratégies diminuent la perception néfaste que peut avoir une personne face à un agent souffrant (Alderson, 2004).

5.2.1 Le « care » et ses ambiguïtés

Lors des entrevues, un regard particulier a pu être posé sur le travail infirmier et chacun des sujets a parlé de sa définition de la profession. Dans la logique de la psychodynamique du travail (Carpentier-Roy, 1991, Dejours, 2008), nous pourrions parler d'une définition du travail prescrit, correspondant à ce que l'organisation hospitalière exige des ses employés, c'est-à-dire, de voir au maintien d'un état stable des patients et de réagir adéquatement en

situation critique, à l'intérieur des normes commandées par l'institution. Par ailleurs, le travail infirmier peut également être qualifié d'une manière plus particulière. Dans un article récent, Pascale Molinier (2010) relate une explication qui abonde dans le sens de ce que les participants ont souligné et nomme le travail infirmier comme celui du *care*. Celui-ci désigne « des activités spécialisées où le souci des autres est explicitement au centre » (Molinier, 2010 p.48). Comme le dit Anne-Sophie, « je suis infirmière pour le côté humain ». C'est le patient qui demeure en tout temps la priorité de chacun dans l'unité de soins intensifs, cela fait partie du travail. Les sujets mettent tout en œuvre afin que le patient soit confortable et que sa qualité de vie demeure à un seuil que le personnel juge comme acceptable.

Molinier (2010) souligne également que « ce type de travail implique pour être bien fait d'effacer ses traces, [...] il s'agit de détecter les besoins des autres et d'y répondre, sans les fatiguer, les importuner ou les mettre mal-à-l'aise, c'est-à-dire, en règle générale, en anticipant leurs demandes ou leurs désirs » (Molinier, 2010 p.49). En plus d'effectuer la routine de surveillance clinique de base qui occupe une grande partie de leurs réflexions, cette idée du bien-être de leur patient reste profondément ancrée dans l'esprit des participants et fait partie de leur rôle. « Je pense que le rôle de l'infirmière, c'est pas juste de donner des soins, [...] on est la personne qui devient importante pour le patient au moment où il vit son séjour aux soins intensifs. On est la personne qu'il voit à tous les jours », souligne Caroline. Ainsi, cette « tâche » humaine relève également de l'ordre du travail réel, au sens entendu par Dejours (2008), qui affirme que le travail réel, plus que l'exécution stricte du travail, demande l'usage de la créativité pour modeler ce travail, l'amener à épouser un peu plus nos attentes. La part d'empathie que manifeste le personnel infirmier dans l'accompagnement du patient, tant au niveau physique que psychologique, demeure centrale et chacun l'investit différemment. C'est de cette manière que le personnel infirmier trouve dans son travail des éléments de plaisir et ainsi, instaure une stratégie leur permettant de résister aux éléments prescrits de leur travail (Dejours, 2008).

De plus l'image de ce que renvoie la profession pour chacun n'est pas la même pour tous les sujets. Certains voient toujours la « vocation » comme étant positive et en accord avec les actes accomplis comme pour Evelyne : « Oui c'est une carrière mais en même temps, c'est

plus que ça. Je pense que c'est pour ça qu'on dit que c'est une vocation ». À ce sujet, Pascale Molinier (2010) parle des impacts de cette habitude d'anticipation et de minutie dans le *care*.

Cette habitude finit par se confondre avec ce qu'ils ou elles sont, plutôt qu'avec ce qu'ils ou elles font, avec pour résultats une représentation appauvrie de leur propre contribution. Le déficit chronique de reconnaissance de ce que j'ai nommé des « savoirs-faire discrets » pèse sur les possibilités dont disposent les travailleurs et surtout travailleuses pour participer comme des acteurs de premier rang dans les discussions sur l'organisation de leur propre travail (Molinier, 2010 p.49).

D'un autre côté, comme François l'a souligné, le métier semble rester dans l'ombre. La nature de ce travail fait que certaines croyances peuvent s'en dégager dans l'organisation et au niveau de la société. « Le personnel infirmier, on en entend jamais parler, à part de la bisbille aux nouvelles. [...] Personne n'est en mesure de voir vraiment c'est quoi le travail qu'on fait et cela fait en sorte qu'on a peut-être pas les conditions, les salaires qu'on devrait avoir ». Pour certains participants, cela s'accorde également avec l'image de la vocation qui ne devrait plus être véhiculée de nos jours. « Tant que les gens vont considérer ça comme une vocation, je pense que ça va nuire à la profession. [...] Là on n'est pas nécessairement dévoué à tout prix à notre prochain, on est dévoué à notre profession » comme l'exprime Bob.

Au second chapitre de cette recherche, nous avons établi l'importance pour l'individu de participer à une activité l'aidant à atteindre un certain but dans la vie et c'est le travail qui constitue cette activité (Dejours, 2008). Ainsi, la création de sens émanant de cette activité lui procure bien-être et plaisir, comme l'exprime Estelle Morin (2008).

Il est de bon ton de concevoir un travail qui a du sens comme celui qui offre autonomie, défis, occasions d'apprentissage, avancement de carrière, bonnes relations humaines, salaire équitable et bonnes conditions de travail (Morin, 2008 p.10).

Ce « dévouement » dont fait preuve le personnel infirmier l'engage dans la recherche et l'entretien des éléments qui lui procure satisfaction et qui font sens. Pour la plupart des participants, le fait de se sentir utile pour le patient ou pour l'équipe traduit cette quête de sens. Evelyne a d'ailleurs souligné le plaisir qu'elle éprouve lorsque ses tâches sont bien

accomplies. « J'aime que mon travail soit bien fait, c'est important pour moi ». Cela répond également au besoin de compétence présent chez les individus. « Le contentement qui résulte du travail bien fait ou du problème solutionné témoigne, dans le champ perceptuel, d'une satisfaction du besoin fondamental de compétence » (St-Arnaud, 2004 p.48).

Le département de soins intensifs est également un lieu d'apprentissages et de défis, comme l'a souligné Anne-Sophie en parlant des montées d'adrénaline qu'elle ressent lorsqu'elle fait face à une situation clinique déstabilisante. Nous avons également pu comprendre comment les conditions de travail, et parfois les relations humaines, agissent en tant que facteurs de stress et de souffrance pour le personnel, érodant ainsi « l'harmonie » qu'entretient le personnel infirmier dans son rapport au travail (Morin, 2008).

Le sens du travail peut être conçu comme un effet de cohérence entre la personne et son travail et le degré d'harmonie ou d'équilibre qu'elle atteint dans sa relation avec le travail. Cette cohérence procure un sentiment de sécurité psychologique et de sérénité qui aide le travailleur à faire face aux épreuves que comporte inévitablement l'exercice même de ses fonctions (Morin, 2008 p.10).

La quête de sens au travail fait donc ici écho à la recherche de cohérence que vise un individu. « L'exploration des besoins fondamentaux a permis d'établir qu'il y a en chaque personne une prédisposition innée – le besoin de cohérence – à organiser les perceptions qu'elle a d'elle-même et de son environnement de façon à éliminer toute contradiction » (St-Arnaud, 2004 p.149). De plus, dans la relation qui unit travail prescrit et travail réel, une marge de manœuvre doit exister afin que le personnel puisse manifester les actions leur permettant d'éprouver cet épanouissement (Alderson, 2004). Cette marge de manœuvre étant très mince, vu les demandes exigeantes du travail du *care*, chacun met en place sa propre stratégie personnelle en trouvant et en mettant l'emphasis sur les éléments dans lesquels il se reconnaît et dans lesquels il a l'impression de s'épanouir. Par exemple, pour Bob, c'est la mise en application de ses connaissances, pour Caroline, c'est l'impression de faire une différence dans la vie de son patient.

Leur travail est effectivement porteur de contraintes, d'activités lourdes et de facteurs anxigènes. Cette idéologie de l'élite, partagée et reproduite au sein de l'équipe, joue le rôle de stratégie de défense contre l'anxiété et l'angoisse. Elle leur permet de supporter l'insupportable (Carpentier-Roy, 1991 p.77).

Cependant, le besoin de cohérence implique également que l'individu ne soit pas en contradiction avec son environnement. Or, les implications morales reliées au travail du *care* confrontent le personnel infirmier. Les participants ont longuement commenté ces implications morales, le thème de l'acharnement thérapeutique étant l'exemple le plus éloquent pour illustrer cela. Selon Langlois et al. (2009), « les infirmières travaillant aux soins intensifs sont les témoins privilégiés des décisions et actions du corps médical. Elles peuvent poser des regards différents devant une même réalité clinique » (Langlois et al., 2009 p.23). Les sujets ont raconté être présents en tout temps au chevet des patients alors que l'équipe médicale n'est pas constamment présente dans le département. Le personnel infirmier est donc témoin de l'évolution clinique de l'état des patients et visualise plus facilement leurs réactions aux différents traitements médicaux. D'un côté, ce privilège leur apporte une grande satisfaction cognitive puisqu'ils accumulent de nombreuses connaissances médicales. De plus, la variabilité des cas diversifie ces apprentissages, comme l'a souligné Anne-Sophie. Ils peuvent également informer les médecins de ce qu'ils ont vu durant leur quart de travail et détiennent ainsi de l'information précieuse pour ces derniers. À l'opposé, le personnel de soins de ce département confronte quotidiennement la vision médicale véhiculée par les médecins et ils n'ont que très rarement le dernier mot. À l'unanimité, les sujets ont décrit leur rôle premier comme étant celui du maintien du bien-être du patient alors que l'équipe médicale vise la guérison de ce dernier. Ils doivent alors appliquer ce que les médecins et résidents prescrivent aux patients, ce qui parfois, entre en contradiction avec leurs valeurs. Langlois et al. (2009) décrivent cette confrontation.

On constate la présence de deux valeurs en réelle confrontation : une valeur qu'elles disent partager sur le plan personnel et professionnel, c'est-à-dire le respect de la dignité du patient, et une valeur associée à la culture organisationnelle des soins intensifs, c'est-à-dire maintenir le patient en vie coûte que coûte. Ainsi, maintenir la vie à tout prix, et peu importe si le patient est en grande souffrance, s'oppose à ce que les infirmières conçoivent comme le respect de la dignité du patient. [...] Les infirmières se sentent piégées par la logique des soins intensifs, devenant des techniciennes qui exécutent des gestes coupés de leur sens profond, celui de prendre soin (Langlois et al., 2009 p.24).

Une perte de sens apparaît alors comme l'une des principales sources de souffrance pour le personnel interrogé, due principalement à l'acharnement thérapeutique et au dilemme moral que cela implique. L'expérience vécue du travail émerge de la confrontation entre ce qui est prescrit et ce que l'individu fait dans son travail pour arriver à ses fins (Avarquez, 2009). Cela dit, ce que le personnel infirmier peut faire est limité par la logique médicale en place et la culture des soins intensifs. « Le manque de congruence entre leur vision de soins, leurs valeurs et leurs actes cliniques érode chez elles (les infirmières) le sens que leur travail leur apporte, ainsi que la satisfaction d'accomplir celui-ci » (Langlois et al., 2009 p.28). À ce propos, Dominique fait ressortir une stratégie face à cette confrontation entre vision médicale et vision de soin. Pour elle, l'acceptation est la clé. La vision médicale doit rester ce qu'elle est si des patients doivent être sauvés dans son département. Ainsi, un échange doit avoir lieu. Même si les actions médicales entreprises touchent profondément ses valeurs, une discussion avec les médecins, les résidents et la famille des patients lui permet de mieux comprendre pourquoi sont mises en œuvres ces actions et ainsi mieux les digérer. Il faut continuer à avancer pour ne pas s'embourber dans la souffrance.

Dans une perspective plus générale, Vincent de Gaulejac (2011) parle d'une perte de sens associée à la culture hospitalière actuelle.

La plainte sur le travail empêché et la perte du sens de l'action est vive. Le sens n'est plus dans la qualité du soin apporté aux patients, donc dans la qualité du service rendu, mais dans la capacité à traduire son action en variable et à la codifier [...] En objectivant à l'extrême, on lui fait perdre sa dimension subjective, on dépossède les agents de leurs compétences, de leur capacité réflexive, de tout ce qui donne de la valeur à leur travail (De Gaulejac, 2011, p.177).

En lien avec les propos des participants, s'inquiétant de l'avenir de la profession, ils ont affirmé que les changements au niveau bureaucratique amènent de plus en plus de « paperasses » à remplir et qu'ils ont l'impression de perdre le sens même de leur travail en devenant des secrétaires de soins. Cependant, comme l'ont noté Bob et François, le manque de mobilisation collective de leur équipe les déçoit et contribue à leur souffrance. De plus, l'essence même du *care*, soit de *prendre soin*, relève de la sensibilité et de l'écoute des besoins des patients que doivent manifester les infirmières et infirmiers. Tel que le décrit

Molinier (2010) une autre souffrance spécifiquement associée à la profession infirmière est ainsi générée : « celle d'être troublé, touché, perturbé, parfois exaspéré par les expressions de la subjectivité d'autrui » (Molinier, 2010 p.51). Il arrive parfois que certains cas soient plus touchants que d'autres et cela amène beaucoup d'émotions dans le département. Certains vont donc évacuer cette souffrance en parlant avec des collègues durant les pauses ou vont marcher dans l'hôpital pour se calmer.

Ainsi, il est démontré que des éléments associés au contexte de travail en soins intensifs ont des conséquences négatives sur la satisfaction au travail, la rétention et le roulement du personnel infirmier (Langlois et al., 2009 p.27). De plus, les contraintes organisationnelles que confrontent le personnel au quotidien, comme le manque de personnel et la détérioration des conditions de travail affectent également leur moral et élèvent le niveau de stress présent dans leur travail (Bourbonnais, 2000). De même, certaines études démontrent également comment ces conditions peuvent mener le personnel vers un état d'épuisement professionnel, comme nous l'avons souligné au premier chapitre (Vézina, 1995).

Grâce aux écrits de Molinier (2010) et de Langlois et al. (2009) sur les enjeux éthiques du département, nous constatons que le personnel infirmier ne rencontre pas totalement son besoin de compétence et de cohérence à cause d'éléments paradoxaux en place dans le milieu de travail. C'est-à-dire que ces individus sont coincés car le travail du *care*, qui consiste en la manifestation et le ressenti d'une certaine compassion, à *prendre soin*, est freiné par les contraintes présentes dans le département et le pouvoir médical. Nos découvertes sur les relations interpersonnelles et les interactions en place dans l'équipe abondent également dans ce sens.

5.2.2 Les interactions prescrites et les relations réelles

Tel que le proposent les principes de la psychodynamique du travail, le travail représente un lieu propice à l'établissement de rapports sociaux. Le travail réel et ses implications créatives en appellent à l'intelligence du sujet qui entre en relations avec les autres pour négocier cette modélisation du travail (Alderson, 2004). En plus des éléments précédemment cités, l'étude des résultats de cette recherche fait émerger également différents constats quant à la nature

des relations et des interactions tenues par le personnel infirmier et la reconnaissance accordée à chacun. Afin de procéder à l'exploration de la prochaine section, nous nous baserons aussi sur quelques principes associés à l'axiomatique de la communication présentée par Watzlawick et al. (1972) et reprise par l'École de Palo Alto.

St-Arnaud (2004) décrit une typologie des relations interpersonnelles et affirme que « dans l'expérience quotidienne de la vie en société, les relations établies par chacun avec ses semblables sont souvent de nature fonctionnelle » (St-Arnaud, 2004 p.98). Dans l'unité de soins intensifs, il a été observé qu'une grande partie des échanges entre les membres du personnel infirmier sont de type fonctionnel. Les sujets ont mentionné qu'ils entretiennent souvent ce type d'échange en demandant aux autres de leur rendre un service au niveau du matériel à obtenir ou de l'aide pour l'installation des patients et des éléments nécessaires à leurs soins. Ceci s'explique par la nature du travail aux soins intensifs qui nécessite une surveillance sans interruption des patients et par la rapidité d'intervention essentielle qui demande à ce que les soins soient prodigués toujours au bon moment. Ainsi, par la stratégie de « l'équilibrage », qui consiste à « manifester un intérêt compensatoire à ses partenaires » (Marc et Picard, 2008 p.102), les membres du personnel infirmier peuvent maintenir une ambiance de travail relativement polie mais surtout demeurer efficaces. Si quelqu'un a besoin d'aide, un autre lui rendra service en tenant compte du fait que lorsque lui-même en aura besoin, ses collègues lui rendront. Les relations demeurent donc nécessaires à l'accomplissement du travail (Dejours, 2008).

Lors de l'élaboration du résumé transversal, nous avons également noté le caractère intrinsèque du travail d'équipe dans le département des soins intensifs. C'est par ce travail d'équipe que le personnel infirmier peut prodiguer l'acte médical adéquat et ainsi accomplir le travail du *care*. Cependant, comme ce travail d'équipe émane d'une contrainte structurelle, il appartient alors au contexte du département et n'émerge pas totalement de la volonté individuelle de chacun de se mettre ensemble pour travailler. Comme ils l'ont souligné, les participants sont conscients de l'importance du travail d'équipe pour accomplir leur tâche aux soins intensifs et doivent individuellement l'inclure dans leur conception du travail infirmier afin de satisfaire aux exigences structurelles de ce département. Si le travail d'équipe est

déficient, l'acte médical ne peut être accompli et l'objectif de soins tombe. D'ailleurs, les participants ont également évoqué l'existence d'un profil de personnalité idéal pour intégrer l'équipe des soins intensifs. Parmi les différentes compétences et attitudes, la capacité de travailler en équipe et d'accepter la présence des autres autour de soi ressort comme l'une des principales qualités à faire valoir dans le département.

Nous retenons également des éléments abordés dans le cadre de référence de cette recherche, la centralité de l'interaction au cœur des relations qui s'établissent dans le département. Tel que décrit par Watzlawick et al. (1972), nous voyons donc se tracer deux niveaux; soient celui du contenu et de la relation. « Ce second niveau est fondamental car il constitue une instruction sur la manière dont on doit interpréter le message ou bien une instruction sur la nature de la relation qui "encadre" le message » (Giordano, 2003 p.122). Ce rapport entre contenu et relation peut alors être modulé grâce au principe de la ponctuation de la séquence des faits. Selon Watzlawick et al. (1972), ce principe illustre la façon dont les partenaires découpent leur communication et désigne le point de vue que chaque interlocuteur porte sur son comportement et sur celui de l'autre. Ainsi, une personne ponctue le message reçu de l'autre en fonction des effets que ce message a sur lui et en fonction de son propre cadre de référence. « C'est aussi à travers ce jeu de la ponctuation que s'élaborent progressivement des normes qui seront phénoménologiquement uniques à chaque système observé » (Brouillet et Deaudelin, 1994 p.448).

Par exemple, la nature fonctionnelle des échanges et le cadre rigide des soins intensifs rend le personnel infirmier parfois inconfortable car les participants ont mentionné se sentir stressés quand des équipiers sont absents et que des remplaçants moins expérimentés sont sur place, leur laissant ainsi une marge de manœuvre négligeable dans l'exécution de leur travail. Par exemple, ils doivent alors procéder à une explication plus détaillée du service qu'ils veulent qui leur soit rendu et cela réduit leur temps de soin auprès du patient. De plus, comme François l'a mentionné, « quand il y a des nouveaux qui entrent, il faut faciliter leur entrée, faut leur donner les outils disponibles et c'est une responsabilité que j'ai ». En conséquence, malgré le temps nécessaire à ces explications et les désagréments que cela peut causer, le personnel infirmier doit considérer qu'il est tout de même important de partager toute

l'information essentielle pouvant aider les autres.

Comme le contexte de travail l'exige, les interactions que tiennent entre eux les membres du personnel et aussi avec l'équipe médicale, sont de nature plus formelle car elles doivent inclure le travail d'équipe dans un mode de pensée spécifique et dans une manière particulière d'accomplir leur travail. Le travail d'équipe agit donc comme un cadre rigide sur les relations, influençant alors la ponctuation qu'effectuent entre eux les membres de l'équipe de soins. En tenant compte du besoin qu'ils ont d'entrer en relation avec les autres pour répondre aux tâches demandées, et des écarts qui peuvent se glisser entre confort et désagrément reliés aux relations formelles, les membres du personnel infirmier adaptent leur vision du travail. Ils instaurent alors une norme phénoménologique en effectuant une ponctuation personnelle des faits leur permettant de retirer une certaine satisfaction dans leurs échanges et minimiser les impacts émotionnels (Brouillet et Deaudelin, 1994). Ainsi, sur le plancher, le personnel peut avoir l'impression que sont tenus des propos plus fermes ou froids. Par contre, comme les soins nécessaires aux patients sont prodigués, la plupart d'entre eux se satisfont de ces échanges car cela les amène à accomplir le travail qui leur est prescrit.

Même si elles sont fonctionnelles au plan interactif, les relations de travail établies par le personnel font tout de même émerger une énergie de solidarité. Dans sa théorie sur le groupe optimal, St-Arnaud (1972) nous permet de comprendre dans quelles circonstances le personnel infirmier fait réellement équipe. Afin de confirmer son existence, chaque membre du groupe doit percevoir une cible commune, ce qui dans notre cas, représente le bien-être du patient et l'accomplissement du travail de *care*. À l'intérieur du groupe se développera une énergie, déclinée sous deux types, « production » et « solidarisation », permettant l'entretien du parcours vers cette cible commune et la vie du groupe (St-Arnaud, 1972 dans Aubry, 2005).

L'énergie de solidarisation, source et effet de la communication, alimente un processus primaire de solidarité selon lequel les membres tiennent compte les uns des autres en tant que *personne-apportant-des-ressources-au-groupe* et permet au système-groupe de maintenir des liens entre les membres, leur évitant de se dissocier les uns des autres et favorisant le partage de la responsabilité collective (St-Arnaud, 1972 dans Aubry, 2005 p.97).

Aussi, comme l'a souligné Caroline, le sentiment d'appartenance à *son* équipe grâce aux habitudes et routines d'équipe développées à travers les années, favorise cette solidarité. En effet, à travers les résultats que nous avons obtenus, l'existence d'un « réseau tissé serré » illustre le fait que les membres de l'équipe doivent se faire confiance dans l'exécution des actes de soins. À l'instar des écrits de Marie-Claire Carpentier-Roy (1991), aux soins intensifs, il faut accepter que les autres participent à une action de soins qui devient commune. Le personnel infirmier, pour travailler en équipe, procède à une intériorisation des règles du contexte prescrit du travail afin de bénéficier d'une certaine liberté et ainsi de se protéger par rapport à l'environnement de travail. La parole devient structurante au niveau des consignes comme des éléments affectifs qui lient les travailleurs ensemble. Ainsi, voulant atteindre cette cible et maintenir le patient dans un état stable, c'est implicitement que cette énergie se révèle à l'intérieur de l'axe du travail prescrit. De plus, la création du « réseau tissé serré » amène le personnel à développer une stratégie collective de protection qui se distingue à travers l'intégration des nouveaux employés à l'équipe. « C'est difficile de rentrer aux soins, c'est une équipe qui est assez homogène et qui a de la misère parfois à accueillir les nouvelles personnes, on est très critique envers ceux qui arrivent, faut être fait fort pour avoir le courage de rester ». Comme François le mentionne, l'équipe adopte une posture critique envers tout élément provenant de l'extérieur qui pourrait modifier cette structure solidaire implicite.

Toutefois, les contraintes organisationnelles et les facteurs de stress constituent des obstacles à la solidarité. « Le système-groupe ne dispose pas de mécanisme inné de coordination et d'autorégulation; en conséquence, il est inévitable que surgissent des obstacles à la production et à la solidarité. Il est donc impératif de *s'en occuper* » (St-Arnaud, 1972 dans Aubry, 2005 p.97). Par exemple, lors des journées plus achalandées, la rapidité d'intervention et les nombreux actes bureaucratiques réduisent le temps d'échange entre les membres du personnel infirmier. Par ailleurs, cet impératif interpelle le troisième et dernier besoin psychologique fondamental, soit le besoin de considération, « qui oriente l'action en vue d'une relation personnelle avec un partenaire en présence duquel on se sent bien d'être ce qu'on est » (St-Arnaud, 2003 p.213). La vie du groupe repose alors en grande partie sur les efforts des membres du personnel qui dépassent le niveau des échanges fonctionnels afin

d'engager des relations plus intimes ou « chaleureuses », répondant ainsi au besoin de considération qui habite fondamentalement chaque être humain (St-Arnaud, 2004), comme le souligne Caroline.

Je pense que c'est important d'avoir de bonnes relations avec les collègues parce que plusieurs deviennent des amis. Quand tu vis des situations frustrantes, ce sont des personnes qui sont capables de comprendre parce qu'ils vivent la même chose. [...] T'as beau aimer ce que tu fais, si tu n'est pas dans une équipe avec qui tu as du plaisir, ce n'est plus motivant, tu n'as plus le goût de venir travailler.

Cette intimité ainsi développée avec ses collègues permet de croire pour Caroline qu'elle accomplit un meilleur travail car grâce à ces liens de confiance, elle sait que son patient sera bien traité et que l'accomplissement de sa tâche ne sera pas menacé.

L'espace de délibération qui naît des difficultés rencontrées par les uns et les autres face au réel du travail a une valeur inestimable et irremplaçable, pour cette raison qu'il est le lieu où mieux que partout ailleurs peuvent s'exprimer des opinions tenant conjointement et le réel et la vie (le travail vivant) sans autre médiation que la parole vive (Dejours, 2009 p.182).

Finalement, les travaux de Marc et Picard (2008) sur la relation affirment aussi qu'il est difficile de définir explicitement la nature d'une relation. Ainsi, c'est à travers leurs interactions que les interlocuteurs pourront la définir et se définir eux-mêmes par rapport aux messages et indices qu'ils percevront de l'autre.

Autrui perçoit mes comportements mais n'a pas accès à mon expérience subjective. À l'inverse, je suis en contact avec mon expérience subjective, mais je ne vois pas mes comportements comme autrui peut les voir. Mon expérience d'autrui lui est invisible. Il n'y a donc aucun accès direct à l'expérience de l'autre; les expériences subjectives sont très difficiles à communiquer (Marc et Picard, 2008 p.58).

Chacun des membres de l'équipe de soins ne perçoit donc pas quelle valeur accordent les autres aux relations dans le département. Certains, par des rapports plus amicaux dans la salle de pause, développeront des relations plus intimes avec des collègues alors que d'autres seront plus discrets.

Nous avons donc vu que le contexte des soins intensifs amène le personnel infirmier à vivre une souffrance due à la perte du sens de leur travail, reliée aux limites qui lui sont imposées. De plus, le travail d'équipe, intrinsèquement uni à la structure du département, formalisent les interactions entre les membres de l'équipe qui, dans leurs relations, voient d'abord un moyen d'arriver à accomplir le travail qui leur incombe et ensuite, un moyen de partager leur expérience et leur vécu. Le paradoxe dans lequel sont placés les infirmiers les incite à adopter des stratégies défensives de communication interpersonnelle pour créer une zone de confort qui leur permet d'agir en cohérence avec leurs valeurs. De plus, ces communications permettent de trouver un sens à leur travail. Selon Mead (1963) « la communication est porteuse de sens et forme une matrice qui modélise notre rapport à l'autre » (voir chap. 2). « C'est pourquoi il définit la signification comme étant une relation ternaire, celle qui enchaîne un premier geste – amical ou inamical –, une réponse à ce geste, et l'acte social complet qui en résulte » (Mead, 1963 dans Chaskiel, 2004 p.238).

5.3 CONSTRUCTION IDENTITAIRE ET RECONNAISSANCE

Ayant mis en place les données relatives aux interactions et aux relations que nous avons retracées grâce à l'exploration du terrain, il nous est maintenant possible d'établir un pont entre ces éléments et les notions d'identité et de reconnaissance et d'exposer les influences de ce paradoxe vécu par le personnel infirmier sur sa construction identitaire.

5.3.1 Une dynamique indissociable

Un individu construit son identité en projetant l'image qu'il se fait de lui-même aux autres et en retenant l'effet que cette image produit sur ceux-ci, ainsi que la perception qu'il a de cet effet. Il accomplit cela à travers les échanges qu'il tient avec son interlocuteur. Mead (1963), Maisonneuve (2000), E. M. Lipiansky (1997), Marc et Picard (2008) et d'autres ont mis en évidence la place de la communication dans la construction identitaire. « Se réalisant à travers l'échange social, la constitution de l'image de soi confère donc à la parole une place centrale dans la problématique identitaire » (Lipiansky, 1997 p.184). De plus, « la communication présuppose aussi une définition, au moins implicite, de l'identité des

interlocuteurs qui va s'actualiser dans la relation. Nouer une relation, c'est en effet instaurer un rapport où le fait d'occuper une certaine place assigne à l'autre une place correspondante » (Marc, 2005 p.171). Le niveau de la relation est donc également nécessaire à la construction identitaire. Cette place dont il est question doit être revendiquée à travers les échanges tenus entre les individus.

Les travaux sur l'identité démontrent également l'importance de la reconnaissance dans la construction identitaire, formant ainsi une dynamique indissociable. « Une des finalités stratégiques essentielles pour l'acteur est la reconnaissance de son existence dans le système social. Ce qui implique à la fois que le système lui reconnaisse son appartenance et une place spécifique et qu'il ressente subjectivement cette reconnaissance » (Kastersztejn, 1997 p.32). La construction identitaire passe alors par le regard d'autrui.

La psychodynamique du travail présente également la reconnaissance comme étant un élément central pour l'équilibre psychique des individus (Carpentier-Roy, 2000). C'est-à-dire qu'elle constitue le vecteur de l'identité et assure ou non aux individus le loisir d'éprouver du plaisir au travail. Donc, l'image de soi, confrontée au regard de l'autre, doit être reconnue et entérinée par celui-ci afin que la construction identitaire puisse avoir lieu et qu'un équilibre psychique soit atteint. Dejours (2008) présente la relation entre l'individu et son travail comme étant dynamique et elle nécessite certaines conditions afin de ne pas être rompue. La coopération entre les pairs, la créativité au travail, la solidarité et le soutien social sont de bons moyens de créer des espaces de paroles, où des échanges satisfaisants peuvent être tenus, et sont tous des facteurs aidant à développer le sentiment de reconnaissance nécessaire à tout individu afin de ressentir du plaisir au travail. Or, cette réalité peut être en décalage interprétatif avec ce que prescrit le travail et peut alors causer de la souffrance pour les individus. Si la reconnaissance, fournie dans les rapports sociaux, est inexistante, il est difficile de décrire une dynamique positive entre une personne et son travail, qui à son tour établira difficilement en quoi son travail peut être motivant et être une source de développement personnel et professionnel.

Le travail devrait donc permettre aux individus une ouverture explicite vers la reconnaissance accordée par les autres afin d'établir une construction identitaire. « Force est de constater que [...] le travail qui use et celui qui épanouit, coexistent en proportions variables selon la nature de l'emploi et selon le type de rapport que l'individu entretient avec son activité » (De Gaulejac, 2001 p.39). Or, nous avons démontré précédemment que le personnel infirmier procédait d'une manière plus informelle et implicite afin de créer des espaces de partage avec les autres. La cybernétique du soi (Bateson, 1977), postule qu'un organisme tend naturellement vers la stabilité. Pour maintenir cette stabilité, elle peut avoir recours à des routines de défense et à des doubles boucles de rétroaction qui permettent de questionner les règles de fonctionnement du système et de les adapter si nécessaire à de nouvelles réalités. Dans la tâche infirmière, travail prescrit et travail réel se chevauchent, ce qui pousse les individus à développer différentes stratégies défensives afin de trouver un sens à leur travail et ainsi d'en retirer du plaisir.

À la lumière des écrits en psychologie sociale, Joseph Kastersztein identifie la stratégie identitaire comme « un ensemble d'actions coordonnées, de manœuvres en vue d'une victoire » qui se situe « d'emblée au niveau interactionnel et dynamique ». (Kastersztein, 1997 p.30). L'individu, par cette stratégie, vise donc la préservation et la stabilité de son identité. Les participants de cette recherche ont d'ailleurs souligné les éléments de base qui composent cette identité infirmière en soins intensifs. La confiance en soi, l'affirmation de soi, les compétences humaines, l'ouverture d'esprit et la modestie en font partie. Les individus s'adaptent continuellement à leur environnement, modifiant ainsi leur structure identitaire car ils cherchent à se faire accepter, à être valorisés ou encore reconnus. Ainsi, à travers leurs interactions, ils mettront en œuvre des « tactiques » (Kastersztein, 1997).

Les acteurs vont réagir en fonction de la représentation qu'ils se font de ce qui est mis en cause dans la situation, des enjeux et des finalités perçues, mais également en fonction de l'état du système dans lequel il sont impliqués et qui fait peser sur eux une pression constante à agir dans tel ou tel sens (Kastersztein, 1997 p.31).

L'objectif fondamental de ces tactiques est « la défense d'une identité positive, la valorisation de soi » (Marc et Picard, 2008 p.94). Or, comme nous l'avons exposé, la valorisation de soi repose sur un besoin de considération contenu dans la relation. Ce qui ressort de nos résultats

démontre cependant qu'un rapport plutôt fonctionnel s'établit dans le milieu de travail entre les individus. Le personnel infirmier ne goûte donc pas à cette reconnaissance nécessaire dans leurs échanges puisque ce qu'ils mettent en place dans leur travail, aux yeux des autres, est simplement nécessaire à la tâche que tout le monde partage. Tout, dans le contexte de travail, devient prétexte à opérer une ponctuation des faits (Watzlawick et al., 1972) qui amorce un repli sur soi des individus.

Pour rappeler le paradoxe dans lequel est impliqué le personnel infirmier, nous aurons une fois de plus recours aux écrits de St-Arnaud (2003) qui a approfondi une étude de l'interaction professionnelle. Il affirme que « dans une interaction tout est intentionnel » (St-Arnaud, 2003 p.56). Lorsqu'il entre en relation avec son environnement ou ses collègues, l'individu met en marche des mécanismes l'aidant à atteindre son intention. Il s'avère cependant qu'il peut rencontrer des difficultés et doit alors prendre conscience de l'effet visé afin de permettre une autorégulation nécessaire à la rectification de son intention pour ainsi s'adapter à la situation (St-Arnaud, 2003). « "Savoir ce qu'on veut" fait référence à l'effort de lucidité requis pour cerner correctement l'intention; "vouloir ce qu'on peut" fait référence à l'autorégulation qui permet de modifier sa visée ou son aspiration lorsqu'il devient évident que celle-ci n'est pas réaliste » (St-Arnaud, 2003 p.74). Afin de contrebalancer la souffrance associée au contexte du travail, les membres du personnel infirmier maintiennent une application très technique de leur travail, devenant eux-mêmes l'instrument de soin et entretiennent des relations plus formelles. Ils opèrent donc un repli sur eux-mêmes et les membres du personnel infirmier s'accordent donc une reconnaissance personnelle. *« Si je n'obtiens pas ce que les autres devraient me donner, je me l'octroie ».*

Les participants ont parlé d'une lunette individuelle que chacun doit porter pour retracer les éléments qui pour eux, relèvent de la reconnaissance. Leur position est donc d'abolir leurs attentes envers la reconnaissance et plutôt d'opérer un réflexe intuitif et d'aller vers une gratification personnelle en cherchant des raisons pour s'accorder une reconnaissance. Par exemple, Bob et François se plaisent à observer les effets de leurs interventions sur un patient lorsque celui-ci présente des résultats positifs ou cesse d'éprouver de la douleur. Pour Caroline et Evelyne, le remerciement constitue l'indice qui, pour elles, représente cette

gratification. Pour Anne-Sophie, l'encouragement qu'elle reçoit des autres incarne « sa petite tape dans le dos ». Enfin, Dominique se sent valorisée quand elle sent que son équipe la suit et respecte son plan de match. Cette gratification personnelle aide alors les participants à retrouver leur propre valeur et de passer outre le fait que la reconnaissance extérieure soit déficiente. « L'acteur qui a cerné ses besoins particuliers peut se montrer plus créateur dans la recherche de moyens de les satisfaire » (St-Arnaud, 2003 p.64).

5.3.2 Une ouverture réconfortante

Cette adaptation démontre alors que pour trouver du sens, éprouver du plaisir au travail et ultimement, maintenir un équilibre psychique stable, le personnel infirmier doit manifester une certaine souplesse dans sa relation au travail. « Les éléments objectifs se mêlent à des éléments subjectifs. Le travail n'est pas seulement un moyen matériel de subsistance, c'est aussi un moyen d'exister subjectivement » (De Gaulejac, 2011 p.33). Cela ne sera assuré que par les stratégies défensives et identitaires qu'utilise le personnel infirmier qui redéfinit l'interprétation globale du travail qu'il se fait et s'inscrit alors dans la logique du travail vécu, mettant l'accent sur sa propre perception de la pratique (Avarquez, 2009).

Enfin, il est intéressant de constater comment la pensée systémique peut éclairer notre interprétation du paradoxe. « La découverte essentielle de la pensée systémique est celle de la nécessité du paradoxe qui n'appartient plus comme inhérent à un vice ou à un manque de la théorie, mais comme partie intégrante de la réalité physique du monde naturel et de la réalité psychique du sujet » (Caillé, 1986 p.60). Cette réinterprétation globale du travail contribue donc à un recadrage associé à la souplesse du personnel infirmier dans son rapport au travail. Dans un environnement où des rapports sociaux s'établissent, des mécanismes devraient en faciliter les interactions et ainsi mener vers des relations satisfaisantes et utiles à la construction identitaire. Cependant, des obstacles organisationnels et structurels en affectent l'issue et c'est ce qui conduit le personnel infirmier à s'adapter à ce paradoxe en opérant une ponctuation des faits les menant à s'autovalider. Cette vision du paradoxe nous permet de le concevoir « comme des occasions positives pour pousser l'individu qui y est soumis à choisir une issue l'obligeant alors à sortir du problème tel qu'il avait été formulé » (Marc et Picard,

2004 dans Giordano, 2003 p.13). Le paradoxe devient alors créateur, dans la mesure où l'on conçoit que les stratégies adoptées par le personnel infirmier les aide à modeler leur travail.

Nous concluons donc ce chapitre en rappelant l'importance du contexte des soins intensifs sur la formation des relations du personnel infirmier et leur construction identitaire. Le personnel infirmier utilise des stratégies visant à délaissier les contraintes prescrites et réelles du travail, le menant alors vers une conception du travail vécu, celui dans lequel il peut établir ses propres limites en vue d'éprouver du bien-être dans son travail.

CONCLUSION

Le développement du système de santé québécois est au cœur de l'actualité et touche l'ensemble de ses acteurs, particulièrement le personnel infirmier. Des nombreuses études ont fait état des facteurs de stress et de souffrance pour le personnel affecté à ce système. Cependant, peu ont exploré spécifiquement la communication au quotidien de ce groupe d'individus. Notre expérience dans l'institution hospitalière nous a mené à nous interroger sur l'identité professionnelle du personnel infirmier, semblant être influencée par des interactions fragiles. Nous avons donc orienté l'objectif de notre recherche sur la découverte des stratégies identitaires et défensives du personnel infirmier, qui, à travers ses interactions quotidiennes, participent à une transformation qui vise l'établissement d'un bien-être pour ce dernier. Nous voulions donc saisir le vécu communicationnel et identitaire de ce personnel. Par le fait même, nous avons également pour objectif de tracer un portrait de la pratique infirmière actuelle, suite aux transformations qu'elle a subie.

Pour répondre à cet objectif, nous avons entrepris une démarche exploratoire, utilisant la méthode du récit de vie. Nous avons tenu des entrevues en profondeur grâce à la générosité de six participants, qui ont échangé avec nous à deux reprises sur leur parcours professionnel. Parallèlement, nous avons effectué des séances d'observation dans le milieu choisi et nous avons élaboré un journal de bord. Grâce à une analyse qualitative détaillée sous forme d'arbres thématiques, nos résultats nous ont permis de découvrir comment l'écart ressenti par les participants entre le travail prescrit et le travail réel, leur amène de la souffrance et quelles stratégies ils mettent en place pour se protéger de leur environnement. Le paradoxe nous est alors apparu comme une clé pour comprendre comment le personnel infirmier effectue un repli sur soi et survit à son environnement. Malgré la présence de rapports sociaux dans son milieu, ils ne lui fournissent pas toujours les éléments de cohérence et de considération nécessaires; « *si je n'obtiens pas ce que les autres devraient me donner, je me l'octroie* ». Il doit également faire face à des contraintes organisationnelles lourdes et s'adapter à une tâche prescrite très forte. Ainsi, nous avons pu voir dans quelle mesure ces stratégies participent au maintien d'un bien-être et permet au personnel infirmier un accès au plaisir dans son travail.

Ce mémoire comporte par ailleurs certaines limites. Le nombre restreint de sujets que nous avons consulté ne nous permet pas une généralisation des résultats. Il s'agit plutôt d'une étude situationnelle sur la réalité de six personnes, ayant une perception sur leur pratique, au moment où nous les avons rencontrés. Nous aurions pu échelonné davantage les phases d'entrevue où encore effectuer une validation des résultats en interrogeant le personnel d'autres départements, comme l'urgence, présentant des caractéristiques organisationnelles et structurelles similaires. Cependant, le temps requis et les ressources nécessaires à une telle démarche ne correspondaient pas à notre intention dans ce mémoire.

Toutefois, nous soutenons la validité de cette recherche, considérant les points forts que nous pouvons en retenir. Nous avons respecté notre objectif exploratoire et méthodologique, effectuant des entretiens en profondeur, révélant pour chaque sujet, un récit riche et personnalisé. Par ailleurs, nos observations nous permettent également de considérer ces récits comme avérés et authentiques, reflétant les commentaires et faits que nous avons notés.

Nos découvertes, sur un plan théorique, se démarquent des nombreuses autres études à ce sujet, grâce à l'angle communicationnel que nous avons adopté pour aborder le phénomène de la souffrance et du plaisir dans le domaine de la santé, pour le personnel infirmier. Ces apports théoriques pourraient ouvrir la voie à une meilleure compréhension, pour les acteurs du système de santé, des enjeux communicationnels associés aux récentes transformations. La réponse du personnel interrogé au paradoxe auquel il doit s'adapter questionne également l'importance des mécanismes de reconnaissance présents dans l'institution hospitalière. Plus encore, on pourrait se pencher sur les espaces de paroles que met en place le personnel du domaine de la santé pour s'adapter à son environnement, notamment grâce aux réseaux sociaux, un autre phénomène qui gagne en importance de nos jours.

La réalisation de ce mémoire nous laisse donc entrevoir la multitude d'avenues à explorer au sujet des impacts de la transformation du système de santé québécois sur ses acteurs et ses usagers.

APPENDICE A

Formulaire de consentement et d'information

UQÀM

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (sujet majeur)

Récit des stratégies identitaires et défensive d'un personnel infirmier, à travers leurs interactions quotidiennes

IDENTIFICATION

Responsable du projet :	Amélie Guay
Programme d'enseignement :	Maîtrise en communication
Adresse courriel :	ma1ye@mqc.com
Téléphone :	450-678-3622

BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

Vous êtes invité à prendre part à ce projet visant à comprendre comment l'articulation des dimensions relationnelles et identitaires à travers la communication, participent à une transformation identitaire qui vise l'établissement d'un mieux-être pour le personnel infirmier.

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise sous la direction de Michèle-Isis Brouillet, professeur du département de communication sociale et publique de la Faculté de communication de l'UQAM. Elle peut être jointe au (514) 987-3000 poste 8540 ou par courriel à l'adresse : brouillet.m-isis@uqam.ca.

PROCÉDURE(S)

Votre participation consiste d'abord à rencontrer la chercheuse à deux reprises pour des entrevues individuelles et ensuite, à valider les contenus des entretiens qui seront transcrits et traités de manière à ce qu'on ne puisse pas vous identifier. Lors de entrevues individuelles vous serez amené à raconter votre expérience de travail à travers vos stratégies de communications et pratiques de reconnaissance et vos impressions et sentiments par rapport à cette expérience. Les entrevues, d'une durée approximative d'une heure, seront enregistrées sur bandes audio numériques avec votre permission. La date et l'heure des entrevues seront à fixer avec la responsable du projet.

AVANTAGES ET RISQUES D'INCONFORT

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances dans le domaine de la communication et de la santé ainsi que dans le domaine de la communication interpersonnelle au travail sur l'identité professionnelle que conçoit le personnel infirmier à l'égard de son métier, en plus de parler d'une expérience que vous vivez. Il n'y a pas de risque d'inconfort important lié à votre participation à ce projet. Cependant, certaines questions pourraient reviver des émotions désagréables en lien avec le thème de la recherche et vous demeurez libre de ne pas répondre à une question qui vous semble embarrassante, sans avoir à vous justifier. Si vous souhaitez parler de votre situation, une ressource d'aide appropriée vous sera proposée. Il est de la responsabilité du chercheur de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue s'il estime que votre bien-être est menacé.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls le responsable du projet et son directeur de recherche auront accès à son enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche sera conservé sous clé par le chercheur responsable pour la durée totale du projet. Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 1 an après les dernières publications.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous consentez à participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs, vous demeurez entièrement libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits.

Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition

qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet et vous aurez également l'occasion de demander une copie du mémoire.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Vous pouvez contacter le responsable au 450-678-3622 pour des questions additionnelles sur le déroulement du projet. Vous pouvez également discuter avec le directeur de recherche des conditions dans lesquelles se déroulera votre participation et de vos droits en tant que participant de recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 # 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 # 7753.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

SIGNATURES

Je _____, reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante, et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Signature du participant :

Date :

Nom (lettres moulées) et coordonnées :

Signature du responsable du projet :

Date :

Vous êtes priés de conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement pour communication éventuelle avec l'équipe de recherche et remettre le second à l'équipe de recherche.

APPENDICE B

Tableau B.1

Canevas pour entretien – première phase

Thème : introduction et environnement

Prendre contact avec la personne, lien de confiance, faire connaissance, entrer dans le sujet.

Détails démographiques : nom, âge, poste, quart de travail, années d'expérience, scolarité

Activité de dégel : « Dessine-moi une infirmière »
À compléter à la fin de l'entretien s'il y a lieu.

1. Racontez-moi le portrait d'une journée type.

Thème : Quête de sens au travail | Stratégies défensives

Découvrir les éléments qui amènent du sens à la personne et quels moyens elle prend pour poursuivre cette quête.

2. Dans votre journée, y a-t-il des événements ou des moments qui vous rendent heureux?
3. Faites-vous des apprentissages? Est-ce que cela est important pour vous?
4. Nommez ce qui serait considéré comme un incident critique, quels moyens pour vous en sortir?
5. Comment vous sentez-vous quand cela arrive, (ressenti intérieur)?
6. Faites-vous appel à votre équipe de travail, si non, qu'est-ce qui explique que vous ne le faites pas. Comment se passe ces moments?
7. Avez-vous autre chose à ajouter?

Thème : Interactions quotidiennes

Découvrir l'articulation des relations entretenues au travail, l'utilité des interactions et leur évolution.

8. Comment se déroulent vos rencontres avec les autres, à quoi servent-elles?
9. Quel rapport entretenez-vous avec ces personnes, est-ce que ces rencontres sont productives?
10. Entretenez-vous une relation plus proche avec certains membres de votre équipe (complicité) ?
11. En rétrospective, est-ce que vos rapports avec votre équipe de travail ont changé avec le temps?
12. Accordez-vous une certaine importance aux rapports que vous maintenez au travail?
13. Avez-vous autre chose à ajouter?

Thème : Construction identitaire | Pratiques de reconnaissance

Comment se passe la reconnaissance, qu'est-ce que dégage ces personnes comme valorisant, ouverture vers futur.

14. Est-ce que les autres valorisent votre travail? (collègues et supérieurs) Comment le font-ils? Est-ce que vous vous donnez de la gratification (petite récompense)?
15. Qu'est-ce que vous aimez par-dessus tout de votre métier, quels sont vos petits plaisirs? À l'opposé, qu'est-ce qui vous ferait quitter le métier?
16. Quel rôle jouez vous dans votre département? Quel sentiment éprouvez-vous face à ce rôle?
17. Le contexte actuel du domaine de la santé vous amène-t-il une nouvelle réflexion sur le métier?
18. Racontez-moi votre idéal de la profession.
19. Avez-vous autre chose à ajouter?

Tableau B.2
Canevas pour entretien – seconde phase

Thème : introduction et environnement

Prendre contact avec la personne, solidifier le lien de confiance, entrer dans le sujet.

Événement récent : quelque chose qui mérite d'être souligné depuis dernier entretien au niveau du bien-être ressenti? Activité de dégel : « Dessine-moi une infirmière »
 À compléter à partir du premier entretien

Thème : Quête de sens au travail | Stratégies défensives

Approfondir les éléments qui amènent du sens, revoir les moyens pour poursuivre la quête.

1. Racontez-moi l'histoire de votre carrière, comment vous perceviez vous au début, vos forces.
2. Qu'est-ce que vous recherchez dans ce travail? Avez-vous l'impression d'atteindre vos buts?
3. Quelles sont les actions ou les paroles qui qualifient votre rôle, en êtes-vous satisfait?
4. Comment vivez-vous les situations difficiles? Qu'est-ce que ça vous fait (émotions)?
5. Comment faites-vous pour vous harmoniser avec les décisions médicales?
6. Avez-vous autre chose à ajouter?

Thème : Interactions quotidiennes

Aller vers la nature des rapports, l'utilité des interactions, approfondir la notion d'équipe.

7. Qu'est-ce qui fait que vous vous sentez bien dans votre équipe (plaisir, entrée en poste)?
8. En quoi l'adhésion aux valeurs de l'équipe est-elle importante?
9. Quels sont les éléments qui selon vous, constitueraient un frein pour entrer dans cette équipe?
10. Percevez-vous une tension entre les différentes équipes (quart de travail)?
11. Selon vous, y a-t-il une différence entre le fait d'avoir un BAC ou une technique?
12. Comment réagissez-vous face aux conflits?
13. Autre chose à ajouter?

Thème : Construction identitaire | Pratiques de reconnaissance

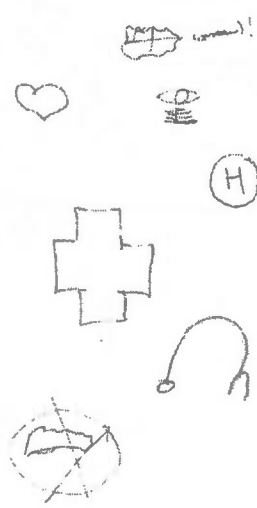
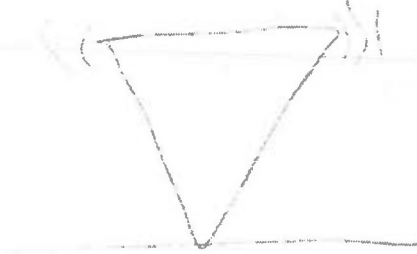
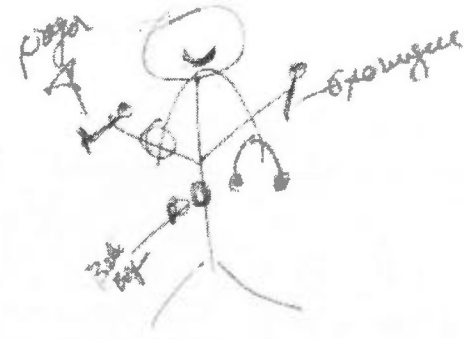
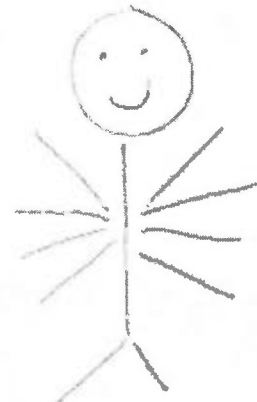
Aller vers accomplissement, approfondir la notion de reconnaissance.

14. Quels sont les éléments qui traduisent votre accomplissement?
15. Qu'est-ce que veut dire la reconnaissance pour vous? Comment la retrouvez-vous? Vos rapports avec les autres sont-ils une source de reconnaissance?
16. Valorisez-vous le travail des autres (exemple, illustration)?
17. Comment vous percez-vous dans l'équipe, quelle image vous vient en tête (place, rôle)?
18. Avez-vous autre chose à ajouter?

APPENDICE C

Tableau C.1

Dessins des participants

<p>Dessin d'Anne-Sophie</p>  <p>A collection of hand-drawn sketches representing medical concepts. At the top left is a heart. To its right is a syringe. Below the heart is a stethoscope. In the center is a large cross. To the right of the cross is a circle containing the letter 'H'. At the bottom left is a globe with a cross on it.</p>	<p>Dessin de Bob</p>  <p>A hand-drawn diagram consisting of an inverted triangle. A horizontal line is drawn below the bottom vertex of the triangle. At each of the top two vertices, there are two short, parallel vertical lines extending outwards.</p>
<p>Dessin de Dominique</p>  <p>A hand-drawn stick figure with a stethoscope around its neck. The figure has several handwritten labels: 'papa' on the left arm, 'A' on the right arm, 'M' on the left side of the torso, 'P' on the right side of the torso, 'Stomac' on the right side of the torso, and 'M' and 'M' on the lower left side of the torso.</p>	<p>Dessin d'Evelyne</p>  <p>A hand-drawn stick figure with a circular head containing a simple smiling face. The torso is a vertical line with several short lines radiating outwards from the middle section. The legs are two short lines at the bottom.</p>

RÉFÉRENCES

- Alderson, Marie. 2004. La psychodynamique du travail: objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques, *Revue Santé mentale au Québec*. Vol. 29, no.1, pp.243-260
- Aubert, Nicole. 2003. *Le Culte de l'urgence*. Paris: Éd. Flammarion.
- Aubry, Jean-Marie. 2005. *Dynamique des groupes*. Montréal: Les Éditions de l'homme.
- Aurousseau, Chantal. 2010. «Réflexions sur les enjeux du développement de la recherche en communication sous l'angle des relations interpersonnelles et de la santé». In *Communication et santé: enjeux contemporains*: Presses Univ. Septentrion.
- Avarguez, Sophie. 2009. «Travail prescrit, travail réel, travail vécu: trois dimensions de l'activité. ». In *Journée de séminaire du chantier Travail, L'emprise des prescriptions sur le travail*
- Baribeau, Colette. 2005. Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives*, hors série, no. 2, pp.98-114
- Barus-Michel, Jacqueline, Enriquez, Eugène, Lévy, André. 2002. *Vocabulaire de psychosociologie*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès.
- Bateson, Gregory. 1977. *Vers ue écologie de l'esprit, tome 1*. Paris: Éditions du Seuil.
- Blais, Mireille, Martineau, Stéphane. 2006. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*. Vol. 26, no.2. pp.1-18
- Bonitto, Céline. 2006. Goffman et l'ordre de l'interaction, un exemple de sociologie compréhensive. *Philonsorbonne*. Paris, Publications de la Sorbonne. pp.31-44
- Bonneville, Luc, Grosjean, Sylvie, Lagacé, Martine. 2007. *Introduction aux méthodes de recherche en communication* Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Bootz, Jean-Philippe. 2005. La prospective, un outil de création de connaissances: perspective cognitive et observation participante. *Finance Contrôle Stratégie*. Vol. 8, no.3, pp. 1-27
- Borzeix, Anni, Fraenkel, Béatrice. 2001, 2005. *Langage et travail, communication, cognition, action*. Paris: CNRS Éditions.

- Bourbonnais, Renée. et al. 2000. Effets des transformations du réseau de la santé sur le travail des infirmières, CQRS.
- Boutin, Gérald. 1997. *L'entretien de recherche qualitatif*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Brouillet, Michèle-Isis., Deaudelin, Colette. 1994. Étude écosytémique d'un entretien de supervision de stage. *Revue des sciences de l'éducation*. Vol. 20, n.3, pp. 443-466
- Brouillet, Michèle-Isis, Lussier, Marie-Thérèse, Richard, Claude. 1999. La praxéologie, une manière de devenir efficace en communication. *Revue Médecins du Québec*. Vol. 34, n.7, juillet.
- Brun, Jean-Pierre., Dugas, Ninon. 2005. Le reconnaissance au travail: analyse d'un concept riche de sens. *Gestion, revue internationale*. Vol. 30, no.2 pp-79-88
- Caillé, Alain. 1986. «Slendeurs et misères des sciences sociales: esquisses d'une mythologie». In *Pratiques sociales et théories*. Genève, Paris: Librairie Droz.
- Carpentier-Roy, Marie-Claire. 1991. *Corps et âme: Psychopathologie du travail infirmier*. Montréal: Liber
- . 2000. «Être reconnu au travail: nécessité ou privilège?». In *Actes du colloque Travail, reconnaissance et dignité humaine* (novembre 2000).
- Champagne, François 2002. La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé, Commission sur l'avenir de santé au Canada
- Chanlat, Jean-François. 1990. *L'individu dans l'organisation: les dimensions oubliées*. Québec: Presses de l'Université Laval et Éditions ESKA.
- Chaskiel, Patrick. 2004. Communiquer ou contracter? George H. Mead en dilemme. *Réseaux*. Vol. 5-6, no.127, pp. 233-251
- Cormier, Solange. 2005. *La communication et la gestion*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Cosnier, Jacques, Grosjean, Michèle, Lacoste, Michèle. 1993. *Soins et communication, Approches interactionnelles des relations de soins*. Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- Davezies, Philippe. 1994. «Processus de précarisation, organisation du travail, santé mentale». In *Journées d'étude sur la précarisation sociale: IRESO*. <philippe.davezies.free.fr>

- (2003). *Éléments de psychodynamique du travail. Emergences*. Toulouse, Base Ressources Santé au Travail
- De Gaulejac, Vincent. 2002. «Identité». In *Vocabulaire de psychosociologie*. Paris: Éditions Érès.
- , 2005. *La société malade de la gestion, Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris: Seuil.
- , 2011. *Travail, les raisons de la colère*. Paris: Seuil.
- de Villers, Guy. 2006. «Le récit de vie, une démarche autobiographique d'émancipation». Atelier de pédagogie sociale Le Grains ASBL. <<http://www.legrainasbl.org/index.php/publications/analyses/139-le-recit-de-vie-i-une-demarche-autobiographique-demancipation>> Consulté le 5 avril 2010.
- Dejours, Christophe. 1993a. Coopération et construction de l'identité en situation de travail. *Futur Antérieur*, Ed. L'Harmattan. Vol. 16, no.2
- , 1993b. *Travail, usure mentale*, Paris: Bayard.
- , 2008. *Travail, usure mentale; nouvelle édition*, Paris: Bayard
- , 2009a. *Travail vivant 1: sexualité et travail* Paris: Éd. Payot.
- , 2009b. *Travail vivant 2: travail et émancipation*. Paris: Éd. Payot.
- , 2009c. «Le travail en psychiatrie: quelle évaluation?». In *Le travail en question à l'hôpital, de l'approche managériale au regard éthique dans les métiers du prendre soin: "le care"* (11 juin 2009).
- Demazière, Didier (CNRS). 2011. L'entretien biographique et la saisie des interactions avec autrui. *Recherches qualitatives*. Vol. 30, no.1 pp. 61-83
- Desmarais, Danielle, Grell, Paul (dir). 1986. *Les récits de vie, théorie, méthode et trajectoires types*. Montréal: Saint-Martin.
- Desrosiers, Georges. 1999. Le système de santé au Québec, bilan historique et perspective d'avenir. *Revue d'histoire de l'Amérique française*. Vol. 5, no.1, pp. 3-18
- Dolbec, André. 1993. Assurer la scientificité de sa recherche, Communauté Scientifique RÉSEAU
- Dorais, Louis-Jacques 2004. «La construction de l'identité». In *Discours et constructions identitaires*. Québec: Presses de l'Université Laval.

- Dubar, Claude. 2006. *La socialisation*. Paris: Ed. Armand Collin.
- Duquette, André, K rouac, Suzanne et Beudet, Line. 1993. Ressources pour contrer l'épuisement professionnel. *L'infirmière canadienne*. Vol. 89, no.8 pp. 44-46
- Estryn-Behar, Madeleine. 1997. *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*. Paris:  d. Estem.
- Faget, Jacques. 2006. Médiation et post-modernité. *Négociations*. Vol. 2, no. 6 pp. 51-62
- FCRSS, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2011). Rapport de synthèse—S'améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante. Ottawa
- Gaumer, Benoit. 2008. *Le système de santé et des services sociaux: Une histoire récente et tourmentée; 1921-2006*, Les Presses de l'Université Laval. Québec.
- Giordano, Yvonne. 2003. «Les paradoxes: une perspective communicationnelle». In *Le paradoxe: Penser et gérer autrement les organisations*. Paris: Ellipses pp.115-128.
- Giroux, Nicole. 2001. «La gestion discursive des paradoxes de l'identité». In *Xième Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique* (13-15 juin 2001).
- Giust, Annie Charlotte. 2006. «Entretien». In *Vocabulaire de psychosociologie*. Ramonville Sainte-Agne:  d.  r s
- Goffman, Erving. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*. Paris: Les  ditions de Minuit.
- , 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public*. Paris: Les  ditions de Minuit.
- Grimaud, Lyn. 2003. Le récit de pratique, un outil clinique en institution? *VST - Vie sociale et traitements*. Vol.3, no.79, pp. 8-11
- Kaddouri, Mokthar. 2008. *La question identitaire dans le travail et la formation: contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique*. Paris:  ditions L'Harmattan.
- Kastersztein, Joseph. 1997. «Les stratégies identitaires des acteurs sociaux». In *Stratégies identitaires*: Presses universitaires de France
- Kaufmann, Jean-Claude. 1996. *L'entretien compréhensif*:  d. Nathan

- Lacoste, Michèle. 2001. «Peut-on travailler sans communiquer?». In *Langage et Travail, Communication cognition, action*. Paris: CNRS Éditions.
- Lacoursière, Annie. 2010. «Le réseau est en crise, disent les intervenants du milieu». <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201003/09/01-4259061-le-reseau-est-en-crise-disent-les-intervenants-du-milieu.php>. Mise en ligne et consultation le 10 mars.
- Langlois, Lyse, Dupuis, R., Truchom, M., Marcoux, H., Fillion, L. 2009. «Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs ». *Éthique publique* <http://ethiquepublique.revues.org>. Consulté le 8 novembre 2011.
- Lapassade, Georges. 2006. «Observation participante». In *Vocabulaire de psychosociologie*. Ramonville Sainte-Agne: Éd. Érès.
- Larousse, dictionnaire en ligne. 2012. Médiation
<<http://www.larousse.com/en/dictionnaires/francais/M%C3%A9diation/50103>>
- Lazzeri, Christian, Caillé, André. 2004. La reconnaissance aujourd'hui. Enjeux théoriques, éthiques et politiques du concept. *Revue du MAUSS*. Vol. 1, no.23, pp. 88-115
- Legendre, R. 1993. *Le dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal: Éd. Guérin.
- Le Grand, Jean-Louis. 2006. «Histoires de vie (récits de vie)». In *Vocabulaire de psychosociologie*. Ramonville Sainte-Agne: Éd. Érès.
- Letourny, Alain. 2008. Le pourquoi et le comment des réformes. Santé, Société et Solidarité, Institut de recherche et documentation en économie de la santé. . Vol. 7, no. 2 pp.5-12
- Lévy, André. 2006. «Organisation». In *Vocabulaire de psychosociologie* Paris: Éditions Érès.
- Lewin, Kurt. 1992. «Conduite connaissance et acceptation de nouvelles valeurs». In *Changement planifié et développement des organisations*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lipiansky, Edmond. Marc. 1997. «Identité subjective et interaction ». In *Stratégies identitaires*: Presses universitaires de France
- Mahy, Isabelle. 2009. «Innovation organisationnelle: comment passer au XXIe siècle en ranimant la flamme par des pratiques collectives inspirantes». In *Agbobli, C. (dir.) Quelle communication pour quel changement* Montréal: PUQ.
- . 2000. *Introduction à la psychosociologie*. Paris: Presses universitaires de France.

- Maranda, Marie-France. 1995. La psychodynamique du travail, une alternative à l'individualisation de la santé au travail Santé mentale au Québec. Vol. 20, n.2, pp. 219-242
- Marc, Edmond. 2005. *Psychologie de l'identité*. Paris: Dunod.
- Marc, Edmond, Picard, Dominique. 2008. *Relations et communications interpersonnelles*. Paris: Ed. Dunod.
- Mathieu, Annie. 2009. Le ras-le-bol de Natacha. La Gazette des Femmes. Québec, Les publications du Québec. Vol. 30, no. 4 pp.19-21
- Matot, Jean-Paul. 2005. Croire, sans doute, exister, peut-être Cahiers de psychologie clinique Université De Boeck. Vol. 2 no. 25 pp. 111-131
- Mead, Georges. H. 1963. *L'esprit, le soi et la société*. Paris: Presses universitaires de France.
- Minvielle, Étienne., Contandriopoulos, André. 2004. La conduite du changement. Quelle leçons tirer de la restructuration hospitalière? Revue française de gestion, Éd. Lavoisier. Vol. 3, n.150, pp 29-53
- Molinier, Pascale. 2010. Formaliser et politiser les récits du care. Interrogations? - Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société. Numéro 11 décembre 2010 pp.45-60
- Morin, Estelle. 2008. Qu'est-ce qui donne sens au travail? Objectif prévention. Vol. 31 no. 2 pp.10-12
- , 2008. Rapport R-543 Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel, Institut de recherche Robert Sauvé en santé et sécurité au travail (IRSST)
- , 1996. «L'efficacité organisationnelle et le sens du travail». In *La quête du sens*. Montréal: Ed Québec Amérique.
- Mucchielli, Alex. 2004. *Études des communications : Approches par la modélisation des relations*. Paris: Armand Colin.
- OIIQ, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 1999. «Pénurie d'infirmières dès 2005». <<http://www.oiiq.org/publications/le-journal>> Consulté le 15 janvier 2009.
- Organisation mondiale de la Santé. 2011. «Santé mentale: un état de bien-être». Consulté le 24 novembre 2011.
- Paillé, Pierre. 1996. De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier Revue de l'association pour la recherche qualitative Vol. 15 pp.179-195

- Pauchant, Thierry. 1996. *La quête de sens*. Montréal: Éd. Québec Amérique.
- Phaneuf, Margot. 2008. «Carl Rogers, l'homme et les idées ». <<http://www.infiressources.ca/>>. Consulté le 6 décembre 2011.
- Pineau, Gaston. 1998. *Accompagnement et histoire de vie*. Paris: L'Harmattan.
- Pourtois, Jean-Pierre, Desmet, Huguette. 1997. *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*: 2e édition. Sprimont: Mardaga.
- Rhéaume, Jacques. 2006. «Le changement». In *Vocabulaire de psychosociologie*. Ramonville Sainte-Agne: Éd. Érès.
- Richard, Claude, Lussier, Marie-Thérèse. 2005. La communication professionnelle en santé. L'actualité médicale MedActuel FMC
- Rogers, Carl. 1968. *Le développement de la personne*. Paris: Éditions Dunod.
- Ruano-Borbalan, Jean-Claude. 1998. *L'identité*. Auxerre: Ed. Sciences Humaines.
- Sainsaulieu, Renaud. 1998. La construction des identités au travail. numéro Hors Séries, Ed. Sciences Humaines pp.40-43
- Saint-Arnaud, Lyse, Paillé Marché, Annie. 2009. La reconnaissance au travail: un enjeu au coeur de la santé mentale au travail. Semaine nationale de la santé mentale. Association canadienne pour la santé mentale: division du Québec
- Sanséau, Pierre-Yves. 2005. Les récits de vie comme stratégie d'accès au réel en sciences de gestion: pertinence, positionnement et perspectives d'analyse. Recherches qualitatives. Vol. 25, no.2 pp.33-57
- Sarrasin, Hélène. 2009. L'infirmière inconnue, du dévouement à l'épuisement. La Gazette des Femmes. Québec, Les Publications du Québec. Volume 30, no.4 p.18
- Savoie André, et al. 2010. Surenchère de la non-santé psychologique au travail. Le Journal des psychologues. Vol. 10
- Solar, Claudie. 2001. *Équipes de travail efficaces: savoirs et temps d'Action*. Québec: Les Éditions Logiques.
- St-Arnaud, Yves. 2003. *L'interaction professionnelle*: Presses de l'Université de Montréal.
- , 2004. *La personne humaine*: Éd. de l'Homme.

- Tessier, Roger. 1992. «La dynamique du développement des organisations». In *Méthodes d'intervention Développement organisationnel*. Québec: Presses de l'université du Québec.
- Tremblay, Jacynthe. 2009. À la recherche du sens perdu. *La Gazette des Femmes Québec*, Les publications du Québec. Volume 30, no.4 pp.22-28
- Vas, A. 2005. La vitesse de propagation du changement au sein des grandes organisations. *Revue française de gestion, Lavoisier*. Vol.2, no.155 pp.135-151
- Vézina, Michel. et al. 1992. «Les situations de travail pathogènes». In *Pour donner un sens au travail: Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*, Gaëtan Morin Éditeur, p. 7-29 et 39-62. Boucherville.
- Vézina, Michel et Malenfant, Richard. 1995. *Dualité de la santé mentale au travail*. Montréal: Actes du Colloque Les aspects sociaux et psychologiques de l'organisation du travail, ACFAS.
- Watzlawick, Paul, Beavin, Janet Helmick, Jackson Donald De Avila. 1972. *Une logique de la communication*. Paris: Éditions du Seuil.
- Winnicott, Donald Woods. 2002. *Jeu et réalité, traduction française*. Paris: Gallimard, Folio.
- Zougar, C. M. 2007. «Identité infirmière multiple ou multipolaire: quelle conception par l'étudiant en soins infirmiers?». Association <cadresanté.com>. Consulté le 24 mars 2010.