

3

Résumé

Cet article relate les résultats d'une enquête de psychodynamique du travail (PDT) (subventionnée par les IRSC) dont le but était de relater les liens observés entre la nouvelle gouvernance publique et les changements survenus dans le système de santé québécois, en général ainsi que dans les Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée CHSLD), en particulier. L'approche théorique et méthodologique retenue est la PDT dont l'objet est "l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail" (Dejours & Abdoucheli, 1990, p. 127). Vingt-six infirmières volontaires ont participé. Les résultats révèlent de profondes sources de souffrance en lien avec diverses contradictions vécues, lesquelles entravent le sens au travail. Un éventail de stratégies défensives déployées par les participantes atteste de la souffrance vécue. La discussion approfondit la question de rôle, de pouvoir ambigu, d'une dommageable impasse dans l'action et d'une identité professionnelle en péril.

Mots clés infirmières, enjeux éthiques, nouveau management public, santé mentale au travail, identité professionnelle

Impasses dans le travail d'infirmières en Centres d'hébergement et de soins de longue durée soumis à des changements organisationnels significatifs

MARIE ALDERSON, MICHELINE SAINT-JEAN, JACQUES RHÉAUME & ISABELLE RUELLAND

Contexte général de l'étude : nouvelle gouvernance publique et changements organisationnels dans le système de santé québécois

Dans le contexte actuel de sévère pénurie de personnel infirmier, d'attraction et de rétention difficiles, le but de l'étude est d'investiguer comment des changements organisationnels ayant pris place au cours de la dernière décennie dans le système de santé à la suite de l'instauration de la nouvelle gouvernance publique, rebondissent sur le travail d'infirmières oeuvrant au quotidien dans un Centre

d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Ce type d'établissement retient l'attention des chercheurs étant donné le vieillissement démographique que connaît le Québec et qui a pour effet d'accroître les besoins en termes de ressources infirmières. L'alourdissement de la clientèle en CHSLD ainsi que les spécificités du travail infirmier auprès de cette clientèle s'accompagnent cependant de difficultés d'attrait de nouvelles infirmières et de rétention de celles en poste. Or, la dotation en personnel, équilibrée ou déficitaire, a un impact sur la façon dont les infirmières parviennent à rencontrer ou non les besoins des patients et de leur famille. Dans l'actuelle situation de pénurie de personnel infirmier, les gestionnaires du système de santé se voient contraints de créer des conditions de travail attrayantes afin d'assurer des soins de qualité.[5,34]

A la fin des années 80, diverses critiques surgissent au regard de la bureaucratisation excessive de l'administration publique dans son ensemble.[26,36] Le rapport d'étude de la Commission Rochon, en 1988, suscite une attention

particulière dans la mesure où il note l'accent excessif mis sur le fonctionnement interne, la trop grande lourdeur de la bureaucratie professionnelle et le manque de souci de la population et des résultats.[16] Un peu plus tard, la politique de Santé Bien-être de 1992 donne le ton à une orientation centrée sur des priorités de santé publique.[16] Des lois et règlements sur l'administration publique préparent un virage «clientèle» et «populationnel» constituant le cœur de la réforme majeure de la santé et des services sociaux de 2003; réforme marquée entre autres par la création des Centres de santé et services sociaux.[22]

En filigrane de ces changements, une préoccupation est centrale : l'augmentation continue des coûts du système de la santé. La question principale est de savoir comment contenir, sinon réduire ces coûts dans le budget de l'État tout en continuant à offrir une couverture universelle de qualité de soins de santé.[17] La réforme de la santé de 2003 (Loi 25, loi 83) s'inscrit, plus globalement, dans le cadre d'un virage néolibéral visant la plus haute productivité et la meilleure qualité des soins et services dispensés à l'ensemble de la population. La gestion et l'organisation du travail axées sur la productivité deviennent la principale voie de résolution des tensions entre le maintien de l'accessibilité générale et la qualité des services.[54]

Pour ce faire, les modèles d'organisation du travail vont s'inspirer des approches dominantes dans l'entreprise privée et les secteurs industriels; l'approche de l'amélioration continue de la qualité ou de la qualité totale, l'organisation intelligente, la gestion à la japonaise imprègnent progressivement les discours et les directives. Les diverses manifestations du modèle bureaucratique, et en particulier celles de la bureaucratie professionnelle - sources présumées de lourdeur et de compartimentation des services (fonctionnement en silos) - sont sévèrement critiquées. La régulation gouvernementale dans le domaine de la santé et des services sociaux vise à combiner une plus grande efficacité administrative, décentralisée, territorialisée et une politique de santé intégrale de la population. Cette intrication entre les choix politiques et les modes de gestion donne lieu à ce qui est de plus en plus convenu d'appeler : une conception managériale de l'État, également désignée par le vocable « le Nouveau Management Public ».[48] Il y est question d'une conception managériale de la régulation administrative (et non plus technocratique), d'un encadrement plus serré et plus centralisé des institutions et des établissements (imputabilité par une approche d'évaluation des résultats sur trois ans) et d'une plus grande flexibilité des organisations du travail. L'idéologie sous-jacente, le «managérialisme» mise sur

l'entrepreneuriat public, la créativité, la flexibilité, la prise de risque chez les gestionnaires comme chez les travailleurs, la liberté managériale et le souci de la clientèle, pour accroître l'efficacité, l'efficacé, l'économie organisationnelle et la qualité des services.[48]

L'étude relatée dans le présent article et réalisée de 2005 à 2007, prend place dans le contexte général décrit précédemment; elle a été menée dans un CHSLD soumis aux dites exigences de rendement. Le nombre de recherches menées dans des unités de soins gériatriques, autrement dit, de longue durée, demeure à ce jour assez modeste. Ceci est d'autant plus navrant que la demande de services, dans les CHSLD, ne cessera d'augmenter au cours des années à venir et ce, compte tenu du vieillissement de la population, de la transformation de la famille, des nouveaux problèmes socio-sanitaires et des développements technologiques. Il est dès lors raisonnable de présumer qu'un nombre sans cesse croissant d'infirmières situera sa pratique, au cours des décennies à venir, dans cette catégorie d'établissements. Ce fait a motivé que l'investigation soit menée dans ce secteur. La réalité qui prévaut présentement, indique que la plupart de ces centres connaissent d'importantes difficultés de recrutement et de maintien du personnel infirmier tant la démobilitation des infirmières et leur désaffection en regard de la profession sont grandes. Étant donné ce contexte et afin de garder leurs effectifs infirmiers ou d'en attirer de nouveaux, les directions infirmière et générale des CHSLD peuvent tirer parti du fait de mieux connaître et de mieux comprendre l'expérience subjective et collective de travail des infirmières oeuvrant présentement dans ce secteur; tel est l'objet de la présente étude.

Des changements organisationnels dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée

Outre le contexte général décrit dans les paragraphes précédents, il convient de situer également les CHSLD dans le cadre de ce qui est communément appelé le virage ambulatoire des années 90. Cette politique vise entre autres à ce que les personnes en perte d'autonomie demeurent le plus longtemps possible dans la communauté et ne soient institutionnalisées qu'en ultime recours, lorsque leurs besoins dépassent les capacités de prise en charge des personnes elles-mêmes, de leurs proches ou encore, des Centres d'accueil;[12] cela contribue à expliquer la lourdeur de la clientèle admise dans les CHSLD.[1] Parmi les raisons avancées pour justifier ce virage, il y avait les coûts élevés à l'hébergement en institution, la croissance du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et le désir de celles-ci de demeurer le plus longtemps possible dans la communauté.[16]

Dans la foulée de ce virage, le gouvernement a proposé divers changements organisationnels au sein du programme de soins de longue durée au niveau de l'organisation du travail, de la philosophie des soins et de services et des modes de fonctionnement. Trois modalités de réorganisation s'observent dans les CHSLD du Québec : la poursuite de l'implantation de l'approche « milieu de vie » amorcée lentement au cours des années antérieures, l'introduction du Système d'Information clientèle en Centre d'Hébergement et de soins de Longue Durée (SICHELD) et le passage, dans l'organisation du travail infirmier, du mode de dispensation de soins intégraux aux soins modulaires^a. Ces trois changements organisationnels sont décrits ci-après afin de mieux cerner leurs effets potentiels sur le travail infirmier.

L'approche « milieu de vie » est un dispositif conçu par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour améliorer les soins et services en CHSLD. Promue dans la totalité des CHSLD de la province québécoise, cette approche a pour objectif d'établir une atmosphère de « chez soi » pour les résidents de l'établissement; soit un environnement chaleureux, intime et sécuritaire où le résident peut entretenir des échanges significatifs avec ses proches et le personnel soignant et continuer à se réaliser.[29] Cette orientation témoigne du souci de qualité de vie et de bien-être rejoignant les grands principes de la santé publique appliquée à une population particulièrement vulnérable.

Dans cette perspective, l'infirmière est invitée à s'engager significativement dans l'organisation des soins et des activités de la vie quotidienne des résidents, suivant la perspective d'un continuum d'activités réparties sur une période de douze heures plutôt que, comme préalablement, en fonction des trois quarts de travail du personnel soignant, ce qui génère d'important changements dans les façons de travailler des infirmières^b.

Le SICHELD est un outil informatique modulaire, évolutif et intégré, offrant des fonctions d'aide aux intervenants et aux gestionnaires de CHSLD. Cette initiative émanant du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a pour objectif de soutenir les employés dans le déroulement des opérations de sorte qu'ils améliorent l'efficacité des soins et services dispensés à la clientèle en améliorant la planification des soins et des services et la prise de décision clinique;[45] en accroissant l'appréciation de la qualité des soins et des services dispensés et finalement en permettant d'optimiser les ressources afin de dégager certaines heures administratives pour les réallouer aux services directs à la clientèle. Cette orientation de gestion s'appuie sur l'usage des technologies de l'information et des communications (TIC)

comme soutien à une gestion clinique plus performante. Au niveau du travail infirmier, les diverses fonctions du SICHELD invitent aussi, aux dires du Gouvernement du Québec à une autonomie et à une professionnalisation accrues des infirmières.[24]

Mode intermédiaire entre les soins intégraux^c et le système d'équipe^d, les soins modulaires visent la dispensation de soins individualisés et continus par un personnel soignant composé habituellement d'une infirmière, d'une infirmière auxiliaire et de deux ou trois préposés aux bénéficiaires à une dizaine de patients ou résidents^e; ensemble ils forment un module.[30] Si le système modulaire des soins mise, en théorie, sur la différenciation des fonctions des soignants dans l'organisation des soins,[52] il vise surtout une gestion plus efficiente et performante et la rentabilité des soins. Il permet, en effet, d'importantes économies financières liées à la réduction du nombre d'infirmières. Il faut voir, en effet, que sous le mode de dispensation des soins modulaires, une infirmière est en charge d'un plus grand nombre de résidents que sous les modes des soins intégraux. La structure organisationnelle associée aux soins modulaires permet, dans ses principes, une prise de décision décentralisée et alloue un pouvoir décisionnel accru à l'infirmière au sein de son module. Elle accroît cependant les responsabilités et l'imputabilité de cette dernière au regard de la qualité des soins et services infirmiers dispensés à l'intérieur de son module.

Ces nouvelles responsabilités et cette imputabilité accrue appellent à une formation différentielle ou différenciée de l'infirmière en matière de gestion de personnel afin qu'elle soit en mesure d'exercer son autorité sur l'ensemble des soignants qui interviennent dans son module. Ces transformations du rôle de l'infirmière tendent à accroître les tâches de gestion d'équipe de l'infirmière tout en diminuant, par le fait même, son implication possible dans les soins (hygiène, confort, alimentation, mobilisation) de plus en plus relégués aux préposés aux bénéficiaires (PAB) et ce par les principes inhérents aux soins modulaires.

Contexte spécifique de l'étude

Les changements organisationnels décrits ci-haut caractérisent les principales transformations ayant pris place dans le CHSLD participant à l'étude. A propos du SICHELD il importe de préciser que seules certaines infirmières ayant reçu la formation audit système utilisent celui-ci au moment de la recherche et ce, partiellement seulement. Les autres professionnels de la santé (médecins, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes, etc.) le consultent au

besoin mais n'y introduisent pas de données.

En ce qui concerne l'implantation de l'approche des soins modulaires, l'organisation du travail autour de ce modèle, diffère quelque peu selon les quarts de travail. Dans un CHSLD en milieu urbain de taille moyenne (environ deux cents lits), tel que celui étudié ici, chaque quart de travail est supervisé par une infirmière. Pour le quart de jour, chaque unité est divisée en modules incluant entre dix à quinze résidents. Chaque module compte une infirmière et selon les cas, un préposé aux bénéficiaires et/ou une infirmière auxiliaire. Le préposé aux bénéficiaires et l'infirmière auxiliaire, peuvent, selon les besoins de l'unité, couvrir ou chevaucher plus d'un module. Pour le quart de soir, la dispensation des soins ne se fait pas sur la base de modules. Si des variations peuvent s'observer selon la taille de l'unité (nombre de lits), l'unité est prise en charge par une assistante infirmière chef, aidée ou non d'une infirmière et d'un ou deux préposés aux bénéficiaires. Quant au quart de nuit, l'organisation modulaire ne prévaut également pas non plus. Si des variations s'observent également selon la taille de l'unité, les résidents sont dans la majeure partie des cas pris en charge par une infirmière et un préposé aux bénéficiaires.

Afin d'avoir une image plus complète de l'organisation du travail dans l'établissement il peut être utile de mentionner qu'en termes d'encadrement, chaque unité de soins de longue durée est supervisée, de jour, par une infirmière chef. Le soir, une assistante infirmière chef représente l'infirmière chef et assure des fonctions de gestion de l'unité tout en assumant ou en couvrant les besoins cliniques d'une partie des résidents de l'unité. Le soir, la nuit et la fin de semaine, des coordonnateurs supervisent le bon fonctionnement de l'ensemble de l'établissement. La direction des soins infirmiers assure, pour sa part, la gestion globale des soins et services infirmiers. Au moment de l'étude, plusieurs supports tels que des affiches, de la documentation destinée aux familles, des rappels dans les bulletins mensuels aux employés, etc. laissent transparaître que l'établissement prône l'excellence dans l'ensemble de sa gestion.

Cadre de référence de la psychodynamique du travail

Afin d'étudier les effets des changements organisationnels sur le travail vécu par les infirmières, l'étude s'est appuyée sur le cadre de référence de la psychodynamique du travail.[18] Trois prémisses théoriques, énoncées par Vézina, situent clairement l'approche de la PDT.[55] La première prémisse théorique réfère au sujet en quête d'accomplissement. La conception théorique du sujet en PDT postule en effet que

tout individu est habité par le désir de s'accomplir, lequel s'inscrit dans la quête d'identité qui l'anime, qu'il poursuit et qui le porte à vouloir offrir sa contribution à la création sociale ou à la construction d'une œuvre commune. La deuxième prémisse porte sur le travail qui dépasse la prescription. Ce fait mobilise le sujet et suscite son investissement subjectif dans l'activité de travail. En interpellant l'intelligence pratique du sujet et en sollicitant sa créativité, le travail qui laisse une marge d'autonomie offre précisément à l'individu la possibilité de s'accomplir et de construire son identité. La troisième prémisse désigne le nécessaire jugement de l'autre. En PDT, la construction de l'identité s'inscrit, outre la sphère privée, également dans le champ social et s'appuie sur le nécessaire regard de l'autre, lequel peut être le fait d'un collectif de travail ou d'une communauté d'appartenance.[55]

L'approche de la PDT repose sur l'hypothèse d'un lien étroit entre l'organisation du travail et ce qu'elle génère comme plaisir et souffrance chez les travailleurs. L'organisation du travail structure les rapports sociaux de travail vécus à travers des relations hiérarchiques (relations verticales) et entre les collègues (relations horizontales).[8] Dans l'organisation du travail se jouent des dynamiques où les individus sont à la fois déterminés ou contraints par des éléments structurels mais également libres et agissants. L'analyse de ces dynamiques déployées par les travailleurs de façon consciente ou non, tend à faciliter la compréhension de ce qui est source de plaisir et de souffrance dans le travail. Selon la psychodynamique du travail, la souffrance est inhérente au travail et dès lors inévitable. Cela dit, l'expérience du travail porte aussi en elle la promesse de l'expérience du plaisir. En d'autres termes, dans l'épreuve d'une souffrance, le travailleur mobilise son intelligence et met en œuvre son ingéniosité pour expérimenter des solutions novatrices. Ce faisant, il peut découvrir en lui de nouvelles habiletés, de nouveaux savoir-faire et des registres de sensibilité dont il ignorait l'existence avant cette expérience de travail.[18] Le travail est ainsi une activité de transformation et de découverte de la manière d'accomplir le travail tout en étant une activité de transformation de soi permettant au travailleur de se révéler à lui-même, ce qui constitue l'expérience du plaisir au travail.

Des organisations du travail souples permettent l'installation d'une dynamique entre le plaisir et la souffrance au travail. Cependant, quand le travail devient l'expérience répétée de la souffrance et que l'organisation du travail ne permet pas le dépassement de celle-ci - sapant du même coup toute possibilité d'ouverture sur le plaisir - il y a rupture de la dynamique de transformation de la souffrance en plaisir avec pour effet que le travail devient un lieu à risque pour

la santé psychologique des travailleurs. En fait, la souffrance s'exprime lorsque toutes les marges de liberté dans la transformation de l'organisation du travail ont été utilisées, et ce sans satisfaction des travailleurs.

Les symptômes de la souffrance au travail demeurent souvent discrets (inertie, désengagement, absentéisme, retrait) mais peuvent, dans certains cas, s'exprimer ouvertement (comportements aberrants, expressions pathologiques, agressivité, etc.). Dans tous les cas, ces symptômes sont les signes d'un conflit entre le fonctionnement psychique du travailleur et la réalité du travail. Quand le rapport entre le sujet et l'organisation du travail se bloque et que la souffrance ne peut plus être transformée en plaisir, le travailleur construit des stratégies défensives afin de minimiser les impacts psychiques de cette souffrance sur sa santé.[18] À cet égard, les défenses contre la souffrance constituent des moyens pour maintenir la santé mentale au travail; les stratégies défensives permettent ainsi d'esquiver ou de rendre plus acceptables les situations conflictuelles et anxiogènes vécues dans le cadre du travail.

L'approche de la psychodynamique du travail privilégie ce qui est vécu collectivement au travail au-delà des expériences individuelles. Elle crée un espace facilitant l'émergence de témoignages les plus authentiques possible de la part des travailleurs à partir des expériences concrètes de travail. Le postulat est posé que le travailleur, perçu comme porteur et producteur de sens, demeure le mieux placé pour exprimer et comprendre comment il vit son rapport au travail ainsi que les sources de plaisir et de souffrance qu'il génère.

La compréhension de l'expérience subjective et collective de travail vécue par des infirmières oeuvrant dans le présent contexte québécois en unités de SLD passe nécessairement par la découverte du sens que cette expérience revêt pour celles-ci. La démarche de recherche requiert donc une approche méthodologique interprétative qui reconnaît le caractère central de la subjectivité dans les phénomènes humains. La méthode d'enquête propre à la PDT, se montre particulièrement aidante dans le présent cas, étant donné qu'elle privilégie, précisément, une approche qualitative et compréhensive qui recourt à une technique d'interprétation intersubjective permettant l'accès et la construction du sens que revêtent les expériences de travail pour les sujets qui les vivent.[1]

Déroulement de l'étude

Menée entre 2005 et 2007 auprès de vingt six infirmières (vingt deux femmes et quatre hommes, âgés entre vingt deux

et soixante cinq ans) sur une possibilité de soixante seize œuvrant sur les unités de soins de longue durée, cette étude, de nature participative a été réalisée en accord avec l'équipe de direction des soins infirmiers, le syndicat des infirmières et infirmiers et les « porte-dossiers » des trois modalités organisationnelles au cœur de l'étude (milieu de vie, SICHELD, soins modulaires).

Les groupes ou collectifs d'enquête étaient constitués d'infirmières volontaires travaillant dans des unités présentant des structures organisationnelles similaires. La constitution des groupes a été précédée de plusieurs séances d'information offertes par les chercheurs à l'ensemble des infirmières de l'établissement.

Toutes les unités de soins de longue durée de l'établissement étaient représentées dans l'étude. Deux groupes rassemblaient des infirmières travaillant de jour, tandis qu'un troisième regroupait des infirmières de soir et un quatrième, des infirmières de nuit. Chaque groupe comptait entre quatre et sept infirmières, toujours les mêmes d'une entrevue à l'autre. La majorité des participantes étaient titulaires d'un poste sur l'unité de soins, deux détenaient un poste sur l'équipe volante et une était rattachée à la liste de rappel. Il est à noter que les chercheurs avaient pris les dispositions nécessaires afin que du personnel soignant additionnel (rémunéré par les fonds de recherche) soit engagé et soit à l'œuvre pendant que les infirmières participaient aux entrevues inhérentes à l'étude.

Chaque collectif d'enquête a participé à quatre rencontres d'une durée variant de 120 à 180 minutes chacune. Les entrevues ont eu lieu dans les locaux de l'établissement. Les deux premières rencontres visaient la mise en commun de l'expérience de travail des infirmières; elles ont pris place en novembre et décembre 2005. Les données collectées par l'entremise de ces rencontres étaient ensuite analysées par les chercheurs. L'analyse des données s'est opérée à la lumière du cadre de référence de la PDT. Lors de l'écoute des enregistrements, il s'agissait, pour les chercheurs, de décrypter, au moyen de leur subjectivité, le dit et le non-dit, d'entendre "sous, entre et au-delà des mots" et ce afin de dégager le "possible sens" des propos entendus. Les chercheurs prenaient note des éléments communs ou des unités de sens communes qu'ils voyaient émerger des propos entendus. Plusieurs de ces unités communes de sens se regroupaient assez naturellement en plus vastes "configurations" ou "constellations" de sens. Celles-ci se dessinaient comme les thèmes ou les axes centraux des résultats de l'étude. Une discussion prenait généralement place jusqu'à l'atteinte d'un consensus en regard de l'interprétation. Dans

le cadre de la troisième rencontre (février 2006), cette première analyse réalisée par les chercheurs était présentée aux participantes. Cette étape visait la validation par les participantes, des interprétations proposées par les chercheurs. Les commentaires émis par les participantes au cours de cette troisième entrevue étaient pris en note par les chercheurs. Cette acceptation ou approbation de l'analyse permettait de sanctionner la valeur de l'interprétation et d'assurer ainsi la crédibilité des résultats.[47,50] De la sorte, les résultats étaient la synthèse d'un travail intersubjectif participantes/chercheurs validée par les principales intéressées. Lors de la quatrième rencontre (février 2007), les chercheurs ont présenté aux participantes le rapport de recherche rédigé à partir des interprétations validées par elles.

Afin d'assurer la rigueur de l'étude, le critère de sens (les résultats restitués aux participantes doivent faire sens pour elles) et des précautions propres à la méthode d'investigation de la PDT ont été retenus. Parmi ces précautions on compte l'authenticité de la parole, le collectif de chercheurs et l'épreuve de validation des résultats de l'analyse lors de l'entrevue de restitution.

Quant aux considérations éthiques, outre le fait d'avoir été approuvée par le Comité éthique de l'établissement, l'étude était indépendante des autorités administratives et syndicales de l'institution. Le formulaire de consentement clarifiait les règles de l'engagement pour chaque participante (parole authentique, participation volontaire) et pour les chercheurs (confidentialité au regard des propos échangés en entrevues). Le consentement éclairé des participantes fut obtenu.

Résultats : les changements organisationnels dans le quotidien du travail d'infirmières oeuvrant dans le CHSLD participant

S'appuyant sur le principe que l'expérience du travail est fondamentalement inscrite dans la subjectivité,[18] l'enquête de psychodynamique du travail fait ressortir différentes dimensions offrant une compréhension du travail vécu au quotidien. En occupant ce lieu de parole et en répondant à la question toute simple « Parlez-nous de votre travail », les infirmières mettent au jour un ensemble d'éléments complexes producteurs de souffrance. Tel qu'il sera vu, les trois changements considérés plus spécifiquement dans le cadre de l'étude s'incorporent à de multiples sources de souffrance. Il peut être dit que ces sources sont liées à l'expérience d'un écart entre la vision prônée par les dirigeants de l'institution et la réalité vécue par les participantes, une charge de travail excessive empêchant l'accomplissement d'un travail de qualité, une pratique de soins de plus en plus instrumentalisée

et des relations de travail difficiles à tous les niveaux. Ces diverses sources de souffrance sont présentées plus en détail ci-après. Au terme de cette présentation, les moyens déployés par les participantes afin de se protéger ou de se défendre de la souffrance vécue sont abordés.

Lorsque l'excellence annoncée rime plutôt avec insuffisance de soins; une approche « milieu de vie » en porte-à-faux

La vision d'excellence annoncée par la direction et véhiculée dans les différents dispositifs de communication internes et externes du centre, ne s'exprime pas dans l'expérience de travail relatée par les infirmières. Au contraire, ces dernières soulignent plutôt la difficulté de dispenser aux résidents, les soins et services requis par leur condition. Les participantes ne parviennent pas à concilier excellence annoncée et manque de soins de base observée. Ainsi et pour exemple, le fait que des résidents aient à attendre le début de l'après-midi pour être changés, lavés, levés et vêtus est loin de traduire des soins sous le sceau de l'excellence.

Comme autre exemple, les infirmières citent le fait que des soins d'hygiène soient dispensés en fin de nuit afin d'alléger la charge de travail de l'équipe de jour. Cette mesure affecte, selon celles-ci, la qualité du repos des résidents lesquels, par leurs problématiques de santé (troubles cognitifs), sont sujets à manifester des réactions hostiles à des interventions perçues comme intrusives. Se faire réveiller ou déranger en fin de nuit pour être lavé peut, avec raison, être perçu comme telle. Elles sont d'avis que le travail, tel que structuré et organisé, induit des situations irrespectueuses à l'endroit des résidents:

Des résidents vont se faire réveiller à cinq heures du matin, pour se faire laver! C'est un milieu de vie, ça? Cela n'a pas de bon sens.

L'écart entre l'excellence annoncée et la réalité vécue au quotidien (l'insuffisance de soins de base) place, aux yeux des infirmières, la philosophie du milieu de vie en porte-à-faux. Elles notent qu'il est difficile de maintenir un discours officiel prônant une philosophie de « milieu de vie » dans un contexte généralisé de pénurie de personnel menaçant et affectant la qualité des soins. Les infirmières déplorent la surcharge de travail qui ne leur permet pas d'actualiser ladite philosophie :

J'ai une équipe de 15 résidents en plus d'avoir souvent la responsabilité du département; je suis brûlée et n'ai plus de contacts avec les résidents. Je ne les vois plus.

Elles observent aussi qu'au lieu de respecter les habitudes de vie des résidents (tel que requis par l'approche « milieu de

vie »), la planification concrète des activités se fait encore considérablement en fonction de commodités organisationnelles (présence de personnel, temps disponible ...):

Un milieu de vie avec des bains ou des douches qui doivent absolument être donnés à huit heures du matin, ce n'est pas un milieu de vie ».

Selon la plupart des infirmières rencontrées, l'approche « milieu de vie », tant promue par la direction s'exprime principalement, voire exclusivement, par des aménagements physiques tentant d'atténuer le caractère institutionnel et de créer une atmosphère de « chez soi »; des aménagements qui ne leur semblent cependant pas prioritaires. Elles notent et déplorent le fait que les besoins sociaux, affectifs et relationnels des résidents (et des familles) demeurent négligés par rapport aux aménagements physiques :

On voit l'apparition de belles peintures, de beaux sofas, de beaux rideaux mais les soins aux patients, qu'est-ce qui est fait à ce niveau? Les préposés n'ont même plus le temps de couper les ongles, de raser les barbes ou d'amener les résidents aux toilettes.

Dans un milieu de vie, ils ont besoin d'attention personnalisée! Les cadres sur les murs, les beaux rideaux, les fauteuils rembourrés avec le petit tissu extraordinaire, ce n'est pas de cela dont ils ont le plus besoin dans un milieu de vie. Ils ont besoin de compagnie, qu'on les touche, qu'on leur parle.

Les participantes notent, au cours des cinq dernières années, un écart de plus en plus notable entre les observations qu'elles font de leur milieu et la vision prônée par l'établissement; les caractéristiques d'un milieu de soins s'accroissent alors que le discours officiel prône un milieu de vie. L'augmentation du nombre d'interventions curatives spécialisées, réalisées en fin de vie, est un exemple souvent cité. Les infirmières disent se sentir tiraillées entre l'intensité de soins prescrite à certains résidents et les caractéristiques d'un véritable « milieu de vie » telles que les besoins de soutien, d'encadrement, d'aide et d'accompagnement:

Au niveau des médecins, il devrait y avoir un état d'esprit différent de celui qui prévaut présentement; certains sont extrêmement interventionnistes : lorsqu'un patient arrête de boire ou de manger, il a aussitôt un soluté et des gavage.

Enfin, les infirmières considèrent qu'elles doivent être des actrices clés d'un milieu de vie au quotidien : « C'est à travers nous que le milieu de vie devrait se faire ». Dans cette perspective, elles ne comprennent pas que la direction ne les consulte pas dans la mise en place de diverses activités. Certaines infirmières parlent même d'un « parachutage » d'activités récréatives qui viennent parfois nuire à leur travail ou encore qui leur semblent inadaptées aux condi-

tions physiques, psychologiques et cognitives des résidents. Elles déplorent d'avoir à participer à des activités décidées en dehors d'elles et jugées inappropriées pour la grande majorité des résidents.

En somme, les diverses aberrations et contradictions vécues dans le quotidien de leur travail contribuent à les faire douter de la portée réelle de l'approche « milieu de vie » et ce, malgré leur conviction de la pertinence de celle-ci :

Nous sommes toutes d'accord avec le milieu de vie. Mais, c'est une belle invention pour passer en coulisse bien des affaires.

Une charge de travail excessive et une prise en charge fragmentée des besoins des résidents : le système modulaire des soins n'y est pas étranger

L'augmentation de la charge de travail est soulignée par l'ensemble des participantes et qualifiée de « surcharge » par elles. Cette surcharge est expliquée, d'abord, par la complexité des profils cliniques des nouveaux résidents, par l'intensification du travail qui s'ensuit et par l'insuffisance des effectifs soignants :

J'ai des pansements à faire, des intraveineuses à installer, des antibiotiques à administrer aux deux heures ... Je n'y arrive plus.

Le passage des soins intégraux aux soins modulaires joue aussi sa part dans la situation: de jour, la réduction de six infirmières, par unité de soins, à quatre, voire même à trois infirmières a augmenté le nombre de résidents que chaque infirmière se voit confier. Ce fait s'accompagne d'une réduction importante du temps disponible par résident. Quant aux infirmières de nuit, elles notent un reflux des tâches, normalement effectuées de jour, vers le quart de nuit :

Le nombre d'infirmières de jour est passé de sept à six, puis à cinq, ensuite à quatre et à trois. Cela a des effets sur le quart qui précède; le travail reflue en amont. Par exemple, ils veulent qu'on fasse des toilettes partielles en fin de nuit, vers cinq heures du matin : visage, dessous de bras.

En résumé, le manque de personnel et la lourdeur de la tâche sont soulignés par l'ensemble des infirmières, quelque soit le quart de travail : « Il n'y a pas assez de personnel », « Le travail est harassant ». En plus d'essouffler les infirmières, l'accroissement de la charge de travail a un impact sur la perception qu'elles ont du travail accompli ; elles ont le sentiment de ne pas réaliser un travail de qualité :

Tu lui as donné ses pilules mais le travail d'infirmière, ce n'est pas juste de donner des pilules. Il y a tout le reste! On est obligé de fermer les yeux sur bien des choses, bien des besoins. C'est ça qui est dur. Comment veux-tu être satisfaite dans de telles conditions! Tu as vu la détresse dans les yeux de la résidente, tu

as vu l'attention qu'elle voulait et que tu n'as pas été en mesure de lui donner. C'est ça que je maudis.

Les participantes notent qu'antérieurement, dans le système des soins intégraux, les infirmières avaient une pratique « globale » permettant une dispensation des soins conforme à leur vision holiste de la personne. Avec l'instauration des soins modulaires, elles ont le sentiment d'avoir « perdu » la relation d'accompagnement avec les résidents et les familles en échange d'une intensification du travail technique et clérical :

Les soins modulaires c'est comme une chaîne de montage! Ce n'est pas humain!

Elles déplorent également le fait de ne pas recevoir, en cours d'emploi, de formation ou d'encadrement à la gestion d'équipe de manière à être plus à même de faire face aux nouvelles responsabilités qui incombent aux infirmières « chefs d'équipe » dans le cadre des soins modulaires :

Si tu veux que le module fonctionne bien il faut que l'infirmière prenne sa place et gère. Mais si la direction ne donne pas de formation c'est difficile à assumer. Et en plus si l'infirmière dit - « Moi, je ne suis pas devenue infirmière pour gérer du personnel mais pour donner des soins », alors, là, cela ne fonctionne plus du tout.

Il est à noter que la plupart des participantes considèrent que le travail au chevet du résident demeure au cœur de l'activité propre à l'infirmière.

Le SICHELD dans le quotidien du travail infirmier : une pratique de plus en plus instrumentalisée

Plusieurs éléments en lien avec la mise en place du SICHELD influencent, aux dires des participantes, le quotidien du travail infirmier. Celles-ci ont le sentiment d'être reléguées au rang d'« encodeuses d'informations » sans être véritablement invitées à notifier leur jugement clinique sur la situation. Plusieurs notent les compromis qu'elles ont à faire avec leur profession d'infirmières :

Nous sommes devenues des secrétaires! On n'est plus des infirmières! On devient comme des archivistes de toutes sortes d'affaires.

Elles disent également déplorer le manque de flexibilité du système et perçoivent une perte d'autonomie à travers son utilisation; elles se sentent davantage au service du système que l'inverse :

Ce programme te dit tout ce que tu dois faire. Il te dit même à quel moment tu dois imprimer ton plan de travail et celui des autres.; C'est comme si on était au service du système au lieu du contraire.

Finalement, les participantes expriment qu'elles considèrent

le SICHELD comme un moyen pour l'équipe de direction des soins et services infirmiers de contrôler, surveiller et évaluer leur travail :

Il (le SICHELD) permet de voir si tu fais ou non ton travail; cela devient presque un outil de surveillance.

De façon générale, le SICHELD n'est pas perçu par les infirmières comme un instrument qui les aide dans la réalisation de leurs tâches mais au contraire, comme une source d'alourdissement de leur charge de travail.

Avant on fonctionnait avec le Cardex. C'était plus efficace, c'était un vrai outil de travail. Le SICHELD n'est pas un outil de travail : c'est un fardeau.

Il apparaît donc que dans leur milieu, les infirmières qui ont participé à l'enquête de psychodynamique du travail se retrouvent au centre d'une série de contradictions. Ainsi et pour exemple, l'institution toute entière fait la promotion de l'excellence des soins alors qu'au quotidien, elles font l'expérience d'une insuffisance de soins; d'une façon plus spécifique, la philosophie de soins est celle du milieu de vie alors qu'elles sont obligées de constater que chaque jour, le centre ressemble de plus en plus à un hôpital. Comme deuxième exemple, il y a le fait qu'elles se voient, conformément au modèle des soins modulaires, « promues » chefs d'équipe, or, elles font l'expérience que d'une part, elles n'ont nullement un rôle de chef, n'ont aucun pouvoir sur l'organisation du travail à effectuer mais sont, d'autre part, imputables de la qualité des soins prodigués aux patients qui leur sont confiés. Comme troisième exemple, il y a le fait qu'un système informatique devait être un outil de communication intéressant alors qu'il est vécu par elles comme un fardeau et qui plus est, comme un outil de contrôle pouvant être utilisé par la direction. Ces contradictions viennent créer un système d'incohérences. Le discours officiel dit que les soins sont excellents, que le centre ressemble à un chez-soi, que les infirmières sont des chefs d'équipe et que le SICHELD est un outil fort pratique mais, les infirmières rencontrées font l'expérience du contraire. Les paroles des participantes à propos des changements et de leurs effets sur leur travail quotidien exposent des tensions, voire des souffrances suscitées par l'organisation du travail de l'établissement dans son ensemble.

Des relations de travail difficiles à tous les niveaux : un effet du contexte de travail?

Cette section regarde de plus près les rapports entre les infirmières et quelques autres intervenants des soins infirmiers tels les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires, les infirmières cliniciennes spécialisées et les gestionnaires.

Les rapports avec les préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires

Les relations entre les infirmières, les préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires sont en générale bonnes; elles sont cependant considérablement influencées ou marquées par des contraintes de l'organisation du travail ayant pour effets, à l'occasion, de les opposer entre eux. S'il ne fait pas de doute pour les participantes que le travail des préposés aux bénéficiaires et des infirmières auxiliaires est lourd et exigeant, elles notent que les rapports se tendent ou se durcissent lorsque l'infirmière demande à ces derniers de réaliser des interventions qui sortent un tant soit peu de la routine prévue. Les participantes soulignent le peu d'autorité officielle qu'elles détiennent sur les préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires (ainsi que sur l'organisation et la gestion de leur travail en général) et ce malgré le fait qu'elles sont, *in fine*, imputables de la qualité globale des soins dispensés :

Ils (la direction) nous donnent la responsabilité mais pas le pouvoir de décider des moyens pour assumer cette responsabilité. On reste soumis au pouvoir d'en haut.

Le spectre de l'imputabilité a pour effet que les infirmières finissent - au risque de se surcharger et de s'épuiser - par accomplir ou compléter elles-mêmes le travail qui n'a pas été ou pas pu être réalisé par les préposés aux bénéficiaires et les auxiliaires :

S'ils n'ont pas le temps d'amener les résidents aux toilettes, c'est nous qui les amenons. S'ils n'ont pas le temps de tourner les patients après le déjeuner, c'est nous qui les tournons.

En ce qui concerne les infirmières auxiliaires, les participantes considèrent que l'équipe de direction des soins et services infirmiers accorde à ces dernières, un traitement de faveur dans la nouvelle organisation. Cette considération n'est pas sans effets sur les rapports de travail:

L'infirmière auxiliaire, elle, elle a droit à ses pauses l'après-midi. L'infirmière auxiliaire, elle, elle a le droit de ne pas faire de clinique; l'infirmière qui la supervise va le faire pour elle, elle a le temps! C'est toujours l'infirmière qui absorbe. Je trouve que dans la nouvelle organisation, les infirmières auxiliaires sont portées comme des haut-dieux.

Les infirmières auxiliaires viennent combler, à moindre coût, les besoins en personnel dans un contexte où les ressources infirmières (collégiales ou bachelières) sont en sérieuse pénurie.

Les rapports avec les infirmières cliniciennes spécialisées

Les participantes notent que les rapports avec certaines infirmières cliniciennes spécialisées sont difficiles. Une infirmière clinicienne spécialisée est une infirmière détenant un diplôme d'études supérieures (généralement une maîtrise), ayant développé une expertise dans un domaine clinique spécifique et comptant parmi ses diverses activités, le fait de développer, implanter et évaluer des programmes; elle agit comme consultante et agente de changement et dirige des équipes multidisciplinaires. Selon les participantes, les rapports avec ces dernières sont marqués de tensions en lien avec un manque de reconnaissance pour le travail réalisé et l'expertise détenue des infirmières « sur le plancher ». Aux dires des participantes, cette situation est d'autant plus souffrante que les infirmières cliniciennes spécialisées sont des infirmières au même titre qu'elles et qu'elles devraient, dès lors, comprendre et apprécier la beauté du travail complexe et exigeant accompli. Les infirmières se sentent utilisées par certaines infirmières cliniciennes spécialisées, comme de simples exécutantes de leurs programmes, élaborés et appliqués quelquefois sans même avoir été consultées dans le choix des résidents qui participeront à un programme. Elles se sentent considérées comme des « releveuses d'informations », des « preneuses de notes » plutôt que comme de véritables expertes du soin. La souffrance associée à ce manque de consultation et de reconnaissance est grande; c'est toute leur expertise professionnelle qu'elles ont le sentiment de voir ainsi questionnée ou ignorée :

Cela faisait trois ans que j'avais cette équipe-là. Je connaissais les résidents par cœur. Elle [la clinicienne] est venue choisir des patients dans mon équipe sans même me consulter. Elle faisait des programmes d'intervention sans même m'en parler.

Les rapports avec les gestionnaires

Là où les relations apparaissent les plus difficiles et problématiques, c'est avec certaines infirmières chefs. Celles-ci sont perçues par les participantes davantage comme des extensions de la direction, c'est-à-dire comme des gestionnaires du budget à respecter plutôt que comme de véritables leaders centrés sur le soutien et l'appui à leur équipe :

Est-ce qu'une chef n'est pas censée nous appuyer, nous défendre? C'est tout le contraire qui se passe.

Si les participantes reconnaissent la complexité de la tâche des infirmières chefs, elles déplorent que celles-ci ne témoignent pas de plus de considération et de compréhension au regard de la difficulté de leur travail; elles évoquent leur attitude à tendance culpabilisante et souvent chargée de reproches :

Si vous faites une erreur, vous allez être critiqué et vous allez être rencontré mille fois par les supérieurs au cours de la journée. Elles vont vous faire sentir coupable. Elles ne noteront pas les mille choses que vous faites bien.

Les participantes déplorent le manque de soutien des infirmières chefs dans leurs requêtes d'ordre professionnel. Elles ont le sentiment que dans le contexte de « milieu de vie », celles-ci ont tendance à privilégier d'abord et avant tout les demandes des familles, ensuite celles des résidents et des médecins, voire même celles d'autres catégories de personnel, et en bout de ligne, celles des infirmières. Pour ne pas avoir à porter l'odieux d'un manque de soins ou d'un climat de travail conflictuel, les infirmières finissent par se plier aux demandes de tous au détriment de leur propre regard professionnel et de leur qualité de vie au travail.

En regard des divers quarts de travail, les participantes travaillant de nuit ont le sentiment que l'équipe de direction privilégie l'organisation du quart de jour car ce dernier est très exposé, très en vue; il constitue en quelque sorte la vitrine de l'institution. Le quart de soir et surtout le quart de nuit opèrent dans des heures de moindre affluence et sont donc moins visibles. C'est ce qui porte la direction des soins, selon les infirmières, à favoriser l'organisation du quart de jour; la vitrine doit être sans défauts afin que l'image dégagee soit la plus reluisante possible :

Ainsi, tout est beau le jour! Le débordement sur le quart de nuit ne paraît pas, personne n'est là pour le voir! Il ne dérange pas; Le paraître, le bien paraître, ... est très important pour eux.

Les participantes décrivent leurs rapports avec l'équipe de direction des soins et services infirmiers comme étant distants; elles parlent de « celles de l'étage d'en haut » comme pour marquer que la direction se confine dans un lieu clos, sans contact avec les unités de soins. Selon elles, la direction des soins ne réalise pas les contraintes et les difficultés réelles de leur travail. Pour la direction « tout va bien » ou tout doit sembler bien aller et il est inconvenant d'exprimer le contraire. Par crainte d'être montrées du doigt, il est difficile pour les infirmières :

Ici, il faut que ça paraisse bien. Ici, on ne parle pas. On ne parle pas des problèmes. Il ne faut pas poser de questions dérangeantes. Ici, on ne règle pas les problèmes. On met des diachylons.

En résumé, les participantes se sentent peu soutenues et se disent aux prises avec d'importants problèmes de fonctionnement qui n'auront de suite tant et aussi longtemps que le silence sera maintenu sur ceux-ci. Elles déploient des efforts considérables pour palier aux manques de ressources

et d'encadrement mais considèrent n'obtenir que très peu de reconnaissance en retour.

Les rapports entre infirmières

Sans être ouvertement conflictuel, le climat entre infirmières est loin d'être au mieux. En effet, si les participantes décrivent leurs relations comme étant fonctionnelles dans la mesure où la lourde charge de travail les porte - ou les contraint - à s'aider les unes les autres, il apparaît que cette entraide s'apparente davantage à un mode de protection, de survie qu'au fonctionnement d'un véritable collectif de travail.

Les participantes travaillant de soir et de nuit expriment un sentiment aigu de manque de respect et de considération de la part de leurs collègues de jour :

Certaines infirmières de jour vont, avant même que l'infirmière chef n'arrive, regarder si toutes nos tâches sont faites. Il s'agit-là d'un manque flagrant de respect. Leur attitude nous décourage, nous dévalorise.

Les changements organisationnels instaurés au cours des dernières années ne semblent pas être étrangers à une certaine dégradation des rapports entre infirmières. Plusieurs notent l'existence de clans, de mesquinerie, de manque de solidarité :

La nouvelle organisation a séparé et a divisé les infirmières; elle a contribué à la création de clans.

Il n'y a pas beaucoup de solidarité infirmière. Je dirais même qu'il y a beaucoup de mesquinerie. On va chercher l'erreur chez l'autre et on va la trouver, soyez en certains. Tout cela, pour essayer de taper sur la tête de la collègue. C'est assez violent, non?

Survivre dans un environnement «souffrant» : développement de stratégies défensives diverses

Sous l'angle de la psychodynamique du travail, les stratégies défensives permettent d'esquiver ou de rendre plus acceptables les situations conflictuelles et anxiogènes. Voici les principales stratégies défensives des infirmières mises au jour par la présente recherche.

Des stratégies de désinvestissement : le silence et le désengagement

Les situations relatées par les participantes placent celles-ci devant une contradiction difficile à accepter au point d'en être douloureuse et source de souffrance : une vitrine et un discours prônant le milieu de vie ainsi que l'excellence, d'une part et une réalité empreinte d'insuffisances diverses, d'autre part. Ce contexte suscite un dilemme profond. En effet, elles ont à choisir entre d'une part, demeurer loyales à l'image véhiculée et au discours prôné par la direction et d'autre part, se dissocier de la vitrine et dudit discours en

dénonçant les manques confrontés au quotidien :

Le manque de soins nous donne envie de dénoncer la situation mais ... on ne peut pas dénoncer, nous devons faire silence là-dessus.

Il importe de voir et de comprendre qu'en dénonçant la situation, les participantes soulignent en même temps le manque de qualité dans les soins infirmiers. Il y a lieu de penser que ce fait contribue à leur faire garder le silence :

Ça ne sert à rien de parler, on se tire dans le pied en parlant; Mieux vaut ne pas parler car cela finit par se retourner contre toi.

Les participantes notent que celles qui osent faire des remarques ou énoncer des commentaires jugés négatifs se voient apposées, de la part de l'équipe de direction des soins et services infirmiers, une étiquette de « rouspéteuses » ou de « troubles fête ». Ce fait les incite aussi au silence, un silence qui interpelle néanmoins leur conscience, un silence souffrant :

Ce n'est pas la peine de parler, on va se faire avoir si on parle. Alors on se tait.

À bout d'énergie ou par crainte des conséquences, plusieurs participantes mentionnent qu'elles choisissent d'éviter les confrontations et les conflits. Blessées ou échaudées, elles se protègent en modérant ou en réduisant leur investissement. Elles disent ne plus avoir le goût de s'engager dans la bataille :

Je n'en donne plus; j'achète la paix.

Certaines réduisent leur implication dans les divers comités, participent moins aux activités proposées et celles qui peuvent se le permettre financièrement, réduisent délibérément le temps d'exposition à la souffrance en travaillant à temps partiel ou en refusant de faire des heures supplémentaires :

Ce n'est pas pour rien que je ne travaille pas à temps plein.

Confrontées à un mode de gestion offrant peu de soutien et générant davantage de division que de collégialité entre collègues, les infirmières cherchent à se protéger en se réfugiant dans un individualisme défensif :

On s'entoure d'une carapace, on rentre dans notre tanière. On se protège ainsi. On cherche à sauver notre peau.

Si cet individualisme leur permet à court terme de se protéger et de tenir le coup, il finit, à long terme, à être pénalisant dans la mesure où il ne contribue pas à améliorer le climat et l'environnement de travail.

La rationalisation comme stratégie partagée

Le discours des participantes est empreint de rationalisation des difficiles conditions de travail vécu. Pour exemple, au terme d'une longue énumération de frustrations vécues au travail, elles terminent leur propos en minimisant ces difficultés en énonçant que dans les autres Centres d'hébergement et de soins de longue durée, la situation est pire encore :

Depuis la dernière réorganisation, tout le monde est insatisfait mais si on se compare à d'autres centres, on est encore avantagé; ici, c'est mieux qu'ailleurs.

Selon leurs dires, elles s'entendent tenir semblable discours par la direction et les cadres; un discours qu'elles finissent par internaliser. Elles en arrivent ainsi à penser qu'elles sont peut-être exagérément plaintives ou revendicatrices : « On finit par penser que c'est peut-être nous qui avons un problème. C'est peut-être nous qui sommes trop "plaignardes" ».

Discussion et conclusion

Confrontation de modèles d'organisation du travail : l'identité professionnelle en péril

Une analyse d'ensemble des sources de plaisir - plutôt rares - et des sources de souffrance - assez nombreuses - le tout éclairé par le déploiement des diverses stratégies défensives relevées dans le discours des participantes, fait ressortir une identité professionnelle en souffrance associée à d'importantes difficultés à bien définir et réaliser le rôle d'infirmière. Ces difficultés révèlent un malaise plus profond lié aux modèles de référence en gestion et en organisation du travail. Il a été évoqué au départ les changements importants qui marquent le système de santé depuis quelques décennies. Les chercheurs constatent ici la tendance, l'effet ou l'expression du Nouveau management public axé sur la performance et les résultats, qui est au cœur de la Réforme de 2003 et qui traverse le champ de la santé.[56] Par ailleurs, le domaine de la santé est caractérisé depuis longtemps par le développement d'une véritable bureaucratie professionnelle, qui peut, selon les secteurs et les catégories de personnel, prendre la forme d'une bureaucratie mécanique.[40,41,42] La notion de rôle souvent évoquée au cours des échanges avec les participantes a pris à cet égard une place significative, comme révélateur de cette confrontation de modèles de référence. À des fins de compréhension, il convient de rappeler brièvement les notions de rôle, d'ambiguïté de rôle et de conflit de rôles.

La notion de rôle réfère à l'ensemble des attentes et des attributions rattaché à un travailleur au regard de ce qu'il a à faire (prescriptions de conduites d'interventions), des princi-

pes d'action, des valeurs et des normes associées au statut de la personne (en particulier ici, le statut de « professionnel des soins »). Ce rôle prescrit et attribué est réinterprété constamment au cours des interactions de la vie quotidienne au travail : perceptions des travailleurs entre eux, exigences concrètes du travail face aux patients. C'est le rôle émergent, acquis. Le rôle implique finalement une dimension fortement liée au jugement de reconnaissance émis par autrui : reconnaissance du travail réalisé et des compétences. Le rôle représente ainsi une autre façon de parler de la construction d'une 'identité' professionnelle au travail, liées à des règles du métier, à un idéal de performance attendu, à la reconnaissance.

L'ambiguïté de rôle se produit lorsque plusieurs attentes ou prescriptions sont associées à un rôle sans que ne soient précisées les critères permettant de les relier ou les ordonner, ou encore, de se situer par rapport, à d'autres rôles professionnels par exemple. Ce brouillage dans la définition de ce qu'il faut faire, de ce qui est attendu entraîne autant de confusion dans l'appréciation de ce qui est effectivement accompli, d'où la perte de repère et de sens donné au travail. Si les attentes prescrites ou informelles en termes de rôles sont contraires voire contradictoires, il se produit alors un conflit de rôles : satisfaire à un rôle place le travailleur en situation de contradiction avec un autre rôle. Semblable état de faits induit des tensions psychiques importantes, générant parfois, chez les travailleurs, des situations sans issue.

Une importante source de tensions est liée au décalage relevé à plusieurs reprises par les participantes entre trois niveaux de leur situation de travail : le cadre institutionnel global, l'organisation prescrite du travail et le travail réel au quotidien. Il y a d'abord les attentes (ou exigences) associées au CHSLD qui se traduisent par la tenue d'un discours et d'une image véhiculant l'excellence des soins et services. Ce discours témoigne à la fois d'une vision proche du Nouveau management public et d'un souci de professionnalisme accru. Globalement, dans un premier temps, il semble représenter pour les infirmières une source de fierté.

La double orientation (gestionnaire et professionnelle) traverse bien autrement l'organisation du travail. Les changements organisationnels récents tels le passage des soins intégraux aux soins modulaires et l'intégration du support informatique « SICHELD » semblent appeler à une *professionnalisation* accrue (autorité sur l'ensemble du module, outils de travail plus sophistiqués) tout en visant une gestion plus performante. Toutefois, selon les témoignages recueillis, ces changements s'accompagnent d'une réduction du nombre de postes d'infirmières, d'une responsabilisation

accrue des infirmières, d'un alourdissement de leur tâche, d'un accroissement du travail technique de gestion et d'une intensification du travail, le tout dans un contexte de maintien d'une structure hiérarchique où l'infirmière n'a pas plus d'autorité qu'auparavant. Paradoxalement, les changements instaurés et tels qu'éprouvés par les répondantes de cette recherche, font davantage état d'un accroissement bureaucratique de la tâche proche d'une bureaucratie mécanique que d'un accroissement de l'autonomie professionnelle caractéristique d'une bureaucratie professionnelle ou d'une approche partagée de Management public performant et innovant.

C'est principalement dans la vie quotidienne du travail réel que s'éprouvent, pour les infirmières, des conflits d'orientation professionnelle. Par exemple, le nombre de résidents attribués par infirmière (suivant l'approche modulaire) étant élevé, celles-ci se sentent ou se voient contraintes de renoncer à certains rôles tel celui inhérent à l'instauration et au maintien de la relation d'aide et d'accompagnement des résidents; rôle perçu par les infirmières comme étant central à la profession. Elles réfèrent aussi à l'accroissement des tâches techniques de gestion (formulaire à remplir, entrées de données dans le SICHELD) qui les contraignent à réduire le temps consacré aux pratiques de soins; autre atteinte au travail professionnel qu'elles valorisent. Nous observons ici une confrontation directe entre une orientation gestionnaire du travail de l'infirmière et le travail professionnel clinique.

Une autre dimension conflictuelle se situe au cœur même des référents cliniques. Si les infirmières apprécient dans l'ensemble les soins « médicaux » qu'elles dispensent quotidiennement et qui font partie inhérente de leur profession, elles accordent plus d'importance à une orientation *caring* des soins (écoute, présence, soutien, encadrement, réconfort), laquelle, selon elles, convient à la clientèle spécifique qu'elles desservent. Dallaire discute aussi ce point.[17] Cela se traduit de façon plus aiguë quand elles se voient dans l'obligation de prodiguer des soins médicaux qu'elles jugent invasifs à des résidents mourants qui ont, à leurs yeux, davantage besoin d'accompagnement et de *caring* que d'interventions médicales. Il leur arrive cependant de se demander si l'approche prônée de « milieu de vie », misant sur une « normalité » de vie, convient à une clientèle sans cesse plus dépendante et malade ?

A partir des éléments évoqués, il apparaît donc que l'organisation du travail soit source d'ambiguïté et de conflit de rôles prenant racine dans le décalage entre la mission d'excellence de l'établissement - se traduisant par le souci d'une gestion plus performante, techniquement et clinique-

ment - et les effets contraires constatés dans l'organisation du travail.

Un exercice de pouvoir ambigu, dévalorisant

Un élément qui n'aide pas au soutien de l'identité professionnelle est, selon les participantes, la perte de contrôle et de pouvoir décisionnel sur leur travail. Alors qu'elles se disent et se font dire qu'elles sont des professionnelles de la santé et qu'elles doivent prendre leur place dans l'équipe interdisciplinaire, elles ont régulièrement à se battre et à justifier les demandes qu'elles adressent en vue d'accroître le bien-être des résidents dont elles ont la responsabilité. Elles notent une augmentation de leurs responsabilités sans pouvoir réel sur l'organisation du travail.

Les infirmières se voient ainsi confrontées à des responsabilités conflictuelles. Par exemple, les infirmières sont supposées être des chefs ou des responsables de modules, mais ne peuvent, en réalité, rien dire aux préposés aux bénéficiaires ou aux infirmières auxiliaires car l'autorité légitime ou officielle leur fait défaut. En fait, la charge de travail trop lourde entre quelquefois en conflit avec les responsabilités professionnelles prescrites; conflit que les infirmières résolvent en se surchargeant en ayant cependant l'impression de ne pas être reconnues pour ce qu'elles font.

Organisation du travail, crise identitaire et impasse dans l'action

L'enjeu principal qui ressort de l'analyse est celui des effets négatifs d'une organisation du travail vécue comme inadéquate dans le développement d'une identité professionnelle forte de l'infirmière. L'ambiguïté de rôle et les conflits de rôles sont sources de souffrance. Plusieurs composantes liées à la vitrine d'excellence de l'établissement sont valorisées par les participantes tout en étant en même temps décriées par elles dans la mesure où elles ne correspondent pas ou peu au travail réel de l'infirmière dans son rapport aux résidents. Si les changements organisationnels instaurés sont porteurs de nouvelles exigences (gestion informatisée, décentralisation souhaitée, souci de la qualité de vie du résident), l'organisation du travail contredit cependant très souvent les nécessités ou vellétés de changement.

Les diverses stratégies défensives déployées par les infirmières conduisent à l'hypothèse que ces dernières se retrouvent dans une situation d'impasse face aux changements nécessaires pour redonner une pleine reconnaissance au rôle professionnel de l'infirmière, un rôle plus clair et affirmé qui coïncide davantage avec les soins et services requis par les résidents et leurs familles. En effet, ces stratégies défensives se

caractérisent par l'ambivalence, les solutions individuelles, la fragmentation du collectif des infirmières, la retenue, le silence, l'autocensure et la rationalisation. Elles se traduisent par le sentiment de ne pas pouvoir, collectivement, intervenir et changer l'organisation du travail, d'où l'impasse face à l'action.

Il est aussi possible de poser l'hypothèse que ces impasses dans l'action ainsi que les négations des problèmes par l'administration engendrent une situation davantage risquée pour la santé mentale des travailleuses que les difficultés relevées par elles durant l'étude. Dans un premier temps, lorsque le discours ambiant est opposé au réel, l'infirmière doit continuellement se questionner sur ses perceptions et son évaluation de la situation; ce processus demande une forte énergie psychique. Ensuite, tel que vu, pour faire face aux situations qu'elles ne peuvent critiquer, les infirmières utilisent le repli, lequel conduit à un appauvrissement des rapports sociaux et à un sentiment de solitude. De plus, comme les problèmes sont niés par la direction, les infirmières qui tentent quotidiennement de pallier aux déficiences de l'institution, vivent une absence de reconnaissance au regard du travail accompli. Il ressort en tous cas assez clairement des résultats que la non prise en compte de la vision actuelle des infirmières dans l'organisation du travail ainsi que la faible consultation et le peu d'implication des collectifs d'infirmières entretiennent – aux dires des participantes – un sentiment d'impuissance à agir sur la situation, une perte identitaire et induisent chez la plupart, un retrait psychologique face au travail.

De plus, il émerge de l'étude que les infirmières rencontrées ne demandent pas tant à être gestionnaires d'équipe (soins modulaires) ou à être des supers spécialistes de soins sophistiqués dispensés dans une orientation curative; elles souhaitent plutôt se voir investies d'une autorité suffisante en dotées du soutien de leurs supérieures pour rétablir et maintenir l'équilibre entre soins relationnels (*caring*) et soins médicaux et ce, dans la reconnaissance spécifique de leur expertise et de leur savoir d'expérience avec les résidents de soins de longue durée. Il y a place – pourraient et voudraient-elles crier à la suite de Marquis - pour des infirmières « ordinaires », centrées sur le bien-être et le confort des patients en fin de vie.[38] Or, cet *ordinaire professionnel* est lourdement remis en cause par les attentes actuelles de l'établissement. Les infirmières craignent d'affirmer cette vision de leur rôle de peur de subir l'évaluation négative ou le jugement discriminant de ne pas être les *nouvelles professionnelles* souhaitées par l'institution.

Il y a donc un écart et une opposition importante qui touchent

la nature même du travail infirmier et qui posent la question : cette vision souhaité d'être des infirmières « ordinaires » centrées sur des interventions d'aide et d'accompagnement, de soins de confort est-elle compatible avec les exigences et la vision de l'organisation? Convendrait-il plutôt que les infirmières laissent la relation d'aide et d'accompagnement aux infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires de manière afin de se centrer davantage sur les responsabilités de gestion auxquelles invitent les nouveaux modes de gestion, tel le système des soins modulaire et afin de développer des interventions spécialisées qui vont de paire avec la vision prônée par l'établissement ?

Une conclusion importante de l'étude est en tous cas qu'il importe de prendre davantage en compte le point de vue subjectif des infirmières quant à l'organisation du travail et à la nature de leur travail.[7,43,44,46] Une richesse de l'approche de la psychodynamique du travail est sa dimension clinique. Ainsi, la présente étude, réalisée auprès et avec la participation active d'infirmières oeuvrant en unités de soins de longue en CHSLD, a permis de construire une compréhension commune (collective) et partagée à partir de « l'intérieur » de la pratique et de la profession, autrement dit, à partir de l'expérience du travail vécue par les infirmières.

Si on compare les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude à ceux générés par les recherches empiriques en sciences infirmières réalisées au moyen de l'approche stress-coping, il est possible de constater - abstraction faite des études de Bourbonnais et al. - qu'ils diffèrent en termes de connaissances dégagées.[6] Alors que dans l'approche stress-coping l'accent est mis sur l'individu responsable, l'approche de la PDT, tout en ne niant pas cette responsabilité individuelle, interroge l'organisation du travail comme source de plaisir et de souffrance. La PDT croit en la part d'influence qu'ont ou que peuvent avoir les travailleurs sur l'organisation du travail et par voie de conséquence, sur leur expérience de travail. Elle cherche au moyen de sa démarche spécifique, à leur faire prendre conscience du fait qu'ils ne sont pas que des "acteurs déterminés" au sein de l'organisation mais, qu'ils sont également des "sujets libres", capables d'agir sur le travail et son organisation. L'étude révèle que les infirmières agissent en tant que sujets libres en adaptant le travail prescrit aux exigences du réel. Ainsi, elles développent des stratagèmes opératoires pour contrebalancer les sources de souffrance. La PDT promeut la transformation organisationnelle qui s'avère nécessaire pour que le travail, tel que structuré et organisé, contribue davantage aux désirs d'accomplissement et de construction identitaire des travailleurs.

Quant aux limites de cette étude, il importe de noter que l'approche théorique et méthodologique choisie ne permet pas - et ne vise pas - la reproductibilité et la généralisabilité des résultats qu'elle obtient dans le cadre de ses études empiriques. Elle considère tout au plus l'éventuelle transférabilité des conclusions d'un contexte à l'autre, à la condition *sine qua non* que les travailleurs de cet autre contexte se retrouvent ou se reconnaissent dans les résultats et reprennent les conclusions à leur compte. Un autre point à soulever et qui peut être assimilé à une limite de l'approche est le fait que la PDT n'amène pas toujours des changements organisationnels rapidement et facilement mesurables.[9,53] En effet, les améliorations concrètes dans le milieu de travail peuvent s'échelonner dans le temps en fonction de la solidité et des actions des collectifs de travail, d'une part et de la disposition et capacité de la direction à permettre aux individus d'harmoniser leurs désirs et leurs projets avec le travail.[55] Il semble important de préciser que les suites de l'investigation psychodynamique sont tributaires de la qualité du dialogue social au sein de l'institution et de la confiance que se font les divers acteurs concernés. Finalement, l'approche de la PDT a également pour limite qu'elle considère les rapports que les acteurs/sujets entretiennent avec leur travail tel qu'organisé à un moment donné et dans un contexte donné. Dans cet esprit, un changement de contexte ou de paramètres organisationnels peut impliquer de renouveler l'investigation.

Notes

a. Le système de prestation (ou de distribution) de soins désigne la structure d'organisation des soins infirmiers retenue par une institution pour dispenser les soins aux patients: il réfère au partage de l'autorité, des pouvoirs de décision, des responsabilités, des rôles et des tâches entre les membres du personnel d'une unité de soins, à savoir: infirmière-chef, infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires.[30]

b. Cela dit, au moment de l'étude, en 2006, l'organisation des soins et des activités des résidents s'effectuait encore grandement en fonction des trois quarts de travail.

c. Une infirmière assure à elle seule la prise de l'ensemble des soins et services requis par un petit nombre de résidents (six ou moins).

d. Une infirmière, assistée de plusieurs infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires, assure la prise en charge d'un grand nombre de résidents (entre 15 et 30 mais cela peut aller au-delà de ce dernier nombre).

e. Dans l'établissement où se déroule l'étude, un module

compte le plus souvent une douzaine de résidents.

Références

1. Alderson M. Analyse psychodynamique du travail infirmier. Une enquête en psychodynamique du travail en Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée : entre plaisir et souffrance. Sarrebruck (Allemagne): Editions Universitaires Européennes; 2010.
2. Bégin C. Le système de santé québécois : un modèle en transformation. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 1999.
3. Belmin J, Amalberti F, Béguin AM. L'infirmier(e) et les soins aux personnes âgées. 2e éd. ed. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
4. Blais M. Changement du paradigme de la santé publique et transformations de la forme de l'état. Montréal: Université du Québec à Montréal; 2006.
5. Blythe J, Baumann A, O'Brien-Pallas L-L, Butt M. La qualité de vie au travail et la valeur du travail infirmier. In: Viens C, Lavoie-Tremblay M, Mayrand Leclerc M, editors. Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers. Cap-Rouge: Presses inter-universitaires; 2002. p. 21-34.
6. Bourbonnais R, Conseil québécois de la recherche sociale, Centre de santé publique de Québec. Équipe de recherche sur les impacts sociaux et psychologiques du travail. Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale, CQRS. Québec: Université Laval Équipe de recherche RIPOST; 2000.
7. Bouvier L. L'attraction et la rétention des infirmières dans des programmes de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement: un défi pour les cadres intermédiaires. Montréal: Université de Montréal; 2009.
8. Carpentier-Roy M-C, Vézina M. Le travail et ses malentendus enquêtes en psychodynamique du travail au Québec. Québec: Presses de l'Université Laval, Octarès; 2000.
9. Carré A. Psychodynamique du travail et prévention des risques de l'organisation du travail pour la santé psychique. Archives des maladies professionnelles. 1997;58:264-5.
10. Carricaburu D, Ménoret M. Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies. Paris: Armand Colin; 2004.
11. Chabot P. Le sens de la transformation contemporaine du système de la santé. Montréal: Université du Québec à Montréal; 2001.
12. Cognet M, Montgomery C, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne. Éthique de l'altérité : la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux. Québec: Presses de l'Université Laval; 2007.
13. Cohen Y. Les sciences infirmières : genèse d'une discipline: histoire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2002.
14. Cohen Y. Les sciences infirmières : genèse d'une discipline: histoire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2008.
15. Conseil de la santé et du bien-être. Pour une stratégie du Québec en santé. Décider et agir. Québec: Gouvernement du Québec; 2002.
16. Côté D., Pérodeau G. Le virage ambulatoire : défis et enjeux. Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec; 2002.
17. Dallaire C. Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession. Nouv. éd. ed. Montréal: G. Morin; 2008.
18. Dejours C. Travail, usure mentale : essai de psychopathologie du travail. Nouv. éd. augm. ed. Paris: Bayard; 2000.
19. Dejours C, Abdoucheli E. Le concept de psychopathologie du travail, itinéraire théorique en psychopathologie du travail. Prévenir. 1990;20:127-51.
20. Delmas P, Mayrand Leclerc M. Sortir du management panique. Rueil-Malmaison: Éd. Lamarre; 2006.
21. Du Gay P. The values of bureaucracy. Oxford ; Toronto: Oxford University Press; 2005.
22. Fleury M-J. Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation. Montréal: Gaëtan Morin; 2007.
23. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease-Part I: Differentiation. Health care management review. 2001;26(1):56-69.
24. Gouvernement du Québec. Les systèmes d'information du domaine socio-sanitaire, clientèle SICHELD. Québec: Gouvernement du Québec : Santé et service sociaux; 1996.
25. Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales, Gobeil P. Rapports. Québec: Gouvernement du Québec, Conseil du trésor; 1986.

26. Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales, Gobeil P. Rapports. Québec: Gouvernement du Québec, Conseil du Trésor; 1986.
27. Hamel P, Jouve B. Un modèle québécois? : Gouvernance et participation dans la gestion publique. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2006.
28. Institut de psychodynamique du travail du Québec. Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec. Québec: Presses de l'Université Laval; 2006.
29. Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Un milieu de vie pour les aînés. Montréal: IUGM, Comité milieu de vie; 1998.
30. Kérouac S, Duquette A, Sandhu BK, Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières. Système pour dispenser des soins infirmiers : une étude de cas du système modulaire. Montréal: Faculté des sciences infirmières Université de Montréal; 1992.
31. Kervasdoué J. D. La crise des professions de santé. Paris: Dunod; 2003.
32. Lacourse M-T, Émond M. Sociologie de la santé. 2e éd. ed: Chenelière Éducation; 2006.
33. Langlois C. Le virage ambulatoire. Québec: Éditions Deslandes; 1999.
34. Lavoie-Tremblay M, Leclerc E, Marchionni C, Drevniok U. The Needs and expectations of Generation Y Nurses in the Workplace. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;26:2-8.
35. Lemieux V. Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux. Nouv.éd. ed. Québec: Presses de l'Université Laval; 2003.
36. Lemieux V, Université Laval. Faculté des sciences sociales. Les institutions québécoises : leur rôle, leur avenir : actes du Colloque du cinquantième anniversaire de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval, 12-14 octobre 1988. Québec: Presses de l'Université Laval; 1990.
37. Levi L. Work, stress and health overview and future directions: an international perspective. Occupational and Health Administration Conférence on Work, Stress and Health American Psychological Association, National Institute for Occupational Safety and Health, US Office of Personnel Management; Washington, DC; 1995.
38. Marquis S. Petit éloge de l'ordinaire ou plaidoyer pour redonner la parole à nos gestes. *La Gérontoise*. 2002;13(2):17-25.
39. Marsan M. L'émergence du capital relationnel de gestionnaires de première ligne oeuvrant en centres hospitaliers périphériques. Montréal: Université du Québec à Montréal; 1999.
40. Mintzberg H. Structure et dynamique des organisations. Paris Montréal: Éditions d'organisation ; Éditions Agence d'Arc; 1982.
41. Mintzberg H. Managers not MBAs : a hard look at the soft practice of managing and management development. 1st ed. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2004.
42. Mintzberg H, Glouberman S. Managing the care of health and the cure of disease-Part II. *Health care management review*. 2001;26(1):72-86.
43. Molinier P, Laugier S, Paperman P. Qu'est-ce que le care? : souci des autres, sensibilité, responsabilité. Paris: Payot; 2009.
44. O'Brien-Pallas L, Murphy GT, White Sm, Hayes L, Baumann Am, Higgin A, et al. Construire l'avenir: une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada - Rapport de synthèse de la recherche. Ottawa: Fuse Communications and Public Affairs Inc.2005.
45. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Inventaire des systèmes d'information dans le réseau de la santé et leur utilisation dans le cadre de la pratique infirmière. Montréal: OIIQ; 2002.
46. Phillippe D. Évaluation de l'implantation d'un modèle de gestion partagée dans un établissement de soins de longue durée (SLD). Rimouski: Université du Québec à Rimouski; 2007.
47. Poisson Y. La recherche qualitative en éducation. Sillery: Presses de l'Université du Québec; 1991.
48. Rouillard C. De la réingénierie à la modernisation de l'État québécois. rev., corr. et mise à jour . ed. Québec: Presses de l'Université Laval; 2008.
49. Sainsaulieu I. La communauté de soins en question : le travail hospitalier face aux enjeux de société. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2006.
50. Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*. 1986;8(3):27-37.
51. Sandhu K.B. A descriptive case study of a nursing assignment pattern in a hospital inpatient care unit. Unpublished document. Montréal: Université de Montréal; 1990.
52. Thibault C, Desrosiers G, Association des hôpitaux du

Québec. L'organisation des soins infirmiers : évolution et perspectives. Montréal: AHQ; 1990.

53. Trudel L. S'engager dans une enquête en psychodynamique du travail: réflexions méthodologiques. In: Carpentier-Roy M-C, Vézina M, editors. Le travail et ses malentendus enquêtes en psychodynamique du travail au Québec. Québec: Presses de l'Université Laval, Octarès; 2000. p. 43-52.

54. Valette A. L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2005.

55. Vézina M. Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. . In: Carpentier-Roy M-C, Vézina M, editors. Le travail et ses malentendus enquêtes en psychodynamique du travail au Québec. Québec: Presses de l'Université Laval, Octarès; 2000. p. 29-41.

56. Villeneuve F. L'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des infirmières-chefs: six études de cas dans trois hôpitaux du Québec. Sherbrooke: Université de Sherbrooke; 2005.

57. Walter B. Le "savoir-infirmier" construction, évolution, révolution de la pensée infirmière: Lamarre-Poinat; 1988.

Pour contacter l'auteure:

*Marie Alderson, inf., Ph.D.
Professeure agrégée
Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières
Pavillon Marguerite d'Youville, Bureau 5097
2375 Chemin-de-la-Côte-Sainte-Catherine
Montréal, Québec, H3T1A8
Canada
Courriel: marie.alderson@umontreal.ca*

*Micheline Saint-Jean
Professeure agrégée
Université de Montréal
Faculté de médecine*

*Jacques Rhéaume
Professeur émérite
Université du Québec à Montréal
Département des communications*

*Isabelle Ruelland
Assistante de recherche et étudiante au doctorat en sociologie
Université de Montréal
Faculté des arts et des sciences*