Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

LORSQUE L'ORGANISATION DU TRAVAIL EN UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE MENACE LA SANTÉ MENTALE DES INFIRMIÈRES: UNE ENQUÊTE EN PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

MARIE ALDERSON
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

RÉSUMÉ

L'article traite de l'organisation du travail infirmier dans les unités de soins de longue durée d'un grand centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région de Montréal. À partir des résultats d'une enquête en psychodynamique du travail, l'auteure illustre comment l'organisation du travail en place au moment de l'étude est source de souffrance et menace la santé mentale des participantes. Les diverses stratégies défensives déployées par celles-ci afin d'être en mesure de poursuivre et d'accomplir leur travail en attestent. Le contexte spécifique de travail prévalant dans l'institution est décrit afin d'ancrer l'analyse réalisée.

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Le présent article traite de la santé mentale d'infirmières travaillant en unités de soins de longue durée (USLD). Pour ce faire, il prend appui sur les résultats de l'étude d'Alderson (2001), lesquels mettent en lumière divers éléments, de nature organisationnelle, qui influent sur la santé mentale des infirmières œuvrant dans ce type d'unité. Il apparaissait important aux yeux de l'auteure d'approfondir la compréhension de l'expérience subjective et collective de travail vécue par des infirmières œuvrant dans ce secteur: expérience en termes de plaisir, de souffrance, de stratégies défensives mises en œuvre et de répercussions sur la santé. Cette investigation se voyait motivée par le fait que les problèmes de santé mentale des infirmières sont en constante augmentation. Cela est d'autant plus inquiétant lorsqu'on considère la demande sans cesse croissante de services en établissement d'hébergement et de soins de longue durée, étant donné, entre autres, le vieillissement de la population et la transformation de la famille.

Nous remercions Madame Olivia Dardenne pour sa contribution à la rédaction du présent article.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

Il n'est un secret pour personne que la profession infirmière connaît des heures difficiles. En effet, la réforme du système de santé canadien des années 1990, marquée par d'importantes restrictions budgétaires et de profondes mutations organisationnelles, a considérablement réduit les effectifs infirmiers et profondément atteint la pratique des soins (Goulet & Dallaire, 1999). Sur le terrain, les directions d'établissements constatent un accroissement de l'absentéisme au travail, lequel désorganise le travail et entraîne une augmentation constante des coûts d'assurance-salaire. Les diagnostics de santé mentale occupent la première place de toutes les absences certifiées (Bourbonnais et al., 2000).[1] La qualité de vie au travail s'est tellement détériorée que les établissements de santé ne parviennent ni à recruter, ni à conserver les effectifs infirmières nécessaires pour offrir des soins de qualité (Blythe, Baumann, O'Brien-Pallas, & Butt, 2002; Koehoorn, Lowe, Rondeau, & Schellenberg, 2002). La pénurie d'effectifs est réelle.

Bourbonnais et al. (2000) suggèrent la réalisation d'études qualitatives permettant d'éclairer l'augmentation significative des diagnostics de santé mentale. C'est ce que fit l'auteure dans le cadre de sa recherche doctorale en sciences infirmières (Alderson, 2001). Son étude investiguait l'expérience collective de travail d'infirmières sous l'éclairage d'un paradigme, d'une approche et d'une méthodologie différents de ceux traditionnellement utilisés par la recherche nord-américaine dans le domaine de la santé au travail. Elle privilégiait, pour la première fois, le rapprochement entre la psychodynamique du travail (PDT) et les sciences infirmières (Alderson, 2001, 2004a, 2004b). L'étude visait à mieux comprendre ce qui, dans l'organisation du travail infirmier, était source de plaisir et de souffrance pour les infirmières et participait ainsi à soutenir ou à menacer leur équilibre psychologique (Alderson, 2004c, 2005a, 2005b).

CADRE DE RÉFÉRENCE ET MÉTHODE

La psychodynamique du travail, développée en France au début des années 1970 par Christophe Dejours (1993), s'intéresse à l'organisation du travail comme source de plaisir et de souffrance et comme lieu d'émergence de stratégies défensives permettant aux individus de transiger avec les exigences de leur situation de travail afin de demeurer en santé. Elle s'inscrit dans le paradigme compréhensif et repose sur un devis qualitatif référant à la philosophie herméneutique. En contribuant à l'avancement des connaissances au regard des expériences de plaisir et de souffrance au travail, l'approche de la PDT présente une réelle dimension heuristique tant pour la discipline infirmière que pour l'ensemble de la recherche en santé mentale au travail.

La méthode de recherche privilégiée par l'étude est la méthode d'enquête propre à la PDT, laquelle se caractérise par une période d'observation non participante du travail infirmier dans son contexte, suivie d'entrevues collectives auprès d'infirmières volontaires réunies en collectifs d'enquête. Elle repose sur un processus intersubjectif d'écoute, d'interprétation et de construction de sens entre les divers collectifs d'enquête et le collectif de chercheurs visant le développement d'une compréhension commune de l'expérience de travail collectivement vécue. Neuf collectifs d'enquête (huit de jour et un de soir) représentant cinq USLD et totalisant 33 infirmières œuvrant dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée de Montréal ont participé à l'étude. Chaque collectif d'enquête bénéficiait de

trois entrevues d'une durée de 3 heures chacune: deux entrevues de collecte des données et une entrevue de restitution ou de validation des résultats d'analyse (Alderson, 2001).

RÉSULTATS

Les paragraphes ci-après présentent des résultats de l'étude. Ils parlent (a) de la relation d'aide et d'accompagnement en tant que source incontestable de plaisir, mais insuffisamment soutenue dans les faits par la hiérarchie et l'organisation du travail; (b) de l'encadrement et du soutien spécifiques que requièrent les infirmières œuvrant en unités de soins de longue durée; (c) de l'importante charge de travail et du manque de temps qui court-circuitent la quête de sens et menacent la santé mentale des infirmières; (d) du caractère ambigu et pathogène de l'organisation du travail prévalant au moment de l'étude; et (e) des importantes stratégies défensives déployées par les participantes afin de parvenir à poursuivre le travail malgré les souffrances vécues.

La relation d'aide et d'accompagnement: une source de plaisir insuffisamment soutenue

Les infirmières ayant participé à l'étude aiment leur travail et ont délibérément choisi d'œuvrer dans ce secteur d'activité. Malgré la confrontation quotidienne à la maladie et la mort, la relation d'aide et d'accompagnement avec les résidents et résidentes et les familles prime et donne sens au travail des infirmières. Les participantes indiquent que même les résidentes et résidents les plus déments contribuent à les faire cheminer et à les révéler à elles-mêmes:

> Le résident le plus dément de l'unité [. . .] va t'apprendre quelque chose sur toi-même. C'est ça qui m'attache à mon travail en soins de longue durée.

Ainsi, l'accompagnement des résidents et résidentes en fin de vie et de leur famille constitue aux dires des infirmières, une occasion de croissance personnelle, laquelle implique cependant une part de confrontation à elles-mêmes:

> Lorsque, pendant 2 semaines, tu chemines avec un résident mourant et sa famille, tu grandis, tu apprends sur toi-même. C'est enrichissant mais cela te confronte à bien des affaires.

L'un des pivots centraux de la pratique infirmière en USLD apparaît donc sans conteste la relation d'aide et l'accompagnement avec les résidents et résidentes et leur famille, laquelle s'appuie, entre autres, sur l'écoute active, le soutien, l'empathie, la sollicitude et la compréhension. C'est à travers cette relation que les infirmières trouvent un sens à leur travail, se perçoivent utiles, importantes, professionnelles et reconnues dans leur expertise. Elle leur procure un sentiment de valorisation, de satisfaction et de plaisir qu'elles ont quelque difficulté à éprouver en dehors de cette relation:

> Nous sentons que nous avons une importance pour eux. Ils ont besoin de nous et ça, ça vient me chercher: sentir que, pour cette personne, je suis capable de faire quelque chose.

> Je me sens utile et cela me donne beaucoup de valorisation.

> C'est la famille qui nous offre la possibilité de jouer notre véritable rôle d'infirmière.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

Il apparaît ainsi que la relation d'aide et d'accompagnement avec les résidents et résidentes et les familles permet aux infirmières de sublimer les insatisfactions et souffrances vécues au travail:

> Les relations que nous avons avec les résidents nous motivent, nous portent. Heureusement que nous avons les patients. Si nous n'avions pas l'opportunité de nous attacher et d'aimer les patients, je ne sais pas comment nous endurerions ce que nous endurons quelquefois.

Cette relation est présentée, par les participantes, comme une bouée de sauvetage permettant de garder la tête au-dessus de l'océan de frustrations en lien avec l'organisation du travail:

> C'est le contact humain qui nous tient.
>
> Ce qui nous tient au travail est le fait qu'on aime les patients.
>
> Ce qui est une source de burnout pour nous est la manière dont le travail est organisé.
>
> Ce sont les problèmes organisationnels qui nous font suer le plus!

Les résultats de l'étude révèlent que la relation d'aide et d'accompagnement avec les résidents et résidentes revêt diverses formes: l'accompagnement des résidents et résidentes qui vivent de douloureuses pertes (ex: perte d'autonomie), sont confrontés à divers renoncements (ex: renoncement de leur retour à domicile), réalisent que l'environnement qui les entoure sera leur dernière demeure et, finalement, appréhendent l'approche de la mort et traversent de nombreux épisodes d'anxiété.

Quant à la relation d'aide et d'accompagnement avec les familles, il y a l'encadrement des familles qui vivent de la culpabilité au regard de l'institutionnalisation de leur proche ou acceptent difficilement le stade de la maladie atteint par leur parent ou l'approche imminente de son décès. Cette non-acceptation interfère douloureusement avec les soins et les services planifiés par les infirmières et finit par nuire au résident ou à la résidente:

> Il y a des familles qui n'accèdent pas à nos recommandations tel le fait d'apporter des vêtements adaptés à leur proche, c'est-à-dire, ouverts dans le dos. Elles n'acceptent pas le stade auquel est rendu leur proche et continuent d'apporter des vêtements totalement inadaptés à l'état de leur parent. Ainsi il arrive que le résident éprouve de la douleur lorsqu'on manipule ses membres spastiques pour le vêtir ou de dévêtir. Il subit les conséquences de la non-acceptation de son état par sa famille.

Considérant que ces familles ne jouent pas un rôle favorable au chevet de leur proche, les infirmières se donnent pour mission de les aider à apprivoiser progressivement l'état de santé de leur proche, voire même quelquefois son désir de mourir. Elles notent, en effet, que certaines familles s'évertuent à « retenir » leur proche en l'implorant de ne « pas partir », de « ne pas les laisser », de ne pas mourir. Aussi s'emploient-elles à amener les familles à vivre plus sereinement l'évolution normale de l'état de santé de leur proche et à comprendre la philosophie de bien-être et de confort qui sous-tend les USLD:

> Il y a tout le travail d'établissement de la relation de confiance avec les familles. Cette relation les aidera, par la suite, à nous exprimer leurs sentiments et leur perception de la situation.
>
> Nous avons à les aider afin qu'elles arrivent petit à petit à accepter que leur parent va mourir. Très souvent les familles n'ont pas cette attitude d'acceptation.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

C'est en cernant davantage toute l'importance et la signification que revêt la relation d'aide et d'accompagnement des résidents et résidentes et des familles que l'on comprend mieux certaines sources de souffrance exprimées par les infirmières dans le cadre de l'étude: (a) la surcharge de travail qui vient réduire considérablement le temps disponible aux résidents et résidentes et à leurs familles; (b) le fait que l'instrument servant à évaluer leur charge de travail (en vue de déterminer la dotation en personnel requise) ne considère pas suffisamment le temps requis par la nécessaire relation d'aide avec les résidents et résidentes et les familles; (c) le fait de ne pas se voir conviées aux rencontres qui rassemblent le médecin, l'infirmière chef et les familles; et finalement (d) le fait que l'infirmière chef leur soustrait des aspects intéressants de la relation avec les familles:

> Ils nous enlèvent la partie intéressante du travail avec les familles. Ils nous excluent des démarches intéressantes avec les familles et nous renvoient aux cloches qui sonnent et aux bassines de lit à vider.

Les infirmières soulignent explicitement l'écart qu'elles observent entre le discours de la direction des soins infirmiers et la réalité qui prévaut sur le terrain. En effet, si dans ses propos la direction des soins infirmiers énonce que la prise en charge des besoins d'aide, de soutien et d'accompagnement des familles est une dimension importante du travail des infirmières, l'organisation du travail prévalant sur le terrain n'offre pas le temps requis pour réaliser adéquatement ces tâches.

Un environnement de travail spécifique necessitant un encadrement et un soutien particuliers

À défaut d'avoir la satisfaction d'observer la guérison des résidents et résidentes dont elles prennent soin ou d'avoir la joie d'assister à leur retour à domicile (comme c'est le cas en soins de courte durée), les infirmières les accompagnent, jour après jour, dans leur lente marche vers la dépendance croissante et, finalement, la mort. Tel est l'axe central de la relation de soins en USLD. L'analyse de la parole collective des participantes fait ressortir les spécificités suivantes du travail en USLD: l'exposition quotidienne à la maladie, la souffrance et la mort; la souffrance associée à la douleur non soulagée; et la confrontation à leur propre devenir.

L'exposition quotidienne à la maladie, la souffrance et la mort. Les infirmières indiquent que la présence, voire « la pression » constante de la maladie, de la souffrance et de la mort constituent le cadre quotidien dans lequel s'inscrit leur pratique professionnelle. Ainsi, la mort est l'unique issue de l'évolution des résidents et résidentes et le seul résultat possible des soins et services qu'elles leur dispensent:

> Les résidents ne sortiront plus de ce milieu.

Comme mentionné dans l'introduction, les participantes ont choisi de situer leur pratique en USLD. Le fait qu'il s'agisse d'un « choix » constitue un élément d'importance dans la perception de ce contexte peu commun de travail:

> C'est un fait qu'on a choisi de travailler dans un milieu de soins où, en termes d'évolution, il y en a juste une: la mort. Cela on le sait.

> Je désirais travailler en soins de longue durée. C'était mûrement réfléchi.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

Les infirmières s'entendent cependant sur le fait que la mort renferme un caractère anxiogène, mais qu'à force d'expérience et de réflexion professionnelle, elles en sont arrivées à apprivoiser quelque peu son accompagnement.

Les participantes notent également qu'elles vivent de nombreuses et importantes pertes. Le décès de résidents et résidentes est l'expérience de perte ultime. L'intensité de l'expérience est fonction du rapport affectif et de proximité entretenu avec le résident ou la résidente; plusieurs vivent de véritables deuils:

> Il y a des deuils plus difficiles à prendre que d'autres. C'est le cas lorsqu'il s'agit de personnes particulières auxquelles on s'est attaché et avec lesquelles il y a un lien affectif plus étroit.

Les participantes disent cependant ne pas regretter l'attachement aux résidents et résidentes, même si celui-ci est synonyme de souffrance au moment du décès: l'attachement, l'implication et l'investissement auprès des résidents et résidentes donnent véritablement sens à leur travail. Cela dit, l'analyse révèle qu'afin d'être en mesure de confronter quotidiennement les décès de résidents et résidentes, les infirmières développent des mécanismes défensifs qui, d'une part, atténuent la perception de la souffrance associée à ces expériences-là et, d'autre part, « occultent » un tant soit peu le caractère anxiogène de la confrontation à la mort. La question des défenses contre la souffrance est développée plus loin dans le texte.

Les participantes déplorent amèrement le fait qu'il n'y a pas de structure ou d'activité de soutien prévue par l'institution, sur une base régulière et systématique, pour les accompagner et les soutenir dans l'expérience successive des deuils:

> Il n'y a rien de prévu au niveau de l'organisation pour qu'on puisse ensemble ventiler nos émotions lors des décès. Nous échangeons informellement entre nous, dans un coin.

Les participantes perçoivent une absence de considération de la part de la hiérarchie pour la charge psychique de travail associée à la succession rapprochée des décès et des nouvelles admissions. Le manque de temps octroyé aux infirmières pour « intégrer » ces décès et vivre les deuils qui y sont rattachés est source de mal-être et de souffrance. Elles relèvent la difficulté qu'elles éprouvent à « tourner rapidement la page sur le décès des résidents »; il s'agit pourtant là, disent-elles, d'un comportement souhaité par la direction.

Il peut être relevé des dires des participantes que le risque de surimplication émotionnelle ou de surinvestissement affectif dans la relation avec les résidents et résidentes est bien réel:

> Les profs nous ont enseigné de conserver une distance professionnelle avec eux. Je n'ai cependant jamais trouvé cette distance professionnelle-là! Je ne parviens pas à travailler ainsi.

> On ne parvient pas à conserver cette distance professionnelle par le fait même qu'on travaille pendant des années avec ces patients-là! Ils deviennent comme des membres de notre famille.

Les infirmières font l'expérience que certains résidents et résidentes traversent souvent leurs pensées hors travail. Quelquefois, elles en arrivent à perdre le sens des frontières entre leur vécu personnel d'infirmières et celui des résidents et résidentes.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

La souffrance associée à la douleur non soulagée. Le soulagement de la douleur constitue aux yeux des infirmières la dimension centrale de leur pratique en soins de longue durée; rendre la fin de vie des résidents et résidentes la plus confortable possible est fondamental pour elles:

> Le plus important pour nous, c'est le confort du résident.

Lorsque des familles, en raison de convictions religieuses ou autres, refusent l'administration d'analgésiques à leur proche et que le résident ou la résidente décède dans la douleur, les infirmières éprouvent une réelle souffrance:

> Certaines cultures ne sont pas en faveur du soulagement de la douleur; pour elles, la douleur fait partie du processus de passage. Nous avons à respecter les valeurs culturelles des familles. C'est très difficile, très inconfortable pour nous.

> Ce qui est difficile, c'est lorsque certaines familles refusent qu'on donne des analgésiques à leur proche et qu'on voit le résident partir, mourir en douleur.

> L'épreuve la plus difficile que j'ai connue, je l'ai vécue avec un fils qui refusait qu'on soulage sa mère.

Dans le même ordre de pensées, les infirmières disent vivre difficilement le fait d'avoir à se battre avec les médecins (surtout le médecin de garde) pour obtenir une révision à la hausse du traitement antidouleur en vue de soulager la douleur du résident ou de la résidente:

> La non-souffrance du résident, on se bat pour cela avec le médecin.

Il ressort clairement des dires des infirmières que l'absence de soulagement de la douleur des patients, de surcroît mourants, constitue une source considérable d'inconfort et de souffrance pour les infirmières:

> Lorsque je vois un résident mourant qui souffre, cela vient me chercher parce que je me dis qu'il ne connaît pas la paix qu'il devrait connaître.

> Les résidents mourants devraient connaître la béatitude, la douceur, la paix, la sérénité.

La confrontation à leur propre devenir. Il apparaît au travers de l'analyse que la maladie et la mort des résidents et résidentes sont chargées pour les infirmières de significations, de sentiments et d'affects qui les renvoient à leur propre condition, leur propre avenir, leur propre devenir. L'expérience est plus éprouvante encore lorsque la maladie ou la mort touche des résidents et résidentes lucides et jeunes, c'est-à-dire proches de l'âge des infirmières: plus la possibilité d'identification à la condition d'un résident ou d'une résidente est grande, plus l'effet de miroir est violent et plus la souffrance ressentie est importante. Un grand nombre d'infirmières expriment l'anxiété en regard de la maladie et surtout de la démence. Le fait de travailler quotidiennement auprès d'une clientèle malade, souffrant très souvent de démence, éveille chez les infirmières la crainte de se retrouver personnellement, un jour, dans une situation similaire. Ainsi, partager le quotidien des résidentes et résidents déments est dans une certaine mesure anxiogène et difficile pour celles-ci. Cela met en évidence que la relation infirmière/résident(e), aussi belle et gratifiante soit-elle, rebondit inévitablement sur les infirmières en termes d'anxiété, d'inconfort et de souffrance.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

L'importante charge de travail et le manque de temps court-circuitent la quête de sens et menacent la santé mentale des infirmieres

Le manque de temps pour réaliser les tâches que les infirmières affectionnent influent sur le plaisir au travail:

> On n'a pas le choix que de tasser des tâches, et malheureusement ce sont les tâches en lien avec notre spécificité d'infirmière que nous sommes contraintes de tasser parce que les autres tâches prennent beaucoup de notre temps.

En effet, en réduisant le temps disponible pour les tâches qu'elles valorisent et qui les valorisent, la surcharge vient peser lourdement sur ce qui donne sens à leur travail, soit la relation d'aide et d'accompagnement avec les résidents et résidentes et les familles.

Une organisation du travail ambiguë et pathogene

Le mode de dispensation des soins privilégié au sein des USLD, au moment de l'étude, prend appui sur le principe des soins intégraux. La modalité des soins intégraux rend les infirmières imputables des soins et services dispensés aux résidents et résidentes dont elles ont la charge. Les participantes déplorent cependant l'absence de définition explicite des tâches et des responsabilités des divers personnels concernés par la dispensation des soins et services. Il en résulte une ambiguïté de rôles entre infirmières, infirmières auxiliaires et préposé(e)s aux résidents et résidentes ainsi que des champs de pratique insuffisament distincts entre eux:

> Chacun devrait savoir clairement quel est son rôle et quelles sont ses tâches. Malheureusement, il n'y a rien de clair.

Une très vaste part des tâches réalisées par les infirmières (80% de celles-ci selon les participantes) est également accomplie par les préposé(e)s aux résidents et résidentes dans la mesure où ces tâches ne requièrent pas de compétences spécifiquement infirmières. Les participantes disent éprouver un sentiment de dévalorisation, lequel contribue à une fragilisation de leur estime personnel et professionnel:

> J'ai l'impression que j'utilise peu mes connaissances d'infirmière. Cela m'arrive d'être frustrée en regard de cela.

> Il y a des matins où je me dis: Qu'est-ce que je fais ici en fin de compte?

L'organisation du travail révèle ici son lot de sources de souffrance, de frustration et d'insatisfaction pour les infirmières; l'expertise infirmière apparaît sous-employée ou sous-appréciée, blessant par le fait même l'identité professionnelle et, dès lors, la santé mentale des infirmières.

Comme l'ont illustré les paragraphes précédents, les participantes expriment beaucoup de frustrations et d'insatisfactions en regard de l'organisation de leur travail: la surcharge de travail, le manque de temps pour la relation d'aide et d'accompagnement avec les résidents et résidentes et les familles, le manque de soutien et d'encadrement dans les expériences de perte et de deuil ainsi que l'absence de définition claire des rôles, des tâches et des responsabilités figurent parmi les principales souffrances énoncées. Les défenses développées par les infirmières—dont il est question ci-après—sont, par leur seule existence, signe de la souffrance à laquelle elles cherchent à pallier.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

D'importantes stratégies défensives

Les stratégies défensives sont d'une très grande importance dans l'analyse du rapport au travail dans le sens où leur seule présence témoigne d'une souffrance vécue contre laquelle une personne se défend en tentant d'en diminuer la perception. En effet, exception faite de cas pathologiques, personne ne développe de mécanismes défensifs contre des fantômes ou pour le seul plaisir d'en développer. Ainsi, les stratégies défensives décodées ou décryptées dans le discours des infirmières sont avant tout l'expression de souffrances vécues et de moyens déployés pour les conjurer. Le déploiement de stratégies défensives est tantôt conscient, tantôt inconscient, mais cependant toujours intentionnel, l'intention étant de se protéger et de préserver l'équilibre psychique dans des situations de travail difficiles, déstabilisantes ou menaçantes. Ces stratégies sont essentielles à l'équilibre psychique des infirmières dans l'état actuel de leur situation de travail. Afin de se défendre en regard d'une organisation du travail qui véhicule un manque de considération et de reconnaissance—véritables atteintes à l'identité professionnelle—les infirmières développent diverses stratégies défensives visant à contrer ou à atténuer la perception de la souffrance. Parmi celles-ci, l'on observe:

1. *L'individualisme, le retrait*: L'infirmière se rabat sur sa situation individuelle, se concentre sur ses tâches et trouve finalement dans l'individualisme une façon de vivre au travail.

2. *Un engagement plus modéré*: Certaines infirmières indiquent qu'elles se protègent sciemment d'un possible surinvestissement affectif:

> Tu aimes toujours tes patients mais tu t'engages moins, tu te mets des limites. Tu établis un lien mais pas trop profond, de sorte que tu n'embarques pas.

L'engagement moindre est cependant à double tranchant dans la mesure où les infirmières, en agissant de la sorte, d'une part ne rejoignent plus le modèle de l'infirmière idéale qui sert de référence et sont ainsi sujettes à éprouver de la culpabilité, et d'autre part se privent du plaisir que leur offrait une pratique investie et impliquée.

3. *L'adaptation paralysante* (en attendant impatiemment l'arrivée de la retraite): Plusieurs infirmières choisissent de s'adapter aux situations génératrices de souffrance plutôt que de chercher à les transformer.

4. *Le déni de perception et la négation des situations souffrantes*: Les infirmières y recourent le plus souvent individuellement et inconsciemment. Si ces stratégies évitent de paralyser le travail (ce qui fait bien l'affaire de l'institution), la souffrance continue à faire son œuvre, silencieusement, voire à l'insu des personnes qui la vivent:

> J'ai comme une mémoire sélective. Je mets facilement les mauvais aspects de côté. Ce qui va me revenir, ce dont je vais spontanément parler, ce sont les joies que j'ai avec les résidents, les échanges affectueux que je peux avoir avec eux. C'est toujours beau dans ma tête.

5. *La rationalisation des sources de souffrance et la banalisation de la souffrance vécue*: En minimisant l'existence et l'impact des frustrations et insatisfactions confrontées, les infirmières en arrivent presque à ne plus percevoir la souffrance vécue; elles parviennent ainsi tant bien que mal à faire face aux exigences du travail et à préserver leur fragile équilibre psychique:

> Si je me dis que ce sont des personnes âgées; ainsi c'est plus facile d'accepter leur mort.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

6. *L'investissement hors travail*: Certaines infirmières indiquent qu'elles s'appliquent à trouver, hors travail, les moyens qui leur permettent de se ressourcer et de restaurer leurs énergies de manière à être capable de continuer à fonctionner au travail. Elles disent compenser les insatisfactions vécues au travail par la richesse de leur vie hors travail:

> Cela prend une vie bien pleine à l'extérieur pour être capable de vivre le contexte propre aux soins de longue durée: ce n'est pas toujours facile de voir les résidents qui sont souffrants, qui vont mourir.

Il faut cependant voir qu'en recherchant le nécessaire ressourcement à l'extérieur du travail, les infirmières ne contraignent pas l'institution à réviser l'organisation du travail et/ou à questionner les modes de gestion; des stratégies défensives qui se déploient hors travail n'interpellent pas la hiérarchie.

7. *Le travail à temps partiel*: Des infirmières travaillant à temps partiel indiquent qu'elles ne connaissent pas beaucoup d'infirmières qui ont travaillé 20 à 25 ans à temps plein qui sont toujours sereines avec elles-mêmes et en harmonie avec ce qu'elles vivent. Pour demeurer en santé tout en travaillant à temps complet, il faut, selon celles-ci, avoir une vie hors travail très riche et gratifiante. Plusieurs infirmières disent d'ailleurs travailler à temps partiel parce qu'elles ne seraient pas capables de travailler à temps complet, soit que l'énergie physique ou psychique leur manquerait, soit qu'elles auraient peur d'accumuler trop de frustrations et ainsi de tomber en « burnout ».

8. *La sublimation et la transcendance*: Il apparaît également que les infirmières déploient amplement ces stratégies afin que leur travail sorte du cadre de la souffrance et ouvre quelque peu sur le plaisir. En effet, elles subliment leurs frustrations et insatisfactions à travers la relation d'aide et d'accompagnement qu'elles établissent avec les résidents et résidentes et les familles. Elles se nourrissent de l'utilité sociale de leur contribution au bien-être des résidents et résidentes et des familles. L'on observe aussi l'expression de modalités de transcendance dans les propos des participantes. En effet, voyant le danger qui réside dans le fait de tomber dans la routine, les infirmières d'expérience cherchent à dépasser—ou à transcender—le caractère routinier de leur travail en veillant, par exemple, à s'attarder aux particularités de chaque résident ou résidente et de chaque famille:

> Il faut essayer de dépasser la routine qu'il y a au niveau des gestes.

> Ce qui rompt la routine, c'est le sens qu'on attribue aux gestes.

Le processus de transcendance opéré par les infirmières s'observe également au niveau des visages et des corps souvent décharnés des résidents et résidentes. Ce processus vient modifier le regard posé par les infirmières sur ceux-ci. Les infirmières d'expérience indiquent qu'il n'est pas rare que de jeunes infirmières se disent impressionnées, voire effrayées, par l'apparence de certains résidents et résidentes:

> Il y en a qui crachent, d'autres qui ont la langue qui pend, [. . .] je n'ai jamais vu ça.

La réaction des jeunes infirmières porte les plus anciennes à se demander pourquoi elles ne remarquent plus ces choses:

> De tels témoignages te font prendre conscience que tu ne vois plus du tout ce que les autres voient.

Les infirmières ayant une plus longue expérience des soins de longue durée disent avoir « apprivoisé » l'apparence physique ainsi que le comportement quelquefois déroutant des résidents et résidentes de

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

sorte que, perdant leur caractère étrange, ils en deviennent moins hostiles, presque familiers. La relation affective et de proximité établie avec les résidents et résidentes amène les infirmières à dépasser le niveau de l'apparence physique:

> On a apprivoisé ces attitudes pour le peu inhabituelles et on ne les voit plus.

> On apprend à connaître les résidents au-delà de leur apparence physique.

Le fait de transcender les gestes quotidiens inhérents à l'activité de travail contribue à trouver une beauté ou une noblesse dans les tâches accomplies.

9. *Le temps personnel offert* (c'est-à-dire non rémunéré): C'est un phénomène intéressant mais complexe, d'où l'analyse un peu plus longue qui suit.

Le phénomène de temps personnel offert prend la forme tantôt d'arrivées en avance le matin afin de préparer les médicaments, consulter un dossier ou faire l'un ou l'autre prélèvement sanguin de sorte d'avoir une matinée quelque peu moins « folle », moins stressante et moins dénuée de sens; tantôt de pauses écourtées ou non prises pour passer quelques instants avec un(e) résident(e) ou une famille; ou encore d'heure de table consacrée à la préparation d'une réunion multidisciplinaire, un sandwich à la main; ou finalement de départ retardé au terme de la journée, en vue de terminer la rédaction des notes aux dossiers:

> Je voulais être au chevet de la patiente mourante. J'ai pris mon temps de repos pour être à ses côtés. J'ai fait ce choix là. J'ai été gagnante sur un point car j'ai été satisfaite de le faire.

Le phénomène de temps personnel offert peut être vu comme une stratégie défensive exprimant une très grande quête de sens au travail. En effet, en agissant de la sorte, les infirmières parviennent à trouver davantage de plaisir dans leur travail et à préserver ainsi leur santé tant physique que psychique. Il y a cependant lieu de se questionner en regard d'une éventuelle forme d'exploitation de la souffrance des infirmières—par l'organisation du travail et donc par les administrateurs et administratrices, les gestionnaires et la hiérarchie infirmière—dans la mesure où l'institution connaît l'importance de la quête de sens qui anime les infirmières. Cette quête de sens les portera à trouver des moyens—autres que la déclaration de temps supplémentaire—leur permettant de rendre leurs conditions de travail, ainsi que leur travail, plus satisfaisants.

Certaines infirmières voient dans le silence de la hiérarchie en regard de la question du temps personnel offert une forme d'exploitation dans la mesure où tant les infirmières chefs que la hiérarchie en général savent pertinemment bien, sans pour autant prendre les mesures qui s'imposent pour y remédier, que les infirmières recourent à ce comportement extrême afin de rendre la cadence de travail en matinée un tant soit peu plus raisonnable, laissant par la même occasion une petite chance au plaisir d'émerger. C'est en ce sens qu'on pourrait dire que l'institution exploite la souffrance des infirmières, lesquelles pour trouver un tant soit peu de sens à leur travail recourent à l'ultime option d'offrir, presque malgré elles, de leur précieux temps personnel. En fin de compte, il s'agit là d'un phénomène qui, en soi, arrange bien l'institution, qui n'en subit aucun coût financier. D'autre part, l'institution pourra toujours invoquer que le temps personnel offert constitue un comportement entièrement délibéré de la part des infirmières. L'institution devrait cependant comprendre que pareille situation s'accompagnera tôt au tard d'un coût humain considérable.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

Les infirmières font également apparaître qu'elles n'ont guère d'alternatives au temps personnel offert, dans la mesure où si elles se risquent à mentionner le fait qu'elles n'arrivent pas à accomplir l'ensemble des tâches dans le temps imparti, la hiérarchie les interpelle en regard de leurs éventuelles inhabiletés à organiser et gérer leur travail. À force de l'entendre dire, certaines finissent même par internaliser les propos entendus:

> J'en arrive à croire que nous avons, dans notre unité, une difficulté en termes d'organisation individuelle du travail. Ayant finalement développée cette pensée-là, je m'attends à l'entendre si je vais trouver la directrice.

En réalité, seule une démarche collective, commune, révélerait que le problème de manque de temps est vécu par la toute grande majorité des infirmières. Peut-on, en effet, parler ou évoquer un problème d'organisation personnelle du travail si le manque de temps pour accomplir convenablement et correctement les tâches confiées émerge comme une constante vécue par la toute grande majorité des infirmières?

Un commentaire s'impose en regard des stratégies défensives. Il importe, en effet, de distinguer les stratégies défensives que les infirmières ont intérêt à maintenir car développées en regard de sources de souffrance inhérentes au travail d'infirmière en soins de longue durée (telle, par exemple, la confrontation quotidienne à la maladie et à la mort) des stratégies déployées en réaction à des sources de souffrance de nature organisationnelle. Ces dernières invitent à une réflexion quant aux possibilités de remédier aux situations problématiques qui leur ont donné naissance.

DISCUSSION

Les infirmières travaillant en soins de longue durée sont, de par la nature même de leur travail, confrontées à des sources de souffrance inhérentes au contexte spécifique des soins de longue durée: au détriment de pouvoir escompter la guérison des résidents et résidentes ainsi que leur retour à domicile, les infirmières s'appliquent pour rendre la fin de leur vie la plus confortable possible. Il s'agit cependant, pour elles, d'un quotidien marqué par la maladie, la démence et la mort, autant de facteurs qui les confrontent inévitablement à leur propre devenir. Par ailleurs, des souffrances prennent naissance dans l'organisation déficiente du travail: manque de temps à passer auprès des résidents et résidentes et de leur famille; manque de définition claire des rôles, des tâches et des responsabilités des divers personnels de soins; et distribution inadéquate des tâches entre les infirmières et les préposés et préposées. Afin de tenir le coup et d'être en mesure de poursuivre un travail que, rappelons-le, elles ont choisi et qu'elles affectionnent, les infirmières déploient des stratégies défensives. Elles aiment, en effet, prendre soin des résidents et résidentes et apprécient la relation d'aide et d'accompagnement qu'elles tissent avec eux et leur famille. Auprès des résidents et résidentes, les infirmières éprouvent un sentiment d'utilité sociale qui les valorise et qui vient, en quelque sorte, pallier au manque de reconnaissance émanant de la hiérarchie, des administrateurs et administratrices et des décideur(e)s politiques. Ainsi, riche sur le plan humain, la relation d'aide et d'accompagnement en USLD émerge des résultats comme étant l'un des pivots centraux du sens et de la satisfaction au travail des infirmières; elle constitue un véritable facteur de bien-être et de santé mentale au travail.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

En ce sens, l'étude contribue également a générer des connaissances au regard du plaisir au travail vécu par des infirmières œuvrant en USLD. Les résultats révèlent que le plaisir et la souffrance au travail ne s'excluent pas nécessairement mais peuvent se côtoyer dans des rapports quelquefois très étroits. Les résultats montrent, en effet, que même souffrantes, les infirmières continuent à témoigner et exprimer beaucoup de sollicitude à l'endroit des résidents et résidentes et des familles; la sollicitude ou le *caring* sous-jacent à la relation d'aide et d'accompagnement agit à titre d'important (si pas principal) tremplin au plaisir. Les résultats illustrent aussi le processus de transcendance opéré par les infirmières, afin de transformer des sources de souffrance en sources de sens. La transcendance est à comprendre dans le sens où l'entend Parse (1985), soit comme une force dynamique de l'existence humaine à travers la création de l'inédit dans la transformation.

Les résultats éclairent ainsi de manière originale les sources de plaisir et de souffrance vécues par les infirmières au sein de leur environnement spécifique de travail en USLD. Ils soulignent, en même temps, l'importance d'accompagner celles-ci dans les sources de souffrance confrontées. Ce n'est que dans ces conditions qu'elles pourront, à leur tour, accompagner les résidents et résidentes et leurs proches dans les expériences de souffrance qu'ils vivent—un accompagnement qui, comme nous l'avons vu, est source de satisfaction, de plaisir, de sens et de santé au travail.

En résumé, il peut être dit que la contribution spécifique de l'étude à l'avancement des connaissances au regard du plaisir et de la souffrance au travail est de mettre en lumière que les infirmières participantes vivent une importante souffrance due au fait que leurs désirs de reconnaissance professionnelle, d'autonomie et de pouvoir sur l'acte infirmier pour lequel elles sont formées et en regard duquel elles sont responsabilisées ne sont pas satisfaits ou rencontrés. Les manques de reconnaissance, de pouvoir et d'autonomie agissent en fragilisant leur identité. Les résultats indiquent également qu'il y a souffrance lorsque les infirmières perçoivent le contenu significatif de leurs tâches comme étant inadéquat, c'est-à-dire, lorsqu'elles font l'expérience d'un sous-emploi de leurs habiletés, connaissances, compétences, savoir-faire expérientiel et créativité—en un mot, de leur potentiel psychique. L'image que leur renvoie d'elles-mêmes les tâches accomplies blesse profondément leur identité, induit un sentiment de dévalorisation et de déqualification et génère l'insatisfaction. Finalement, les résultats de l'étude mettent en lumière que les infirmières déploient diverses stratégies défensives pour atténuer la perception de la souffrance.

CONCLUSION

En guise de conclusion, il peut être dit que ce n'est pas la profession en elle-même que les souffrances exprimées par les infirmières invitent à remettre en question, mais bien l'organisation de travail prévalant au sein de l'institution au moment de l'étude. Il apparaît impérieux de revoir celle-ci car « le mode de survie » dans lequel les infirmières effectuent leur travail met leur santé mentale en péril. En effet, dépossédées du temps que requiert une véritable relation d'aide et d'accompagnement (dimension qu'elles identifient comme étant la pierre angulaire de leur pratique en soins de longue durée) et privées du sentiment structurant qu'offre un travail bien fait, les infirmières trouvent qu'il est

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

difficile d'éprouver un sens au travail effectué. Ce contexte affecte leur identité professionnelle ainsi que leur santé mentale; le désengagement professionnel qui découle de cette situation est inquiétant en termes de qualité de soins et de services infirmiers.

Il urge de favoriser la qualité de vie au travail des infirmières. Ainsi et selon les désirs exprimés par les participantes à l'étude, il importe de donner aux infirmières l'occasion de prendre le recul nécessaire par rapport à leurs activités quotidiennes de travail afin d'échanger, entre elles, à propos de leurs expériences subjectives de travail. En ce manière elles pourront se l'approprier (ou se le réapproprier) et trouver ensemble des façons d'améliorer leur pratique professionnelle. L'impossibilité de réfléchir collectivement au travail réalisé contribue au sentiment d'impuissance face à la réalité confrontée. Dejours (1998) considère que l'hyperactivité dans le travail s'installe toujours au détriment de l'esprit. Le travail ininterrompu ne permet pas de penser le travail. L'absence d'occasions pour penser le travail ainsi que l'inexistence de temps et de lieu pour débattre en collégialité des situations de travail rencontrées mènent souvent à une perte de sens du travail, laquelle n'est pas sans effets sur l'investissement subjectif dans le travail (Vézina & Carpentier-Roy, 2000).

Le sens du travail se construit par la pensée, la réflexion et la parole. À la lumière des résultats de l'étude, il apparaît donc essentiel que les gestionnaires permettent et favorisent la création d'espaces de parole. Ces espaces de parole briseraient l'isolement et aideraient les infirmières à distiller la souffrance vécue, à retrouver une énergie et un sens au travail ainsi qu'à construire ou reconstruire un collectif de travail par le rétablissement d'une communication qui n'existait peut-être plus.

NOTE

1. Cette étude a été réalisée auprès d'infirmières à l'emploi de centres hospitaliers de courte durée (CHCD), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de centres locaux de santé communautaire (CLSC) ayant connus divers changements organisationnels en lien avec la transformation du réseau de la santé.

ABSTRACT

This article deals with the organization of nursing work in the long-term care units of a large residential and long-term care centre in the Montreal area. The author uses the results of a work psychodynamics survey to illustrate how the organization of work at the time of the study was a source of suffering for the participants and threatened their mental health. The various defensive strategies they used so that they could carry out and accomplish their work support this conclusion. The analysis is anchored in a description of the specific work context prevailing in the institution.

RÉFÉRENCES

Alderson, M. (2001). *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Alderson, M. (2004a). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress: une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail. *Santé mentale au Québec, 29*(1), 261-280.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 3.142.195.225 on 05/21/24

Alderson, M. (2004b). La psychodynamique du travail: objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec, 29*(1), 239-256.

Alderson, M. (2004c). La santé au travail des infirmières en unités de soins de longue durée: l'apport de la psychodynamique du travail. *Infirmière canadienne, 5*(1), 5-11.

Alderson, M. (2005a) Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers, 80*, 76-86.

Alderson, M. (2005b) La souffrance psychique des infirmières: est-ce pertinent de l'investiguer au moyen de la psychodynamique du travail? *Frontières, 17*(2), 53-58.

Blythe, J., Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., & Butt, M. (2002). La qualité de vie au travail et le travail infirmier. Dans C. Viens, M. Lavoie-Tremblay, & M. Mayrand-Leclerc (dir.), *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 23-35). Cap-Rouge, QC: Presses Inter Universitaires.

Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., et al. (2000). *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec*. Rapport de recherche soumis au Programme national de recherche et de développement en matière de santé. Québec, QC: Équipe de recherche RIPOST; Université Laval; Direction de la santé publique de Québec.

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

Dejours, C. (1998). « Travailler » n'est pas « déroger ». *Travailler, revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail, 1*, 5-12.

Goulet, O., & Dallaire, C. (dir.). (1999). *Soins infirmiers et société*. Montréal: Gaëtan Morin.

Koehoorn, M., Lowe, G., Rondeau, K., & Schellenberg, G. (2002). *Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé*. Document de recherche des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Parse, R.R. (1985). Man-Living-Health: A man-environment simultaneity paradigm. Dans R.R. Parse, A.B. Coyne, & M. J. Smith (dir.), *Nursing research: Qualitative methods* (pp. 9-13). Bowie, MD: Brady Communications.

Vézina, M., & Carpentier-Roy, M.-C. (2000). Discussion générale et conclusion. Dans M.-C. Carpentier-Roy & M. Vézina (dir.), *Le travail et ses malentendus: enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (pp. 147-155). Toulouse, France: Octarès; Québec, QC: Presses de l'Université Laval.