

# L'espace de parole au service des collectifs de travail : pour un milieu plus satisfaisant chez les infirmières dispensant des soins à domicile

Diane Pomerleau <sup>a</sup>, inf., B.Sc., Marie Alderson <sup>b</sup>, inf. Ph.D. et Sylvie Décarie<sup>c</sup>, inf., M.Sc.

<sup>a</sup> Étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

<sup>b</sup> Professeur, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

<sup>c</sup> Conseillère clinicienne, Direction des soins infirmiers, des risques et de la qualité, CSSS de Lucille-Teasdale

---

L'amélioration des conditions de travail des infirmières devient un enjeu de plus en plus préoccupant dans les organisations de santé. Plusieurs éléments peuvent contribuer à la mise en œuvre et au maintien d'un environnement satisfaisant - ou plus satisfaisant - dans les milieux cliniques. Ainsi, une organisation de travail offrant du temps et un espace de parole à ces employés, infirmières en l'occurrence, constitue une avenue essentielle favorisant les échanges entre collègues de travail et contribuant à l'ébauche ou à l'essor d'un collectif de travail (Alderson, 2001, 2010). La psychodynamique du travail est retenue comme cadre de référence pour analyser les écrits traitant des aspects entourant le collectif de travail. Plus précisément, cette analyse s'est réalisée à la lumière des concepts suivant : l'identité (professionnelle), les sources de souffrance psychique au travail, les sources de plaisir au travail et les stratégies défensives. Une intervention visant le développement et la mise à l'essai d'un espace de parole auprès d'infirmières dispensant des soins à domicile a été réalisée. Les résultats de l'intervention soulignent les bienfaits de l'espace de parole : les infirmières ont verbalisé sur les différentes sources de souffrance et de plaisir dans le cadre de leur travail. L'espace de parole leur a permis de prendre un temps d'arrêt et de recul professionnel afin d'échanger sur divers sujets d'intérêt en lien avec le travail ce qui a amené un renforcement des liens entre les participantes tout en assurant un meilleur suivi du travail d'équipe.

**Mots-clés** : santé au travail, collectif de travail, soins à domicile, infirmières

---

Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2010), les infirmières vivent du stress et sont épuisées (Cloutier, David, Ledoux, Bourdouxhe, Gagnon et Ouellet, 2008; Yoder, 2010). Pour les infirmières dispensant des soins à domicile, un portrait sur la santé psychologique des infirmières fut dressé par Cloutier et al. en 2005. Les chercheurs ont demandé au personnel de quatre CLSC situés sur l'île de Montréal de répondre à un questionnaire afin d'évaluer l'épuisement professionnel. Plus de 29 % des infirmières présentent des scores élevés d'épuisement émotionnel et 54 % disent ne pas se réaliser au travail. À partir de ces constatations, il s'avère pertinent de considérer certains éléments

favorisant la satisfaction du personnel infirmier. Plus précisément, le soutien entre collègues et la stabilité du personnel favorisent le développement de liens de confiance entre les pairs; par voie de conséquence, l'implication et la motivation au sein du personnel infirmier s'en trouvent renforcées (Brunelle, 2009). C'est dans cette perspective que cet article présente une intervention visant la création et la mise à l'essai d'un espace de parole auprès d'infirmières dans le milieu des soins à domicile d'un CLSC de Montréal en vue de favoriser le développement d'un collectif de travail, lequel va pouvoir, on l'espère, déployer ses effets positifs sur la satisfaction et la qualité de vie au travail. En se fondant sur le cadre théorique de la psychodynamique du travail, une recension des

---

Les auteures remercient les participantes volontaires de l'équipe des soins à domicile pour leur implication dans le projet ainsi que la direction des soins à domicile du CSSS qui a accepté de participer à ce projet. Cette recherche a été subventionnée par le Centre FERASI. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Diane Pomerleau, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 6864 rue de Lanaudière, Montréal, H2G 3B3. Courrier électronique : pomdia@hotmail.com.

écrits pertinents est relatée afin de mettre en évidence les aspects liés aux espaces de paroles et aux collectifs de travail dans les milieux de pratique des infirmières. Par la suite, le déroulement de l'intervention est explicité et les résultats sont présentés selon le cadre de référence. L'article se termine par une discussion des résultats et l'émission de recommandations visant la poursuite, voire la pérennisation de l'intervention dans le milieu et le renouvellement de l'expérience dans d'autres milieux de soins infirmiers.

## **Cadre de référence de l'intervention**

### **La psychodynamique du travail**

Développée en France, au début des années 1970, par Christophe Dejours, la psychodynamique du travail (PDT) constitue une approche interdisciplinaire des situations de travail vécues (Alderson, 2004; Molinier, 2008). La PDT cherche à comprendre les raisons qui incitent les travailleurs à passer à l'action dans leur milieu de travail (Vézina, 2000) et les difficultés vécues par eux (Vézina, 1999 cité dans Vézina, 2000). Le cadre théorique de la PDT propose une relation étroite entre l'organisation du travail, les sources de plaisir et de souffrance au travail et la santé des travailleurs (Alderson, Saint-Jean, Rhéaume, & Ruelland, 2011). Le paragraphe suivant explicite les collectifs de travail tels que définis par la PDT.

### **Les collectifs de travail dans les milieux de pratique des infirmières**

Selon la PDT, un collectif de travail se définit comme étant une communauté d'appartenance où les membres travaillent ensemble dans le respect des règles (Maranda, 1995; Molinier, 2008). Ces règles ont une visée sociale, car le verbe « travailler » ne réfère pas seulement au fait de produire; il signifie également « vivre ensemble » (Gernet et Dejours, 2009). Les paragraphes ci-après présentent les tenants et aboutissants des collectifs de travail au moyen des concepts centraux de la PDT retenus pour les besoins de l'intervention, à savoir : identité (professionnelle), sources de souffrance psychique au travail, sources de plaisir au travail et stratégies défensives visant à protéger la santé mentale au travail.

#### **Identité (professionnelle)**

Selon la PDT, l'identité est « l'armature de la santé mentale, elle n'est jamais définitivement stabilisée et reste incertaine, inaccomplie » (Gernet et Dejours, 2009, p.32). L'identité se construit au

sein de l'environnement de l'individu, lorsque celui-ci est entouré d'amour, et se poursuit dans le champ social du travail de cet être s'il jouit d'une reconnaissance de ses pairs et/ou supérieurs/patients (Alderson, 2004, 2009). Carpentier-Roy (1995), pionnière de la PDT au Québec, spécifie que le désir d'appartenir à un groupe ou un collectif de travail va dans le sens d'une construction et protection de l'identité. Une enquête menée par cette chercheuse a révélé la présence de collectifs de travail au sein de départements d'un centre hospitalier universitaire de Montréal. Elle note que l'analyse de ces collectifs de travail a permis de mettre en lumière le sentiment éprouvé par les infirmières de former un groupe à part. Tout d'abord, celles-ci se rattachent à l'équipe de soins, ensuite aux infirmières de leur unité et puis à l'ensemble des infirmières comme groupe d'appartenance. La chercheuse a observé que les liens de confiance et de collaboration basés sur la compétence sont des éléments fondamentaux pour le collectif de travail. Si une infirmière ne peut faire confiance à une collègue de travail, cette dernière est exclue du collectif. La prochaine section explique ce que l'absence d'un collectif de travail peut occasionner comme sources de souffrance.

#### **Sources de souffrance psychique liées à l'absence d'un collectif de travail**

La souffrance psychique « est définie comme étant cet état de lutte que vivent les travailleurs pour demeurer dans la normalité et ne pas sombrer dans la maladie » (Alderson, 2010, p.58). Dans ce contexte-ci, les sources de souffrance sont reliées à des facteurs qui entravent, entre autres, l'éclosion ou l'ébauche des collectifs de travail. Lors de sa recherche doctorale, Alderson (2001, 2010) a mené une enquête de psychodynamique du travail auprès d'infirmières œuvrant dans des unités de soins de longue durée (SLD) et a mis en lumière des causes liées à l'absence d'un collectif de travail. L'instabilité des équipes de soins, le roulement élevé du personnel infirmier, certaines pratiques managériales des infirmières-chefs telles que des difficultés à gérer les conflits entre les membres de l'équipe sont autant de facteurs ressortant de l'étude comme étant nuisibles à la constitution de collectifs de travail (Alderson, 2001, 2010). En l'absence d'échanges, les conflits demeurent latents au sein de l'unité, la communication est insuffisante et l'information circule mal (Alderson, 2001, 2010). Le regret de l'inexistence d'un espace de parole était vivement exprimé chez les participantes de l'étude (Alderson, 2001, 2010). Pour elles, un espace de parole offrirait la possibilité d'échanger sur l'organisation du travail et sur les situations difficiles vécues dans les unités de soins

(Alderson, 2001, 2010). La prochaine section relate les bénéfices ou aspects favorables associés à la présence d'un collectif de travail.

### **Sources de plaisir liées au collectif de travail**

Selon Carpentier-Roy (1995), « la notion de plaisir au travail est nécessairement reliée à la possibilité, à travers des pratiques collectives sanctionnées par le collectif, pour chaque travailleur, de trouver des passerelles assurant la continuité entre son inconscient (le désir) et le champ social (le travail) » (p.94). Cloutier et al. (2005), qui ne s'inscrivent cependant pas dans l'approche de la PDT, notent que le collectif de travail ouvre sur un partage de stratégies protectrices. Cloutier et al. (2005) définissent le collectif de travail comme « un groupe de personnes qui travaillent ensemble selon les règles de métier informelles qu'elles se donnent » (p.115). Ce groupe se distingue de l'équipe de travail par des rapports sociaux entre les pairs (Cloutier et al., 2005). Cette définition présente des similitudes avec celle de la PDT par le truchement des règles que le collectif se donne. Cloutier et al. (2005) ont observé de nombreux avantages inhérents à la présence d'un collectif de travail au sein d'une organisation de travail, à savoir, l'appui et le soutien des infirmières plus expérimentées envers les novices, le partage des trucs de métier, ce qui favorise le développement de conditions de travail plus sécuritaires. Également, un collectif de travail permet aux membres de développer des stratégies collectives de défense afin d'atténuer la perception des sources de souffrance pouvant exister au sein d'une organisation.

### **Stratégies défensives**

C'est par le biais du collectif de travail que les travailleurs s'unissent pour trouver, entres autres, des stratégies défensives communes face à une organisation du travail qui peut être source de souffrance (Alderson, 2001, 2010). Ce faisant, ils donnent un sens collectif aux situations qui sont vécues individuellement (Maranda, 1995; Molinier, 2008). L'étude qualitative de Lamontagne (1999) où l'auteure a utilisé l'approche de la PDT présente des résultats qui font émerger des dimensions en lien avec les stratégies de défense. Lamontagne (1999) a réalisé une étude de type phénoménologique afin d'analyser l'impact des changements organisationnels vécus par des infirmières en CLSC, dans le cadre de la réforme de la santé et des services sociaux du Québec. L'étude a mis en lumière l'influence des changements organisationnels sur le bien-être personnel et professionnel des infirmières ainsi que sur la satisfaction quant à leurs relations tant sur les plans vertical qu'horizontal. Afin de surmonter ces difficultés inhérentes aux divers

changements, les infirmières ont développé des stratégies collectives de défense : elles partagent verbalement leur ressenti face aux situations qu'elles vivent, s'encouragent et échangent sur les interventions réussies. Ainsi, afin de composer efficacement avec les changements dans l'organisation, les infirmières utilisent ces stratégies défensives comme soutien à la fois cognitif et affectif.

### **Mise en place de l'espace de parole**

En regard de l'analyse de ces écrits, les collectifs de travail dans les milieux de soins s'avèrent avantageux pour les infirmières (Carpentier-Roy, 1995; Lamontagne, 1999; Molinier, 2008). Cependant, l'organisation du travail devrait offrir les conditions nécessaires favorisant le développement des échanges entre les membres d'une équipe (Bonnières, Estry-Béhar, & Lassaunière 2010; Cloutier et al., 2005; Cunningham & Kelly, 2008; Munro, 2008). Parmi ces conditions, les infirmières devraient pouvoir bénéficier de temps et d'espaces communs (Bonnières, Estry-Béhar, & Lassaunière 2010; Cloutier et al., 2005). La stabilité du personnel et un lien de confiance entre les membres constituent des préalables à une ébauche de collectif de travail (Lamontagne, 1999).

Si les préalables à une ébauche d'un collectif de travail sont observés chez un groupe d'infirmières, il serait intéressant de mettre en place un espace de parole afin de contribuer au développement de ce collectif. Ruzniewski (2007) définit l'espace de parole par un temps d'arrêt du travail où la participante peut mettre de côté les pratiques du métier afin de les examiner de manière, ensuite, à mieux l'exercer. C'est un moment privilégié où la participante parle de tout ce qui n'a pas pu trouver sa place lors des autres réunions (Ruzniewski, 2007). C'est pourquoi la stagiaire (chercheuse qui fut étudiante lors de l'intervention ainsi qu'animatrice de l'espace de parole) propose une intervention visant comme objectifs le développement et la mise à l'essai d'un espace de parole auprès d'une équipe composée d'infirmières œuvrant dans le secteur des soins à domicile, et ce, afin de favoriser la formation d'une ébauche de collectif de travail. Le déroulement de cette intervention est présenté dans la section suivante.

### **Déroulement de la mise en place d'un espace de parole**

Afin de proposer le développement et la mise en place d'un espace de parole, la première démarche a été d'obtenir l'autorisation de réaliser l'intervention dans le milieu ciblé en soumettant le

projet à la directrice adjointe et aux chefs de programme du milieu des soins à domicile d'un centre de services de santé et sociaux (CSSS) de l'île de Montréal. Par la suite, le projet a été présenté à la directrice des soins infirmiers, des risques et de la qualité et à l'équipe des conseillères cliniques. La stagiaire a exposé son projet d'intervention à l'aide d'une présentation illustrant les avantages de la mise à l'essai d'un espace de parole. Une fois ces activités réalisées, la mise à l'essai de l'espace de parole a été proposée et explicitée à une équipe des soins à domicile composée d'infirmières et d'infirmières auxiliaires d'un centre local de services communautaires (CLSC) du CSSS. Lors de cette rencontre, l'étudiante a précisé que l'espace de parole est un moment créé pour elles afin de leur permettre de discuter d'aspects divers du travail dans un esprit de convivialité et de respect mutuel.

Il est important de noter que les participantes au projet de stage ont fait face à deux changements considérables, soit l'intégration d'infirmières auxiliaires dans leur équipe ainsi que la mise en place d'une nouvelle structure organisationnelle au sein de l'équipe des soins à domicile. La pénurie d'infirmières conjuguée à la réduction de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante ont amené les établissements de santé à privilégier d'autres modes de distribution des soins à la clientèle. Dans le contexte actuel, l'établissement (CSSS) a procédé à l'implantation d'une pratique collaborative interdisciplinaire en intégrant des infirmières auxiliaires aux soins à domicile, tel que préconisé par la loi 90. Celles-ci travaillent en étroite collaboration avec les infirmières afin d'augmenter l'offre de soins et de services à prodiguer à la population du territoire. Cependant, la description de poste des infirmières auxiliaires comporte une notion de port d'attache élargie à tout l'établissement. Cela signifie que les infirmières auxiliaires ont la possibilité de travailler dans les autres sites du CSSS.

### **Méthode d'intervention**

L'objectif de la mise en place de l'espace de parole auprès d'infirmières volontaires de l'équipe des soins à domicile s'est concrétisé à l'aide de différentes activités. Tout d'abord, l'horaire des rencontres a été élaboré en collaboration avec le chef de programme de l'équipe des soins à domicile de l'équipe ciblée. Il a été proposé de planifier la tenue des rencontres pour l'espace de parole en alternance avec les réunions cliniques déjà prévues au calendrier et échelonnées de début septembre 2012 à mi-novembre 2012. Les rencontres ont donc été proposées deux fois par mois, pour une durée respective de 60 minutes. Au total, cinq rencontres ont été planifiées pendant le temps de travail des infirmières, dans une salle

réservée à cette fin. Les activités proposées ont été adaptées selon les souhaits et préférences des participantes en tenant compte de la charge de travail.

Afin de susciter les échanges et d'amorcer la discussion lors de la première rencontre dédiée à l'espace de parole, l'animatrice du groupe (la stagiaire) a proposé un sujet susceptible d'intéresser l'ensemble des participantes : la réorganisation de la distribution des soins dans l'établissement. Par la suite, lors des rencontres suivantes, les sujets de discussion ont été proposés par les participantes. Le déroulement des rencontres se voulait flexible. Un bref retour sur les sujets discutés lors de la séance précédente s'effectuait afin de résumer les discussions antérieures et par le même fait briser la glace de manière à ce que la nouvelle séance s'enchaîne sans tarder.

### **Collecte des données et description des participantes**

À la suite d'un accord commun de la part des participantes, chaque rencontre a été enregistrée afin de permettre, lors des séances, une qualité de présence et de contact visuel accru (la prise de notes n'étant dès lors pas nécessaire) avec les infirmières et, également, permettre la retranscription des discussions. La stagiaire s'était engagée verbalement à ce que les propos échangés lors des rencontres demeurent strictement confidentiels. Au cours de l'espace de parole, il s'agissait d'observer les réactions des participantes, de poser des questions afin d'amorcer la discussion ou de demander des éclaircissements sur des propos qu'elle ne comprenait pas. Au début de chaque séance, il a été vérifié que chacune des participantes avait complété une fiche indiquant son titre professionnel, le dernier diplôme obtenu, le nombre total d'années de pratique et le nombre d'années de pratique dans chaque milieu d'expérience clinique antérieur. Ainsi, la stagiaire a pu développer une meilleure connaissance des données sociodémographiques de chacune des participantes. Le nombre des participantes a varié de quatre à sept alors que l'équipe se composait d'une quinzaine de membres. Les volontaires étaient toutes des femmes ayant une expérience clinique variant entre deux à 24 ans chez les infirmières et de 10 à 40 ans pour les infirmières auxiliaires. L'expérience clinique des infirmières auxiliaires se situait principalement en centres d'hébergement et de soins de longue durée. Pour les infirmières, l'expérience clinique s'inscrivait surtout en centres hospitaliers et dans le secteur des soins à domicile. Si une nouvelle participante se présentait à l'espace de parole, la stagiaire



s'assurait que celle-ci comprenait le but de la démarche qui allait y être réalisée.

Il est à noter que la stagiaire travaille aux soins à domicile dans un autre CLSC du même établissement (CSSS) que celui dont sont issues les participantes. Elle est confrontée aux mêmes changements organisationnels que les participantes et connaît bien l'organisation du travail dans le secteur des soins à domicile. Ainsi, lors des rencontres, la parole des participantes était comprise par la stagiaire et celle-ci pouvait interpréter judicieusement les sources de plaisir et de souffrance au travail. Elle ne prenait jamais part aux conversations et restait observatrice lors des échanges. Ainsi, la stagiaire est demeurée objective lors de la tenue des espaces de parole.

### **Analyse des données**

C'est à partir des propos exprimés par les participantes que la stagiaire a regroupées, structuré et formulé les résultats de l'intervention selon les concepts retenus de la PDT : identité, sources de souffrance psychique, sources de plaisir et stratégies défensives. Les résultats de la mise en place de l'espace de parole sont décrits dans la section suivante.

## **Résultats de l'intervention visant la mise en place de l'espace de parole**

Diverses thématiques ont été discutées lors des échanges : l'intégration des infirmières auxiliaires, le sentiment d'appartenance à l'organisation, les difficultés liées à l'organisation du travail et le plaisir de travailler dans le secteur des soins à domicile. Le déroulement des rencontres était fluide et la parole spontanée. L'exposé des résultats est présenté dans les paragraphes suivants et débute par le concept d'identité (professionnelle).

### **Identité (professionnelle) des participantes**

L'observation des propos échangés au cours de l'espace de parole a permis d'identifier un certain nombre d'infirmières qui se percevaient comme une classe à part et témoignaient d'un sentiment d'appartenance au groupe très fort. C'est par leur façon d'organiser leur travail et leur vie d'équipe que les participantes se distinguent dans leurs tâches des autres infirmières œuvrant dans d'autres milieux du CSSS. Les participantes ont précisé que l'entraide et la stabilité du personnel sont deux des conditions essentielles au développement du sentiment d'appartenance au sein de l'organisation. Avant l'arrivée des infirmières auxiliaires, l'équipe a connu une stabilité du personnel pendant neuf ans où il n'y a pas eu d'embauche. Pendant, ces années, les

liens entre les membres de l'équipe se sont resserrés et l'entraide suscitée par des liens de confiance bien établie était l'une des caractéristiques dominantes de l'équipe. Selon les participantes, il n'y avait pas de conflits; les relations étaient authentiques entre les membres.

L'arrivée des infirmières auxiliaires a suscité de la crainte au sein de l'équipe et ce sentiment était présent non seulement chez les infirmières, mais également chez les infirmières auxiliaires qui se demandaient si elles pouvaient s'intégrer à une équipe où les liens étaient très étroits (serrés). C'est grâce au fait que les infirmières auxiliaires ont pu démontrer leurs compétences qu'a pu s'établir un lien de confiance entre celles-ci et les infirmières de l'équipe. Également, il importe de préciser que les participantes disent vivre des sources de souffrance au sein de leur milieu; celles-ci sont décrites ci-après.

### **Sources de souffrance psychique identifiées lors de la mise en place de l'espace de parole**

Lors de l'espace de parole, les échanges entre les participantes ont mis en lumière les différentes sources de souffrance vécues au travail. Entre autres, un manque de reconnaissance de la part de la direction a été vivement exprimé lors des discussions sur les changements portant sur la nouvelle forme d'organisation du travail du secteur des soins à domicile. Suite à la séance d'information sur ce changement organisationnel avec la direction, les participantes ont éprouvé un manque d'écoute face aux commentaires exprimés de la part des supérieurs. En ce qui concerne le changement du port d'attache, un sentiment d'appréhension face à l'avenir s'est manifesté chez l'ensemble des participantes, mais, plus particulièrement, chez les infirmières auxiliaires. Étant maintenant bien intégrée dans leur milieu, la réorganisation signifie pour elles un éventuel déplacement dans un autre site CLSC. Cette perspective génère des sentiments d'insécurité.

L'intégration des infirmières auxiliaires s'est effectuée en un très court laps de temps ce qui a généré des tensions entre celles-ci et les infirmières. Pour les infirmières, l'intégration d'infirmières auxiliaires exigeait un changement de pratique et d'organisation du travail dans le secteur des soins à domicile. Une nouvelle modalité de fonctionnement a été mise en place, soit de jumeler deux ou trois infirmières avec une infirmière auxiliaire. Dans ce contexte, l'infirmière coordonne avec l'infirmière auxiliaire, les visites à domicile qui sont planifiées dans la matinée. Cette dernière dispense les soins selon le plan thérapeutique infirmier et assure le suivi du patient en collaboration avec l'infirmière. Par la suite, afin d'assurer une prise en charge et un suivi adéquat

de la clientèle, des discussions entre l'infirmière auxiliaire et l'infirmière sont organisées dans l'après-midi.

De plus, à la suite de leur orientation, certaines infirmières auxiliaires étaient déplacées dans un autre CLSC du CSSS. Le temps consacré à l'orientation de ces infirmières auxiliaires pour ensuite les déplacer dans un autre CLSC, engendrait de la frustration dans l'équipe. En outre, le manque de planification concernant l'orientation a été vivement dénoncé par les participantes. Chez les infirmières auxiliaires, le manque de reconnaissance était partagé et vécu de façon unanime. Elles auraient souhaité observer des signes concrets exprimant leur place au sein de l'équipe, par exemple, de posséder un bureau, du matériel pour écrire les notes d'observation, avoir son nom écrit sur la porte... ; autant d'éléments importants pour que puisse naître un sentiment d'appartenance à l'équipe. Les sources de souffrance ont été librement exprimées lors des échanges entre les participantes. Cependant diverses sources de plaisir ont également été perçues. Celles-ci sont présentées au paragraphe suivant.

#### **Sources de plaisir liées au travail des soins à domicile**

Plusieurs sources de plaisir ont été identifiées lors des discussions entre les participantes. Entre autres, celles-ci ont partagé leurs savoir-faire liés aux visites à domicile lors de la saison hivernale. Les infirmières auxiliaires nouvellement intégrées dans l'équipe ont exprimé leur souhait de discuter de divers sujets en lien avec cette saison tels que les problèmes de stationnement lors du déneigement, les escaliers enneigés et les risques de chutes lorsque la chaussée est glacée. Les infirmières plus expérimentées ont dès lors partagé leurs savoir-faire tels que favoriser les visites à pied, regrouper les visites dans un même secteur, utiliser des crampons et avoir une voiture munie de pneus adaptés à l'hiver. Ainsi, les participantes ont utilisé l'espace de parole pour échanger sur les meilleures stratégies permettant de s'adapter aux conditions hivernales. Lors des échanges, d'autres sources de plaisir ont été également identifiées chez les participantes qui aiment travailler dans le milieu des soins à domicile. Elles précisent que le travail dans le milieu des soins à domicile est un milieu dit « humain » qui est valorisant. Elles se considèrent privilégiées de prodiguer des soins aux patients dans leur milieu de vie et estiment être reconnues par leurs collègues de travail aux soins à domicile pour leurs compétences et leurs connaissances. Conséquemment, elles disent s'encourager mutuellement pour mettre à jour leurs connaissances et actualiser les méthodes de soins. Les principales compétences reconnues lors

des échanges entre les participantes furent celles d'éducatrice envers la clientèle, de collaboration et de consultante auprès des autres professionnels de la santé tels que les médecins de famille.

Au cours des derniers mois, l'équipe est devenue plus stable (pas d'embauche et peu de recours à de la main-d'œuvre indépendante) et des liens se sont développés. Ces liens ont permis d'établir un sentiment d'appartenance encore plus prononcé envers à l'équipe. Ce constat a pu être vérifié lors d'une discussion concernant le travail de l'infirmière de soir. Celle-ci exprimait le sentiment de solitude comme source de souffrance liée à son horaire de travail différent de celui du reste de l'équipe. Ainsi, pour elle, il est difficile de participer aux réunions administratives, cliniques et aux dîners organisés entre collègues. Une véritable écoute active s'observait chez les autres participantes à l'endroit de l'infirmière travaillant de soir. Elles ont manifesté leur empathie envers leur collègue et proposé de communiquer avec elle pour l'intégrer lors des prochaines réunions ou dîners. Ci-après sont présentées les stratégies défensives développées au sein de l'équipe afin de faire face aux sources de souffrance énoncées.

#### **Stratégies défensives déployées par les participantes lors des échanges**

L'analyse des stratégies défensives permet de se questionner sur l'existence des collectifs de travail qui se forment à partir des stratégies collectives de défense (Carpentier-Roy, 1995). Le sentiment ressenti d'être comme « une famille » au sein de l'équipe a été vivement exprimé par les participantes. Lorsque l'une de leurs collègues vit des moments difficiles, elles s'entraident, s'encouragent et se soutiennent au quotidien. L'arrivée des infirmières auxiliaires dans l'équipe et le changement organisationnel opéré dans le programme des soins à domicile constituent des modifications importantes auxquelles les infirmières ont tenté de faire face en créant des temps partagés d'écoute, de discussion et d'entraide entre collègues, tels des « îlots » les aidant à s'adapter. De plus, ces temps d'échanges aident à surmonter les sources de souffrance telles que la frustration et la déception venant de la nouvelle structure organisationnelle dans le secteur. Pour les participantes, utiliser les échanges en petits groupes pour « ventiler » sur ce sujet permet de se sentir mieux et facilite le suivi du travail. Le rire et la plaisanterie sont également des stratégies qui ont été observées lors des échanges sur les visites en saison hivernale. Les infirmières plus expérimentées ont proposé d'utiliser l'humour face à ces situations qui peuvent être difficiles. Également, si une infirmière est malade, celle-ci rentre néanmoins au travail par souci de ne pas laisser tomber ses collègues.

Cette stratégie devient collective; elle se répand à l'équipe entière. Une discussion des résultats est exposée dans la section suivante en termes de perception de l'intervention par les participantes. Elle présente aussi des recommandations pour la poursuite de l'espace de parole dans le milieu et sa mise à l'essai dans d'autres milieux de soins.

## Discussion

Au terme de la dernière rencontre, une discussion a pris place avec les participantes présentes afin d'échanger avec elles sur leurs perceptions quant à l'espace de parole : trouvaient-elles cet espace pertinent et en reconnaissaient-elles les avantages inhérents à sa mise à l'essai? Il est à noter que le retour sur l'intervention s'est également effectué par courrier électronique avec certaines des participantes n'ayant pu se présenter à cette dernière rencontre. Ce retour sur l'ensemble des rencontres a permis de mettre en lumière les liens étroits prévalant entre la création et l'existence d'un espace de parole et le resserrement des relations de travail entre collègues.

### Identité (professionnelle) discernée par l'espace de parole

Parmi les propos échangés, les participantes ont mentionné qu'elles se distinguaient des équipes d'infirmières du CSSS en raison de leurs modes de fonctionnement à l'intérieur de l'équipe. Ainsi, tel que stipulé par Carpentier-Roy (1995), les participantes s'identifient et se distinguent par des pratiques qui sont propres à leur équipe immédiate. Le sentiment d'appartenance développé au sein du CLSC et leur manière d'agir qui leur est particulier sont, entre autres, des caractéristiques, selon Carpentier-Roy (1995) de collectifs de travail dans un milieu de travail féminin.

Au cours de la tenue de l'espace de parole, les participantes ont exprimé le plaisir de travailler dans le domaine des soins à domicile. Pour celles-ci, les soins à domicile constituent un domaine de pratique où elles peuvent mettre à profit leurs compétences et leurs connaissances acquises lors de leur formation générale et en cours d'emploi, ce qui leur permet de se réaliser sur le plan professionnel. Ceci est appuyé par Underwood et ses collaborateurs (2009) qui notent que l'organisation du travail doit mettre en place les conditions nécessaires favorisant des environnements propices à la pratique, dont un climat d'apprentissage (Baumann, 2007; Cunningham & Kelly, 2008; Munro, 2008). Les gestionnaires qui prévoient du temps et des ressources pour améliorer les pratiques cliniques

contribuent au développement professionnel et au partage des connaissances (Baumann, 2007; Lainesse, 2003; Munro, 2008). Les participantes ont précisé que le suivi de la clientèle nécessite une planification des soins particulière où l'autonomie prend une place importante et est reconnue au sein de l'organisation. Tel qu'indiqué par Vézina (2000), une organisation de travail où on laisse de l'autonomie au travailleur lui permet de se réaliser en interpellant sa créativité et, ainsi, il peut apporter sa contribution à une œuvre commune.

### Espace de parole comme source de plaisir

L'espace de parole développé et mis à l'essai auprès des infirmières volontaires a été favorablement accueilli par ces dernières et confirmé par leur participation active à ces rencontres. Elles ont fait part des difficultés rencontrées au cours des derniers mois, mais également du plaisir de travailler en équipe. Dans les organisations de santé, un travail d'équipe devient efficace lorsque tous les membres œuvrent ensemble dans un processus continu d'interactions afin de fournir les meilleurs soins aux patients (Clements, Dault, & Priest, 2007; Estry-Béhar, 2007). Des équipes ayant foi en leur capacité de résoudre les problèmes et où les membres se font mutuellement confiance produisent d'excellents résultats : la diminution d'erreurs médicales, l'amélioration de la qualité des soins, un renforcement de la cohésion du groupe et un moins grand épuisement chez les professionnels de la santé (Clements, Dault, & Priest, 2007).

Une « meilleure » coopération entre les membres suscite un partage de prise de décisions au sein de l'équipe (Estry-Béhar, 2007; Grinspun, 2007; Laschinger, Almost, & Tuer-Hodes, 2003). Cet aspect a été observé lors des échanges qui ont paru éclairants en ce sens qu'ils facilitaient, aux dires des participantes, les prises de décisions cliniques susceptibles d'être des sources de souffrance; une réalité faisant partie de leur lot quotidien. Leur visée était d'intervenir de manière optimale dans les situations cliniques.

Les participantes ont précisé le fait que les liens de confiance développés entre collègues au sein de l'équipe des soins à domicile renforcent l'implication dans le travail d'équipe. Cet aspect est confirmé par Ellenbecker, Boylan et Samia (2006) qui spécifient que les relations harmonieuses entre collègues constituent un facteur favorisant la satisfaction du personnel infirmier dans le secteur des soins à domicile. La stagiaire a observé, lors des rencontres, que la parole était écoutée de façon respectueuse par l'ensemble des participantes. Laschinger, Almost et Tuer-Hodes (2003) s'entendent pour reconnaître que les relations de travail caractérisées par des liens de

confiance et de respect contribuent à une communication efficiente. Ceci a été mis en évidence dans les propos échangés entre les participantes où les liens de confiance établis entre les infirmières et les infirmières auxiliaires permettent un meilleur suivi pour la clientèle en raison du transfert d'informations cliniques.

### **Stratégies défensives visant à atténuer la perception de la souffrance**

L'espace de parole a constitué un moment et un lieu favorables à l'expression libre et spontanée des participantes et cela, sans se faire juger. Ce furent donc des moments d'échange agréables entre collègues de travail dans un milieu où chaque moment est employé à planifier les activités cliniques. Les participantes ont profité de ces instants pour partager avec leurs collègues et « ventiler » sur les sources de souffrance vécues dans le cadre de leur travail telles que l'intégration rapide des infirmières auxiliaires et le nouveau fonctionnement de l'équipe. Ainsi, les propos échangés lors de l'espace de parole ont permis d'atténuer les tensions psychiques quotidiennes du travail. Tels que décrits par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006) et McDonald, Jackson, Wilkes et Vickers (2011), une communication optimale entre les membres d'une équipe et le développement de liens plus étroits entre eux contribuent à diminuer le stress au travail. De plus, les échanges ont permis la mise en commun de savoir-faire. Comme le dit Molinier (2004, 2008), les discussions collectives ont favorisé un suivi du travail et l'expression de divers sentiments ressentis face à des situations de souffrance en lien avec l'organisation du travail (Molinier, 2004, 2008).

Au fil des semaines que comptait l'intervention, une ébauche d'un collectif de travail s'est révélé dont des semences préexistaient avant cette première, mais qui ont davantage pris racine sous l'effet bienfaisant des temps partagés de parole. Tel que mentionné par l'étude de Cloutier et al. (2005), les collectifs professionnels peuvent exister dans le secteur des soins à domicile. La constitution d'un tel collectif permet aux membres de discuter entre eux des sources de plaisir et de souffrance au travail, permettant ainsi, entre autres, le développement de stratégies collectives de défense (Maranda, 1995). L'espace de parole a permis aux infirmières participantes de faire un retour sur ce qu'elles avaient vécu lors de l'intégration des infirmières auxiliaires et la stagiaire a noté des stratégies collectives de défense ayant vu le jour telles que l'entraide, le soutien et l'écoute. Ces stratégies ont aidé les participantes à faire face à ce changement organisationnel important (l'intégration des

infirmières auxiliaires) et de l'intégrer de façon positive.

Les résultats de l'intervention permettent de constater que l'espace de parole est favorable dans une équipe composée d'infirmières et d'infirmières auxiliaires dans le secteur des soins à domicile. Par le biais d'une discussion et d'une réflexion entre la stagiaire et la personne ressource du milieu du projet de stage, la section ci-dessous propose des recommandations dans le but de contribuer au développement et au maintien d'espaces de parole dans des milieux de pratique.

### **Recommandations à la mise en place d'un espace de parole et sa pérennisation dans le milieu**

Tout d'abord, lors du déroulement de l'espace de parole, les participantes ont mentionné qu'elles étaient plus à l'aise de parler en l'absence de leur chef de programme, tel que ce fut le cas. C'est pourquoi il s'avère important de proposer les rencontres seulement en présence des membres de l'équipe immédiate. De plus, le choix de l'animatrice du groupe est crucial afin de permettre l'échange de propos sur les sources de souffrance et de plaisir au sein du cadre du travail. L'animatrice identifiée doit s'assurer de la fluidité des sujets discutés et porter un regard sur le juste ton et l'enchaînement harmonieux entre les divers propos (s'assurer que la parole n'est pas coupée, ne pas juger les propos de ses collègues). De plus, l'animatrice doit porter une attention sur les échanges entre les participantes; solliciter celles qui ont tendance à moins prendre la parole et freiner délicatement celles qui ont tendance à occuper un peu trop l'avant-scène. L'animatrice doit être à l'aise avec les moments de silence et comprendre ces moments pour les interpréter judicieusement. Laisser libre cours à la parole est un moyen avantageux pour faire exprimer les participantes sur les sources de souffrance et de plaisir. Cependant, l'animatrice doit ramener les participantes au sujet si les propos tenus ne concernent plus le travail. Ce pour quoi il est d'une importance primordiale de rappeler le but de l'espace de parole, et ce, à chaque début de rencontre. Le temps alloué à ces rencontres doit être pris en considération par les chefs de programme, car la réussite de la mise en place de l'espace de parole est tributaire de la libération des infirmières durant le quart de travail. Ainsi, afin de permettre la réussite de la mise en place de l'espace de parole et de pouvoir y participer, les infirmières devraient pouvoir se libérer de leur travail à des moments convenus.



## Limites de l'intervention

Malgré le franc succès du projet d'intervention, quelques limites ont été constatées par la stagiaire. En autres, le nombre des participantes était restreint, soit de quatre à sept. Puisque les rencontres se déroulaient sur le temps de travail, certaines ne pouvaient être libérées, car l'organisation du travail (surcharge de travail) ne le permettait pas. De plus, pour la même raison, seulement cinq rencontres ont été planifiées lors du projet de stage. Donc, le nombre restreint des groupes et des rencontres peut possiblement limiter les échanges entre les infirmières.

## Conclusion

L'exploration des écrits, selon l'approche de la PDT, a permis de mettre en lumière les nombreux avantages (protection et construction de l'identité professionnelle, le partage de connaissances et le développement des stratégies collectives de défenses) des collectifs de travail dans les milieux de pratique des infirmières. Ainsi, la PDT offre une approche persuasive à une mise en place des aspects entourant la constitution d'un collectif de travail tel que de développer et de mettre à l'essai un espace de parole auprès d'une équipe travaillant dans le milieu des soins à domicile. Cette intervention dans le milieu a permis de faire prendre conscience à chacune des participantes la souffrance vécue par chacune de leur collègue dans le cadre de leur travail. De plus, les échanges entre les participantes ne se sont pas restreints seulement à de la « ventilation », mais ont évolué vers un partage de situations cliniques et organisationnelles afin d'en ressortir avec des pistes de solutions constructives. C'est pourquoi il s'avère avantageux d'instaurer ce type d'intervention dans les milieux de soins afin de favoriser l'amélioration de la satisfaction du personnel infirmier et contribuer à une qualité de vie accrue au travail. Cependant, c'est par l'émergence et la constitution spontanée d'un collectif de travail composé d'infirmières motivées et désireuses d'améliorer leurs pratiques dans un souci de qualité accrue des soins qu'il est possible de progresser vers la mise en place de milieux de travail plus satisfaisants.

## Références

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

Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques,

concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29, 243-260.

Alderson, M. (2009). Les relations de travail d'infirmières œuvrant en soins de longue durée : source de souffrance et de fragilisation de leur santé mentale. *L'infirmière clinicienne*, 6, 1-10.

Alderson, M. (2010). *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.

Alderson, M., Saint-Jean, M., Rhéaume, J., & Ruelland, I. (2011). Impasses dans le travail d'infirmières en Centres d'hébergement et de soins de longue durée soumis à des changements organisationnels significatifs. *Aporia*, 3, Article repéré à [http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/abstract\\_pages/2011\\_11/Alderson\\_et\\_al.jsp?lang=fr](http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/abstract_pages/2011_11/Alderson_et_al.jsp?lang=fr).

Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2010). *La fatigue des infirmières et la sécurité des patients*, Document repéré à [http://www.fcsii.ca/sites/default/files/2013.backgrounder.nursing\\_workforce.fr.pdf](http://www.fcsii.ca/sites/default/files/2013.backgrounder.nursing_workforce.fr.pdf)

Baumann, A. (2007). *Environnements favorables à la pratique : qualité au travail = soins de qualité*. Genève, Suisse : Conseil international des infirmières. Document repéré à <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2007f.pdf>.

Bonnières, A. de, Estry-Béhar, M., & Lassaunière, J.-M. (2010). Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et des infirmières de soins palliatifs. *Médecine palliative*, 9, 167-176.

Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisation des soins*, 40, 39-48.

Carpentier-Roy, M.-C. (1995). *Corps et âme, psychopathologie du travail infirmier* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal: Liber.

Clements, D., Dault, & M., Priest, A. (2007). Effective teamwork in healthcare : Research and reality. *Healthcare Papers*, 7, 26-34.

Cloutier, E., David, H., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., Gagnon, I., & Ouellet, F. (2008). Effects of government policies on the work of home care personnel and their occupational health and safety. *Work*, 30, 389-402.

Coutier, E., David, H., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., Teiger, C., Gagnon, I., & Ouellet, F. (2005). *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile*. Rapport R-429, Rapport de recherche repéré à <http://www.irsst.qc.ca/>

- [publication-irsst-importance-de-l-organisation-du-travail-comme-soutien-aux-strategies-protectrices-des-afs-et-des-infirmieres-des-services-de-soins-et-de-maintien-a-r-429.html](http://publication-irsst-importance-de-l-organisation-du-travail-comme-soutien-aux-strategies-protectrices-des-afs-et-des-infirmieres-des-services-de-soins-et-de-maintien-a-r-429.html)
- Cunningham, D. E., & Kelly, D. R. (2008). Community nurses' perceptions and experiences of protected learning time: a focus group study. *Quality in Primary Care, 16*, 27-37.
- Ellenbecker, C. H., Boylan, L. N., & Samia, L. (2006). What home healthcare nurses are saying about their jobs. *Home Healthcare Nurse, 24*, 315-324.
- Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B. I. J. M., Oginska, H., Camerino, D., Le Nézet, O., Conway, P. M., Fry, & C., Hasselhorn, H-M. (2007). The impact of social work environment, teamwork, characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care, 45*, 939-950.
- Grispun, D. (2007). Healthy workplaces : The case for shared clinical decision making and increased full-time employment. *Healthcare Papers, 7*, 85-91.
- Gernet, I., & Dejours, C. (2009). Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychologie, 2*, 27-36.
- Lainesse, V. (2003). *La création d'un nœud de communication : le cas d'un réseau d'infirmières*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Lamontagne, L. (1999). *Analyse compréhensive de l'expérience de transition organisationnelle des CLSC vécue par des infirmières dans le cadre de la réforme de la santé et des services sociaux du Québec*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Laschinger, H. K. S., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link. *Journal of Nursing Administration, 33*, 410-422.
- Maranda, M-F. (1995). La psychodynamique du travail, une alternative à l'individualisation de la santé mentale au travail. *Santé mentale au Québec, 20*, 219-242.
- McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., et Vickers, M. (2011, Avril). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Education Today*, doi:10.1016/j.nedt.2011.04.012.
- Molinier, P. (2004). Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe. *Travail et emploi, 97*, 79-91.
- Molinier, P. (2008). *Les enjeux psychiques du travail* (éd. rév.). Paris : Payot & Rivages.
- Munro, M. K. (2008). Continuing professional development and the charity paradigm : interrelated individual, collective and organisational issues about continuing professional development. *Nurse Education Today, 28*, 953-961.
- Ruszniewski, M. (2007). *Le groupe de parole à l'hôpital*. Paris, France : Dunod.
- Underwood, J. M., Mowat, D. L., Meagher-Stewart, D. M., Deber, R. B., Baumann, A. O., MacDonald, M. B., Akhtar-Danesh, Munroe, V. J. (2009). Building community and public health nursing capacity: a synthesis report of the national community health nursing study. *Canadian Journal of Public Health, 100*, 1-11.
- Vézina, M. (2000). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans Dejours, C. Préface, Carpentier-Roy, M.C., & Vézina, M. (Éds), *Le travail et ses malentendus, enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (pp.29-38). Québec, Qc : Les Presses de l'Université Laval.
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research, 23*, 191-197.