

# Les relations de travail d'infirmières oeuvrant en soins de longue durée : source de souffrance et de fragilisation de leur santé mentale

Marie Alderson<sup>a</sup>, Ph.D.

<sup>a</sup> Professeure, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

---

L'article rend compte des relations de travail telles que vécues par des infirmières oeuvrant dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région de Montréal. À partir des résultats de sa recherche doctorale en sciences infirmières, réalisée au moyen de l'approche de la psychodynamique du travail, l'auteure illustre que les rapports entre pairs, avec l'infirmière-chef, avec la direction des soins infirmiers et avec l'équipe interdisciplinaire sont source de souffrance au travail et affectent l'identité des infirmières et leur santé mentale. Plus précisément, l'article traite, en premier lieu, des rapports entre infirmières de même quart de travail et entre infirmières de quarts différents. Il aborde, en deuxième lieu, les relations entre les infirmières et les préposés aux bénéficiaires. En troisième lieu, les rapports des infirmières avec l'infirmière-chef sont discutés. En quatrième lieu, l'article relate les rapports entre les infirmières et la direction des soins infirmiers. Finalement, en cinquième lieu, l'article traite des rapports entre les infirmières et l'équipe multidisciplinaire; il y est question du manque de travail en partenariat, du non-soulagement effectif de la douleur et de l'acharnement thérapeutique, des manques de confiance et de reconnaissance au regard de l'expertise des infirmières. Une discussion et une conclusion viennent clore l'article.

**Mots-clés : Infirmières, soins de longue durée, relations de travail, rapport au travail, plaisir et souffrance au travail, psychodynamique du travail**

---

La pratique infirmière est caractérisée par de nombreuses relations de travail : relations avec les pairs (infirmières bachelières et infirmières techniciennes), les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires, la hiérarchie (infirmière-chef, direction des soins infirmiers), les médecins et les autres membres de l'équipe interdisciplinaire (physiothérapeutes, nutritionnistes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, et autres travailleurs). Le présent article traite des rapports sociaux de travail, tels que relatés par des infirmières oeuvrant dans des unités de soins de longue durée d'un grand Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée de la région de Montréal. Les données sont issues d'une enquête en psychodynamique du travail réalisé par l'auteure dans le cadre de sa recherche doctorale en

sciences infirmières. Cette étude visant à cerner le sens du travail infirmier en unité de soins de longue durée se voyait motivée par le fait que les problèmes de santé mentale des infirmières étaient (et sont encore) en constante augmentation. La psychodynamique du travail développée en France au début des années 1970 par Christophe Dejours (1993), constitue le cadre de référence de l'étude. Elle consiste en une approche interdisciplinaire s'intéressant 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, les contraintes ou les frustrations associées à leur situation de travail, et ce, afin de demeurer en santé (Alderson, 2004a). Celle-ci s'inscrit dans le paradigme subjectiviste d'approche compréhensive et repose sur un devis qualitatif référant à la

---

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Marie Alderson, faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Pavillon Marguerite-d'Youville bureau 5097, 2375, chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal (Québec), Canada, H3T 1A8. Tél. : (514) 343-7485 Courrier électronique : [marie.alderson@umontreal](mailto:marie.alderson@umontreal)

philosophie herméneutique (2004a). Elle a été retenue pour l'éclairage intéressant qu'elle offre de l'expérience subjective de travail des infirmières (Alderson, 2005). La méthode d'enquête propre à la psychodynamique du travail fut privilégiée. Celle-ci 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. La démarche repose sur un processus intersubjectif d'écoute, d'interprétation et de construction de sens entre collectifs d'enquête et collectifs de chercheuses 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 unités de soins de longue durée et totalisant trente-trois 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 : deux entrevues de collecte des données et une entrevue de restitution ou de validation des résultats d'analyse. Le collectif de chercheuses était constitué de l'auteure (à l'époque étudiante au doctorat), de sa directrice de thèse (sociologue de la santé) et de sa codirectrice de thèse, (psychanalyste et ergothérapeute). Les entrevues, d'une durée de trois heures chacune, se sont déroulées de novembre 1999 à mai 2000. L'article fait état, dans un premier temps, des rapports entre infirmières de même quart de travail et de quarts différents. Ensuite il aborde les rapports avec les préposés aux bénéficiaires, l'infirmière-chef, la direction des soins infirmiers et l'équipe interdisciplinaire. Une discussion/conclusion vient clore l'article.

### **Les rapports entre pairs : un puissant déni de perception**

#### *Entre infirmières du même quart de travail*

Si dans un premier temps, les participantes décrivent les rapports qu'elles entretiennent avec leurs collègues comme étant satisfaisants, empreints d'humour, de soutien et d'entraide, le discours change au fur et à mesure que les défenses, consciemment ou inconsciemment déployées par les participantes, se lèvent et laissent émerger un discours révélant des rapports moins harmonieux, empreints de méfiance et dépourvus de cohésion, de solidarité et de loyauté véritables. Le fait de déclarer dans un premier temps l'existence de rapports soi-disant heureux pour ensuite, progressivement et presque à leur insu, dévoiler une réalité fort différente, révèle l'existence d'une stratégie défensive appelée déni

de perception. Le déni de perception repose sur la coexistence de deux positions de la vie psychique : l'une fondée sur le désir (désir de rapports harmonieux) et l'autre sur la réalité (rapports réels peu satisfaisants). Ledit déni signe l'existence d'une blessure importante, source de souffrance contre laquelle le sujet se défend en tentant de l'ignorer. Ainsi, la stratégie du déni est déployée, consciemment ou inconsciemment, par les participantes, afin de se protéger de la prise de conscience inconfortable, voire douloureuse, de rapports collégiaux peu satisfaisants. Il faut voir que le vocable « équipe infirmière » véhicule, en soi, une connotation mythique d'entente, de cohésion et de solidarité. L'idéal infirmier réfère, en effets, à des rapports égalitaires, intègres, loyaux, respectueux et centrés sur l'entraide spontanée. L'existence de conflits, de tensions, ... vient heurter cet idéal au point de les porter - vraisemblablement inconsciemment - à un déni de la réalité source de souffrance; les dissensions et discordes sont tenues sous silence : « Professionnellement, ce n'est pas correct de se chicaner. Cela ne se fait pas de se chicaner entre adultes professionnels chargés de s'occuper de personnes âgées malades ». Les tensions et dissensions font, par exemple, que l'information ne circule pas très bien entre les membres de l'équipe infirmière; la communication n'est pas franche, la parole de chacune n'a pas un poids égal et les langues sont muselées. L'esprit d'équipe, empreint de cohésion, d'entraide et de solidarité, n'est pas monnaie courante; les infirmières interrogées finissent, en effet, par avouer qu'elles ne « se tiennent pas suffisamment entre elles » et que la méfiance est grande. Elles vont jusqu'à parler d'*espionnes* qui rapportent à l'infirmière-chef, des propos échangés entre elles. Par voie de conséquence, le silence prend place et le déplaisir au travail s'installe : « Je ne dirais pas que la solidarité entre nous est très forte ». « Dans mon unité, l'entraide n'est pas toujours réelle et c'est là un déplaisir. L'autre infirmière ne viendra pas m'aider lorsqu'elle a fini et je trouve cela très désagréable ».

Un autre exemple est le fait que l'appréciation et la prise en charge de la douleur des bénéficiaires ne se font pas de manière homogène ou égale par toutes. Elles considèrent que certaines infirmières ne soulagent pas, comme elles le devraient, la douleur des bénéficiaires qui arrivent en fin de vie. Alors que le confort et le bien-être sont au cœur de la pratique infirmière en soins de longue durée. « Je trouve ma satisfaction dans le fait de constater que mon bénéficiaire est confortable après les soins que je lui ai donnés ». « La satisfaction des bénéficiaires et des familles est une source importante de plaisir ». Elles observent et déplorent une absence d'attitude

uniforme par rapport aux traitements antidouleurs et vivent très difficilement le fait que certaines collègues n'administrent pas les entre-doses de morphine autorisées par le médecin, appréhendant de précipiter le décès de bénéficiaires et d'être ainsi montrées du doigt comme étant celles ayant posé le dernier acte significatif pouvant avoir entraîné le décès.

#### *Entre infirmières de quarts de travail différents*

Si les sentiments de manque de considération et de reconnaissance sont perçus réciproquement par les travailleuses deux quarts de travail (de jour et de soir), ils sont davantage exacerbés chez les infirmières de soir. En réalité, les participantes soulignent le manque de connaissance de la nature propre du travail de chaque quart. Ainsi, les infirmières de jour ont le sentiment que les infirmières de soir croient que le travail de jour est léger parce qu'elles sont plus nombreuses; elles notent cependant qu'elles ont des tâches que les infirmières de soir n'ont pas. Finalement, elles disent que les infirmières de soir les accusent facilement de ne pas avoir accompli leurs tâches. Quant aux infirmières de soir (et assistantes infirmières-chef de soir), elles ont le sentiment que les infirmières de jour estiment qu'elles n'ont rien à faire le soir et s'entendent sur le fait que les infirmières de jour méconnaissent la réalité de soir. Tant les infirmières de jour que de soir disent trouver la situation désagréable et déplorent cet état de fait. Elles se questionnent : « Pourquoi les infirmières d'un quart de travail chialent toujours après celles d'un autre? ». Elles attribuent cette attitude à la méconnaissance de la réalité et de la véritable charge de travail des autres quarts de travail : « Nous avons tendance à croire que les autres quarts de travail sont plus légers ». Les infirmières ayant vécu, auparavant, la réalité de l'autre quart de travail disent cependant savoir qu'aucun quart de travail n'est véritablement plus léger qu'un autre : « Sur tous les quarts de travail, on travaille fort! Ce qui varie, c'est la routine et le type de soins et services; c'est tout ». Ces divers propos soulignent l'influence qu'a la connaissance d'une réalité sur la juste appréciation de celle-ci.

### **Les rapports avec les préposés aux bénéficiaires : des relations énergivores**

Les infirmières décrivent leurs rapports avec les préposés aux bénéficiaires comme difficiles et *énergivores*. Aux dires de ces premières, un grand nombre de préposés tentent d'imposer leur vision du travail et de son organisation. Ils chercheraient à inverser les rôles et seraient portés à discuter, à questionner, voire même, quelquefois, à court-

circuiter certaines décisions prises par les infirmières : « On se fait "runner" par certains préposés. Ils contestent les décisions que nous prenons pour certains bénéficiaires ». « Il y a des préposés qui ont trop de pouvoir. Nous devons souvent nous battre pour faire valoir notre point de vue ». Cette situation contraint les infirmières à investir beaucoup d'énergie en vue de garder le contrôle sur eux et conserver la main quant au déroulement de la journée et l'accomplissement des tâches. Elles doivent négocier, argumenter et justifier leurs points de vue auprès des préposés. Quelquefois elles en arrivent même à s'excuser et à se justifier auprès des préposés aux bénéficiaires de ne pas avoir pu les rejoindre aussi rapidement que ceux-ci l'auraient souhaité; des urgences ou priorités les ayant retenues ailleurs.

#### *Peu d'entraide spontanée de la part des préposés*

Les infirmières disent déplorer le peu d'entraide spontanée de la part des préposés aux bénéficiaires avec lesquels elles font équipe ainsi que l'extrême soin avec lequel elles doivent formuler leurs demandes d'aide : « Il faut toujours leur demander de l'aide et faire attention à la façon dont on formule nos demandes. Des fois, il faut mettre des gants blancs jusqu'aux coudes ». Le plus souvent, lorsqu'une urgence apparaît, la proposition d'aide viendra plutôt des collègues infirmières des autres équipes. Aux dires des participantes, les préposés attendent ou s'attendent quant à eux, à ce que les infirmières viennent les aider autant que possible dans leurs tâches; une *bonne* infirmière ou une *bonne* assistante infirmière-chef en est une qui partage le maximum de tâches des préposés. En d'autres termes, une infirmière *bien vue* des préposés est une infirmière qui fait avec les préposés, le maximum des tâches de ces derniers.

#### *Manque de considération des préposés pour les tâches administratives des infirmières*

Les infirmières perçoivent un douloureux manque de considération, proche du mépris, de la part des préposés aux bénéficiaires en regard des diverses tâches administratives qui leur incombent en après-midi : « Moi, un préposé m'a déjà dit : j'ai donné les collations à mes quatre bénéficiaires, tu donneras les collations aux tiens! Il a fallu que je lui fasse remarquer que la distribution des collations relevait de ses tâches et non des miennes et que ma tâche, en après-midi, était de faire les dossiers ».

Les participantes se demandent si l'attitude méprisante au regard du travail administratif des infirmières relève de la méconnaissance ou de la non-reconnaissance volontaire de la spécificité du

travail infirmier. Il faut voir que ces tâches viennent, en quelque sorte, *voler* aux préposés, leur partenaire de soins. En d'autres termes, les tâches administratives des infirmières rendent ces dernières, à certains moments de la journée, moins disponibles pour partager le travail des préposés. Conséquemment, les préposés se retrouvent à accomplir seuls leurs tâches ou au mieux, avec l'aide d'un préposé d'une autre équipe. Si le regroupement de préposés lors de l'indisponibilité des infirmières dans de telles situations constitue aux yeux des infirmières une avenue intéressante pour les préposés, elles notent que ces derniers demeurent hostiles envers cet aspect du travail infirmier. Étant donné que le travail administratif des infirmières s'accomplit en position assise, cela est perçu par les préposés, aux dires des infirmières, comme du non-travail : « Les préposés ont toujours l'impression que lorsque nous sommes au poste en train d'acquitter nos tâches cléricales, nous sommes assises à ne rien faire ». En d'autres termes, la position assise adoptée par les infirmières dans le cadre de leurs tâches administratives fait envie aux préposés alors qu'eux sont en train d'accomplir des tâches exigeant la position debout et sollicitant l'ensemble de leur corps.

#### *Absence de définition explicite des rôles et responsabilités de chacun*

L'absence de définition explicite des rôles, responsabilités et tâches des infirmières et des préposés impliqués dans la dispensation de soins intégraux a pour fâcheuse conséquence que les préposés voient les infirmières comme des partenaires couvrant un champ d'activités fort semblable au leur et étant dès lors, quasi égaux ou équivalents à eux. L'organisation du travail a pour effet que les tâches des infirmières et des préposés se chevauchent considérablement au point de ne pas faire ressortir la spécificité du travail d'infirmière. Il peut aussi être dit que l'organisation du travail prévalant au moment de l'étude, n'incite et ne contraint pas les préposés à voir, à reconnaître et à respecter la différenciation des rôles entre les infirmières et eux. Une importante ambiguïté de rôles en découle.

Par ailleurs, ne se sentant pas soutenues par l'organisation du travail, les infirmières ne se sentent pas légitimées de demander aux préposés aux bénéficiaires d'assurer en après-midi la prise en charge des bénéficiaires pendant qu'elles s'acquittent de leurs tâches administratives et autres. En effet, rien au niveau de l'organisation formelle du travail ne les y autorise ou ne leur en donne véritablement le pouvoir. Il peut être dit que les préposés aux bénéficiaires prennent ou trouvent appui, voire *tirent profit* d'une ambiguïté de rôle façonnée ou maintenue par l'institution : « Il

y a des préposés qui installeront quatre bénéficiaires pour le petit-déjeuner et m'en laisseront quatre afin que je fasse ma part d'installations ». Ainsi, une importante part de souffrances des infirmières et de conflits infirmières/préposés tire ses racines dans une organisation de travail qui laisse perdurer l'ambiguïté des rôles et des tâches entre infirmières et préposés. Les participantes déplorent le manque de soutien de la part de la direction des soins infirmiers, laquelle, selon leurs dires, est parfaitement au fait des difficultés qu'elles vivent sur le terrain. Elles ne se sentent pas soutenues par leur infirmière-chef dans les conflits vécus avec des préposés, ce qui nourrit leur manque de pouvoir : « J'aurais un sentiment de pouvoir accru en regard des préposés, si je savais que mon infirmière-chef m'appuie ».

#### *Absence d'imputabilité des préposés aux bénéficiaires*

Les infirmières considèrent que les préposés aux bénéficiaires avec lesquels elles travaillent manquent de formation. Elles remettent en question le recrutement, par la direction des soins infirmiers, de préposés peu qualifiés et par la suite, insuffisamment formés en regard des diverses tâches qui leur incombent. De ce manque de formation systématique, spécifique et rigoureuse découle, aux dires des participantes, une insuffisance en termes de connaissances, de compétences et d'habiletés, rendant toute attribution de responsabilités impossible car dangereuse. Les infirmières se retrouvent ainsi contraintes à les superviser et imputables de leurs faits et gestes : « Il y a des préposés dans lesquels je n'ai pas trop confiance. Dès lors, je n'aime pas trop qu'ils aillent faire seuls la tournée des bénéficiaires. Je risque de la refaire ensuite ».

Le manque d'imputabilité des préposés aux bénéficiaires revient souvent dans le discours des infirmières. En d'autres termes, celles-ci dénoncent le fait que la modalité de soins intégraux prévalant au sein des unités de soins de longue durée, fait porter sur l'infirmière, l'entière responsabilité des soins et services dispensés ou non dispensés. L'absence d'imputabilité des préposés aux bénéficiaires serait, aux dires des infirmières, à l'origine d'importants manquements en termes de soins et de services. Conscientes de ces manquements dont elles se retrouvent, *in fine*, imputables, les infirmières sont portées à exercer le rôle de *police* auprès des préposés afin de s'assurer que les soins et services requis par les bénéficiaires ont bel et bien été dispensés par ces derniers : « Pour s'assurer de la qualité du travail des préposés, il faut qu'on passe après eux, derrière eux et qu'on contrôle ce qu'ils ont fait ou pas fait. Si ça prend quinze minutes au préposé

pour laver un bénéficiaire et qu'à nous ça prend cinq minutes pour vérifier son travail, ça n'a pas de sens à mes yeux ».

Outre le fait d'induire une charge de travail physique et psychique accrue, ce travail de *police* génère des tensions ou des frictions infirmières/préposés importantes. Aux dires des participantes, les préposés aux bénéficiaires tablent sur le fait que les infirmières finiront par s'acquitter elles-mêmes desdits soins et services, dû au fait qu'elles sont d'une part extrêmement soucieuses du bien-être des bénéficiaires et d'autre part, qu'elles sont aux prises avec une incontournable et piègeante question d'imputabilité. Les préposés se disent : « A quoi bon se fatiguer puisque c'est l'infirmière qui portera la responsabilité de ce qui a été fait et pas fait ». Les infirmières soulignent qu'elles font beaucoup pour éviter de se mettre les préposés à dos, car cela rendrait le travail en interdépendance difficile au point de le compromettre. Ainsi, elles disent *acheter la paix* afin de conserver les indispensables rapports nécessaires à un travail en collaboration. Il peut être dit qu'appréhendant le bris des liens avec les préposés, les infirmières optent pour le silence et pallient les insuffisances de soins et de services des préposés.

Finalement, les participantes relèvent le pouvoir pris ou détenu par les préposés. Elles expliquent cela par le fait qu'ils se tiennent et se soutiennent davantage entre eux, ont ou prennent le temps de se rencontrer pour échanger, savent se faire entendre et sont portés par un syndicat fort : « Du côté des préposés, cela se tient beaucoup. Plus que du côté des infirmières. Il y a eu des affaires, dans d'autres unités, où les préposés se sont mis ensemble, se sont regroupés pour défendre un préposé qui était au cœur d'un problème ». « Le syndicat des préposés est beaucoup plus fort que le syndicat des infirmières. Quoi qu'ils fassent, les préposés sont protégés par leur syndicat ».

### **Les rapports avec l'infirmière chef**

Les habiletés que les infirmières recherchent et attendent d'une infirmière-chef sont : l'habileté à gérer adéquatement et efficacement le personnel; un leadership marqué en regard des familles et des divers personnels de soins (surtout en regard des préposés aux bénéficiaires); une promptitude à régler les problèmes et les conflits; l'habileté à rassembler le personnel plutôt qu'à le diviser; un mode de communication continu, direct, ferme et accompagné de résultats; le caractère franc et respectueux des rapports; le fait de faire confiance et de valoriser le personnel; le soutien offert; la disponibilité et l'accessibilité; les rapports d'égalité à égale avec les infirmières et la défense de leurs

intérêts dans les divers dossiers; l'organisation physique de l'unité et finalement, la gestion optimale des divers stocks.

Comme en témoignent les dimensions évoquées ci-après, ces habiletés ne sont pas nécessairement au rendez-vous : diverses frustrations et plusieurs mécontentements se dégagent, en effet, des rapports avec l'infirmière-chef.

#### *Manque ou absence de consultation et manipulation par la séduction*

Les infirmières déplorent le fait que certaines infirmières-chefs acceptent en leur nom et sans consultation préalable, des projets-pilotes pour l'unité et recourent ensuite stratégiquement à la flatterie en vue de leur faire accepter ou endosser ces projets : « Elle accepte tout en notre nom, sans nous consulter et pour nous faire ensuite accepter le projet-pilote, elle nous flatte en nous disant qu'on est bonnes, qu'on va s'adapter ».

#### *Absence d'association des infirmières aux rencontres avec les familles*

Une importante source de frustration, voire de colère, exprimée par les participantes est liée au fait de ne pas être conviées, par l'infirmière-chef, à participer aux rencontres qui rassemblent médecins, familles et soignants. Dans les faits, c'est l'infirmière-chef qui assiste à ces rencontres. Les infirmières perçoivent cette situation comme un manque profond de considération au regard de la connaissance qu'elles ont des bénéficiaires et des familles ainsi que de l'expertise qu'elles détiennent en termes de soins et de services : « Nous, en tant qu'infirmières, nous sommes mises de côté à ces réunions-là alors que nous sommes peut-être la personne la plus renseignée sur ce qui s'est passé pendant la semaine avec le bénéficiaire. C'est l'infirmière-chef qui fournit l'information clinique en regard des soins infirmiers alors qu'elle ne dispose pas nécessairement de celle-ci ». Elles ont le sentiment que l'infirmière-chef ne souhaite par leur présence parce qu'elle viendrait lui soutirer une part de prestige, de privilège, d'autorité ou de pouvoir qu'elle tient à avoir à titre d'infirmière-chef. En assistant aux rencontres avec les médecins et les familles, les infirmières considèrent que l'infirmière-chef s'approprie une part importante, gratifiante et valorisante de leur rapport aux familles, grugeant par le fait même leur rôle auprès de celles-ci et les privant du plaisir associé à cette dimension de leur travail. La relation d'aide avec les familles relève, aux yeux des infirmières, spécifiquement de leur rôle : il s'agit d'un rôle pour lequel elles ont été formées, en regard duquel elles sont responsabilisées par la hiérarchie, et elles

considèrent être les mieux placées pour l'assumer. Ce rôle donne sens à leur travail, nourrit leur sentiment d'utilité et elles aimeraient l'accomplir en totalité dans un cadre de pleine autonomie.

### *Maternage, abus de pouvoir ou de contrôle et ingérence*

Parmi les attitudes des infirmières-chefs déplorées par les infirmières, trois se distinguent principalement : le maternage pesant; le pouvoir et le contrôle abusifs ainsi que l'ingérence dans le travail infirmier. Ces diverses attitudes agissent principalement en privant les infirmières d'autonomie et de pouvoir sur les soins.

### *Manque de leadership et de soutien*

Parmi les autres sources de frustration ou de souffrance en lien avec l'infirmière-chef, les participantes soulignent : 1) son manque de leadership en regard des préposés aux bénéficiaires. Aux dires des infirmières, l'infirmière-chef ne s'affirmerait et ne s'imposerait pas assez aux préposés, craignant les foudres de leur puissant syndicat. Les préposés en profitent pour se soustraire à certaines tâches et laisser libre cours à des comportements inadéquats; 2) son manque de soutien face aux familles : les infirmières trouvent qu'elle prend trop souvent position en faveur des familles et donne généralement préséance à leurs souhaits, demandes et opinions au détriment des jugements cliniques des infirmières. En d'autres termes, les participantes considèrent que le leadership de l'infirmière-chef auprès des familles est déficient, dans la mesure où elle demande aux infirmières de se conformer aux volontés de celles-ci même si ces volontés vont à l'encontre de leur jugement clinique professionnel; 3) son manque de prise en charge des nouvelles infirmières, infirmières de l'équipe volante et infirmières de la liste de rappel : les participantes considèrent que l'infirmière-chef devrait veiller à améliorer l'accueil de ces infirmières, lesquelles disent ne pas bénéficier de beaucoup de chaleur ni d'informations lors de leur arrivée dans l'unité; 4) son manque d'habiletés et de vitesse d'intervention en présence de situations problématiques ou conflictuelles : les infirmières se disent irritées par l'extrême lenteur avec laquelle l'infirmière-chef agit ou intervient au niveau des problèmes et des conflits, ainsi que par la maladresse et le manque de jugement avec lesquels il lui arrive de traiter certains conflits. Par exemple, celle-ci révèle parfois les sources des informations dont elle dispose, mettant ainsi des infirmières en difficulté. Il en résulte une réticence des infirmières à s'adresser à leur infirmière-chef et une tendance à essayer de régler leurs problèmes elles-mêmes; 5) son manque de soutien dans les

moments exigeants sur le plan émotif ou affectif : les infirmières se sentent dès lors démunies dans ces situations et déplorent le peu de sensibilité ou de considération de l'infirmière-chef pour les difficultés éprouvées; 6) son attention excessive pour la gestion administrative et financière de l'unité au détriment de la gestion des ressources humaines de l'unité.

## **Les rapports avec la direction des soins infirmiers**

### *Manque de transparence au niveau de l'organisation du travail*

Les infirmières disent déplorer le manque général de transparence de la part de la direction des soins infirmiers; elles souhaiteraient être davantage informées des réorganisations du travail qui se préparent, mais dont personne ne leur parle explicitement. Les infirmières se sentent abusées lorsque la direction des soins infirmiers, au lieu d'annoncer sans détours de nouvelles mesures qui vont prendre place définitivement, leur parle de projets-pilotes afin de faire *passer la pilule* : « Les grosses têtes dirigeantes savaient très bien que le fait de nous demander de faire les prélèvements sanguins n'était pas qu'un projet pilote, n'était pas une mesure temporaire. Elles savaient très bien que cela allait devenir général et permanent dans l'établissement ». Elles voient cette façon de faire comme une ruse managériale.

### *Manque de consultation au regard de l'organisation du travail ou consultation bidon*

À divers niveaux et à de nombreux égards, les infirmières ne se sentent pas consultées par la direction des soins infirmiers (ou alors, elles le sont sous forme de *consultation bidon* ne tenant pas véritablement compte des avis exprimés) alors qu'*in fine*, c'est de leur travail qu'il s'agit : « Ce que nous trouvons frustrant, est le fait que ce sont des gens qui ne travaillent pas sur le plancher qui vont décider de ce que les gens qui travaillent sur le plancher vont faire et ce sans consulter ces derniers ». Le fait que la direction des soins infirmiers ne s'appuie pas sur leur expérience et expertise est perçu par les infirmières comme un manque de considération et de reconnaissance de leur jugement et de leur droit de regard sur l'organisation de travail. Cela leur semble, d'une part, contraire à l'image qu'elles ont d'un fonctionnement démocratique et génère, d'autre part, le sentiment désagréable d'avoir juste à exécuter des décisions prises en amont; situation induisant un sentiment de manque de pouvoir, voire d'impuissance.

### *Le manque de reconnaissance*

Les participantes perçoivent un manque de reconnaissance de la direction des soins infirmiers dans sa réticence marquée à leur payer les heures supplémentaires accomplies. Ce fait confirme aux infirmières le peu de reconnaissance et de considération de la direction des soins infirmiers pour l'importante charge de travail qui leur incombe. Les participantes vont jusqu'à éprouver un sentiment d'exploitation de leur souffrance : sachant qu'il leur est très inconfortable, voire même anxiogène, de quitter l'unité sans avoir consigné leurs notes, la direction se doute bien que celles-ci vont opter pour le fait de les rédiger sur leur temps personnel. Il y a là, en effet, manipulation et exploitation de la souffrance : « C'est malhonnête de leur part parce que, dans le fond, ils savent bien que tu ne quitteras pas l'unité sans avoir rédigé tes notes. Ils savent que nous sommes des infirmières responsables, que nous avons une éthique professionnelle qui nous portera à faire ce que nous devons faire. Ils jouent sur notre code professionnel, sur notre sens des responsabilités et exploitent cela! ».

### *L'inexistence de temps de parole*

Les participantes regrettent vivement l'inexistence de temps de parole entre infirmières, leur permettant d'échanger à propos de leur pratique, de questionner l'actuelle organisation du travail ou encore de discuter des difficultés de soins vécues avec certains bénéficiaires ou certaines familles. Il y a consensus parmi les infirmières sur le fait que l'inexistence de temps de parole garde les déceptions, les frustrations et les insatisfactions prisonnières et exacerbe, *in fine*, la souffrance des infirmières et les prive d'opportunités de partage au regard de la pratique. Aux dires des participantes, certaines infirmières-chefs disent ouvertement ne pas être d'accord avec des rencontres qu'elles demandent. Les infirmières interprètent cette réaction comme l'expression du fait que ces infirmières-chefs se sentent menacées par ces rencontres qui révéleraient et souligneraient des problématiques connues d'elles ou tout simplement parce qu'elles considèrent ces temps de parole comme des temps de non-travail.

Si l'inexistence d'espaces de parole est ressentie par les infirmières à divers niveaux de leur pratique, elle l'est tout particulièrement au regard de l'accumulation des deuils qu'elles vivent tout au long de l'année. Elles perçoivent l'inexistence d'espaces de parole comme la manifestation d'un manque de considération, de la part de la haute hiérarchie, de leur besoin de ventiler à propos de cette expérience particulièrement éprouvante à long terme :

« L'administration ne se rend pas compte du nombre de deuils et de pertes que nous vivons par an. Ce sont tous des bénéficiaires auxquels on s'est attaché et qu'on voit partir ».

## **Les rapports avec l'équipe interdisciplinaire**

### *Rapports avec les médecins*

La bonne entente et la franche collaboration avec les quelques trop rares médecins qui considèrent les infirmières comme de véritables partenaires et collaboratrices de travail constituent, aux dires des infirmières, de réelles sources de valorisation, de satisfaction et de plaisir. Les infirmières aiment, par exemple, le fait que ces médecins rédigent leurs prescriptions d'antidouleurs de manière à offrir aux infirmières une possibilité d'action en cas de non-soulagement de la douleur avec la couverture initialement prescrite. La façon de faire de ces médecins est source de satisfaction et offre une marge de manœuvre et donc une certaine autonomie aux infirmières et parce qu'elle exprime la reconnaissance qu'ont les médecins de l'expertise et du jugement clinique des infirmières. Ceci génère, aux dires des infirmières, des relations harmonieuses infirmières/médecins fort appréciées de celles-ci et source de plaisir au travail. Si les infirmières se disent très heureuses des rapports harmonieux qu'elles entretiennent avec ces quelques médecins, il apparaît clairement que les relations infirmières/médecins sont chargées de diverses frustrations et insatisfactions.

*Le manque de travail en partenariat et de reconnaissance.* Les participantes disent éprouver des difficultés avec les médecins qui ne travaillent pas en partenariat avec elles : « On travaille à côté du médecin, voire même en arrière de lui parce qu'il met une distance entre lui et nous. Je n'ai pas du tout l'impression de travailler avec lui. Il faut courir derrière lui pour avoir des renseignements ». Les infirmières interprètent le fait qu'ils travaillent seuls comme un manque de confiance et de reconnaissance au regard de leur expertise et de l'aide qu'elles pourraient leur apporter en tant que partenaires de soins : « Le médecin ne nous écoute pas, ne prend pas nos observations en note, ne veut pas s'asseoir avec nous afin de parler d'un bénéficiaire, ... il est sur un piédestal. Nous ne sommes pas reconnues, par certains médecins, au niveau de notre observation et de notre perception du bénéficiaire ». Aux dires des participantes, les médecins prêtent une oreille plus attentive aux propos des autres professionnels de la santé qu'aux leurs, ce qui teinte négativement leurs rapports.

*Le non-soulagement effectif de la douleur et l'acharnement thérapeutique.* Étant donné que l'aspect central de la pratique des infirmières en soins de longue durée est le confort et le bien-être des bénéficiaires, les infirmières vivent très difficilement le fait d'avoir à courir derrière les médecins ou à se battre avec eux pour obtenir une révision à la hausse du traitement antidouleur lorsque la situation semble, selon leur jugement, le requérir : « Ainsi il arrive parfois de voir le bénéficiaire souffrir de 16 heures à 23 heures alors que tu as appelé le médecin à deux ou trois reprises. C'est très difficile à accepter, très frustrant parce qu'en tant qu'infirmière, tu rentres chez toi triste pensant au bénéficiaire qui n'est pas soulagé et qui est inconfortable ».

Il y a également souffrance lorsque le niveau d'intervention décrété leur apparaît incohérent d'une part, avec le stade de la maladie atteint par ce dernier et d'autre part, avec la philosophie inhérente au contexte de soins de longue durée : « On nous demande d'agir comme si on était aux soins intensifs alors qu'on est en soins de longue durée ». « Une bénéficiaire est en fin de vie et on nous demande de placer une perfusion intraveineuse, de faire des hémocultures, ... . C'est une véritable torture pour nous ». Les infirmières mentionnent que le niveau d'intervention mentionné au dossier relève parfois de l'acharnement thérapeutique. Il n'est pas rare que des familles exigent un haut niveau d'intervention : « Il y a les familles qui s'acharnent pour que leur parent vive, mange, marche, ... Elles demandent au médecin d'être très interventionniste au point qu'on se croirait parfois aux soins intensifs. Cela devient parfois vraiment de l'acharnement thérapeutique ». Les infirmières perçoivent une perte ou une absence de sens dans cette attitude : « La famille a parfois tendance à vouloir prolonger la vie du proche en raison d'histoires non réglées ou d'un sentiment de culpabilité qui les habite. Je respecte cela, mais j'ai de la misère avec ça parce que pour moi ce n'est pas normal de chercher à prolonger à tout prix la vie ». « L'acharnement nous fâche ». « Voyant sa mère mourir, une fille unique décide de maintenir le niveau d'intervention 1A impliquant qu'il faut intervenir au maximum. Lorsque la mère a fini par faire une embolie dans la jambe, ils l'ont amputée ». « Semblable situation nous frustre. Il est impossible de devenir insensible à ce genre de situation ». On peut voir dans cette situation l'expression d'un conflit éthique vécu par les infirmières. Aux yeux des infirmières, leur rôle en soins de longue durée est de prendre soin du bénéficiaire, de lui assurer tous les soins de confort possible, mais non de s'acharner à tout prix, comme le souhaitent certaines familles ou comme acceptent de le faire certains médecins. Les participantes déplorent amèrement que les

médecins, craignant d'être confrontés à des poursuites en désavouant le niveau d'intervention demandé par les familles, ne confrontent pas davantage ces dernières dans une perspective de bien-être et de confort des bénéficiaires. « On observe que même si le médecin est en désaccord avec les interventions demandées par la famille, il se doit d'accéder aux demandes des familles. Il ne veut pas être confronté à des poursuites instaurées par la famille ».

En résumé, la collaboration, le partenariat, la reconnaissance de l'expertise de l'infirmière, l'humilité du médecin et le rapport égalitaire entre médecin et infirmière sont autant des sources de plaisir pour l'infirmière que leurs opposés, des sources de souffrance.

#### *Rapports avec les autres professionnels (ergothérapeutes, nutritionnistes, physiothérapeutes, pharmaciens)*

*Manque de confiance et de reconnaissance au regard de l'expertise des infirmières.* Les participantes mentionnent que certains professionnels ne les croient pas toujours, ce qui, à leurs yeux, exprime un manque de confiance et, à la limite, un certain mépris au regard de leurs connaissances et compétences professionnelles : « Il y a toujours un peu de méfiance de la part des autres professionnels à notre égard ». « De prime abord, la physio ou l'ergo ne nous croient pas beaucoup, nous les gens du nursing. Quand on les appelle parce qu'on a observé telle ou telle chose et qu'eux ne l'observent pas dans les premières minutes de leur visite, ils ont tendance à ne pas nous croire ». En n'étant pas crues, c'est toute leur expertise qui semble être mise en doute; elles se sentent bafouées : « Il faut que le fait observé soit flagrant dès leur arrivée sans quoi ils ne nous croient pas et nous disent : "tu es bien certaine d'avoir observé cela? On va attendre, on va la surveiller" ». Les infirmières ont le sentiment profond de ne pas être reconnues par les autres professionnels de la santé dans leurs habiletés propres; certains ergothérapeutes et diététistes manqueraient, selon elles, de considération à leur égard et adopteraient une attitude condescendante. Les participantes soulignent la maigre place qu'elles occupent au sein de l'équipe interdisciplinaire, le peu d'attention et d'écoute qu'elles y reçoivent et la préséance qu'ont les regards des autres professionnels de la santé sur leurs points de vue. « Une frustration majeure est le fait que nous n'avons pas, en tant qu'infirmières, une place importante au sein de l'équipe multidisciplinaire. Les autres professionnels ne nous écoutent pas vraiment ». « On n'a pas notre rôle et on n'est pas respecté dans l'équipe multidisciplinaire. Tout ce qu'on a à faire, c'est d'exécuter ce que les autres nous disent ». « On



aimerait avoir un niveau d'échange où chacun donne son avis pour ensuite en arriver à un compromis entre les divers points de vue ».

Cela dit, certaines collaborations seraient plus heureuses, mais demeureraient cependant trop rares. Ainsi, les participantes invoquent une pharmacienne qui échange volontiers avec elles concernant la médication des bénéficiaires; les infirmières perçoivent cette ouverture à la discussion comme une reconnaissance de leur expertise et de leur contribution à des soins et services adéquats et individualisés.

*L'acharnement thérapeutique.* De même qu'avec les médecins, les infirmières désapprouvent les attitudes ou interventions peu réalistes de certains professionnels : « Le nutritionniste veut à tout prix que tel bénéficiaire consomme quotidiennement son quota de protéines afin qu'il atteigne son poids-santé et ne développe pas d'infections ou de plaies de lit. Le bénéficiaire n'est cependant pas toujours disposé à absorber toutes les préparations qui se trouvent sur son plateau ». « Le physiothérapeute veut que tel bénéficiaire marche pour éviter la fonte musculaire, pour favoriser le fonctionnement intestinal, pour maintenir la capacité fonctionnelle, ... mais le bénéficiaire ne veut pas marcher ou n'en n'est plus capable ». Cette approche très interventionniste génère chez les infirmières, dans le contexte précis des soins de longue durée, une impression d'acharnement, de manque de sens et dès lors de souffrance. La relation infirmières/autres professionnels est marquée par des visions différentes du travail en soins de longue durée : si les premières privilégient une approche humaniste basée sur les soins de confort et le bien-être, les seconds privilégient souvent une approche biomédicale, curative et interventionniste. Ainsi, si le rapport médecins/bénéficiaires se nourrit d'une logique à dominante instrumentale, la présence quotidienne auprès des bénéficiaires induit un rapport infirmières/bénéficiaires particulier, reposant, par la force des choses (la réalité et la nature même du travail quotidien), sur une logique sociale et subjective. Les témoignages des infirmières font ressortir une dichotomie entre la vision sous-jacente à l'approche des autres professionnels de la santé (logique instrumentale) et celle qui les anime (logique sociale et subjective). Elles expriment le désir que l'être humain, dans sa globalité, devienne ou redevienne la dimension la plus importante des soins : « Il ne s'agit pas juste de traiter le corps ».

## Discussion et Conclusion

Force est de constater que les relations au travail des infirmières apparaissent, à travers les dires des participantes, comme des sources d'insatisfaction et de souffrance. Si les manques d'entraide, de soutien et de confiance caractérisent les rapports qu'elles entretiennent entre elles, le manque d'écoute, de consultation, de reconnaissance et de soutien marque les relations qu'elles ont avec l'infirmière-chef et la direction des soins infirmiers. Quant à leurs rapports avec les autres professionnels de la santé, ceux-ci deviennent difficiles lorsque ces derniers ont une approche des soins qui ne s'harmonise pas avec la philosophie des soins de longue durée, soit une philosophie de soins de confort et de bien-être par opposition à une philosophie d'intervention et d'actions curatives (Alderson, 2006a; 2006b). L'expérience relatée par les participantes à l'étude nous indique qu'elles ont le sentiment de n'être que des effectifs, des ressources humaines assurant la survie des organisations (Alderson, 2002). L'effet d'une telle conception est de nourrir chez les infirmières un sentiment de non-reconnaissance de leur investissement humain, relationnel et affectif dans le travail (Alderson, 2004b). Ce manque de reconnaissance qui sous-tend, aux dires des participantes, leurs relations de travail, contribue à générer chez elles une tension psychique non négligeable, sournoise, et qui n'est pas sans effet sur leur santé mentale (Alderson, 2006b).

Rappelons que l'approche théorique et méthodologique sous-jacente à la présente étude est la psychodynamique du travail : une discipline récente issue des travaux de Christophe Dejours (CNAM) autour des années 1970. Sous l'angle de cette approche, le travail a le pouvoir de faire advenir le sujet (Dejours, 1993) : travailler n'est pas seulement produire pour transformer le monde, c'est aussi se transformer et se produire soi-même, c'est-à-dire se révéler à soi-même. Le travail est également un lieu de production de rapports sociaux, soit un lieu où l'identité et le positionnement social se construisent par l'entremise, essentiellement, de la reconnaissance. Il faut savoir que la psychodynamique du travail problématise la question de la santé mentale au travail à partir de l'identité; celle-ci n'est jamais définitivement acquise, jamais définitivement stabilisée et nécessite une confirmation continuellement réitérée par le biais, entre autres, de la reconnaissance (Dejours, Dessors & Molinier, 1994; Carpentier-Roy, 1995). En effet, la psychodynamique du travail a pour prémisses le nécessaire ou l'indispensable jugement de l'autre dans la construction de l'identité. L'approche de la

psychodynamique du travail considère, en effet, que l'individu ne tient jamais son identité exclusivement de lui-même; celle-ci passe par le regard d'autrui. Autrement dit, l'identité a besoin de la confirmation de l'autre. La construction identitaire débute dans la sphère privée autour de la quête d'amour auprès des proches et se poursuit dans le champ social du travail, à travers la quête de reconnaissance auprès des supérieurs, des collègues, des autres professionnels et des clients. Ainsi, la reconnaissance constitue l'indispensable vecteur de la construction identitaire et de la santé mentale au travail. Au sein d'une organisation, la reconnaissance passe par deux types de jugements sur le travail accompli : le jugement d'utilité et le jugement de beauté (Dejours, 1993). Comme son nom l'indique, le jugement d'utilité porte sur le caractère utile du travail accompli, autrement dit sur les dimensions techniques, sociales ou économiques qui confèrent à l'acte son inscription dans la sphère du travail (Dejours, 1995). Le jugement d'utilité est énoncé essentiellement par autrui sur la ligne verticale, c'est-à-dire, par les supérieurs hiérarchiques (infirmières-chef, direction infirmière ou générale) et les subordonnés (infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) et éventuellement par les résidents et les familles. Quant au jugement de beauté, il est proféré par autrui sur la ligne horizontale : les pairs (infirmières), les autres professionnels de la santé (médecins, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes, etc.). Il contient toujours dans son énonciation une appréciation de la beauté du travail réalisée, par exemple : « c'est une magnifique intervention infirmière » ou « quelle belle relation d'accompagnement ». Lorsque le résultat de son travail est vu et reconnu par les autres, le travailleur (l'infirmière) en récoltera du plaisir; son identité de travailleur, de bon travailleur, s'en voit confirmée, confortée, ce qui, par ricochet, structure sa santé mentale.

La reconnaissance au regard du travail accompli est génératrice de sens, de plaisir et de santé au travail. Par contre, le manque ou l'absence de reconnaissance induit la souffrance psychique. C'est l'espoir de reconnaissance qui mobilise la volonté de travailler : « Et c'est lorsqu'on a totalement renoncé à attendre cette reconnaissance, lorsque l'espoir s'est effacé, que risque d'apparaître la démobilité subjective au travail » (Dejours, 2000, p. 13).

Les directions infirmière et générales des CHSLD peuvent tirer parti du fait de mieux comprendre l'expérience de la reconnaissance ou de son absence, telle que relatée par les principales intéressées. Il en va, en effet, de la santé mentale des infirmières, de leur présence au travail et de leur rétention au sein de

l'établissement ou de la profession. La qualité des soins et l'accessibilité aux services sont en jeu.

## Références

- Alderson, M. (2001). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance. Thèse de doctorat. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.
- Alderson, M. (2002). Une nouvelle vision des ressources infirmières s'impose. *Infirmière canadienne*, 3(7), 9-10.
- Alderson, M. (2004a). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, XXIX, 1, 239-256.
- Alderson, M. (2004b). La difficile construction identitaire des infirmières : un facteur prédisposant aux problèmes de santé mentale. *Le Vis-à-vis*, Association québécoise en prévention du suicide, 14(1), 9-13.
- Alderson, M. (2005). La souffrance psychique des infirmières : est-ce pertinent de l'investiguer au moyen de la psychodynamique du travail? *Frontières*, 17(2), 53-58.
- Alderson, M. (2006a). « Milieu de vie » ou « milieu de soins » : un débat chaud en Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée. *Vie et Vieillesse*, 5(1), 9-15.
- Alderson, M. (2006b). La quête de reconnaissance des infirmières oeuvrant dans un Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée. Dans Institut de psychodynamique du travail du Québec, Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec, chapitre 5, pp. 81-107. Montréal : Presses de l'Université Laval.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1995). Anomie sociale et recrudescence des problèmes de santé mentale au travail. *Santé mentale au Québec*, XX(2), 119-138.
- Dejours, C. (1993). Travail: usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Nouvelle édition augmentée. Paris: Bayard.
- Dejours, C. (1995). Le facteur humain. Collection: Que sais-je? N° 2996. Paris: Presses Universitaires de France.
- Dejours, C. (2000). Préface. Dans M. C. Carpentier-Roy & M. Vézina (sous la dir. de), *Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (pp. 9-18). Québec: Octares, Les Presses de l'Université Laval.
- Dejours, C., Dessors, D., & Molinier, P. (1994). Comprendre la résistance au changement. *INRS. Documents du médecin du travail*, 58, 112-117.