

# L'approche de la psychodynamique du travail et les sciences infirmières : un essai de rapprochement théorique et méthodologique

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

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

---

Si la psychodynamique du travail (PDT) ne constitue pas un cadre de référence propre à la discipline infirmière, des analogies ont été observées entre cette approche et certains éléments des sciences infirmières, notamment le paradigme de la transformation et la pensée de la théoricienne Rosemarie Rizzo Parse, laquelle s'inscrit précisément dans ledit paradigme. L'établissement de ces analogies constitue l'objet de la présente publication. Pour ce faire, l'article présente, dans un premier temps, l'approche de la psychodynamique du travail ainsi que le paradigme de la transformation et la pensée de la théoricienne Rosemarie Rizzo Parse. Dans un deuxième temps sont présentées les analogies qu'observe l'auteure entre la perspective de la psychodynamique du travail et la pensée de Rosemarie Rizzo Parse ainsi qu'entre l'approche méthodologique de la psychodynamique du travail et la méthode de recherche de Rosemarie Rizzo Parse. Une complémentarité des perspectives et des méthodes semble se dégager mais l'analyse et la réflexion sont à poursuivre. L'auteure s'y emploie présentement et fera connaître les conclusions de ses analyses approfondies dans une publication ultérieure. En guise d'illustration, l'auteure présente les résultats d'une étude en psychodynamique du travail et toute en faisant quelques liens avec la pensée de Parse, montre comment ces résultats sont de nature à contribuer au développement des connaissances en sciences infirmières.

**Mots-clés : Psychodynamique du travail, rapprochement théorique et méthodologique, sciences infirmières, paradigme de la transformation, théorie de Parse.**

---

Le but de l'article est d'identifier les similitudes entre l'approche de la psychodynamique du travail (PDT) et les sciences infirmières. Des analogies ont, en effet, été observées par l'auteure, entre cette approche et certains éléments des sciences infirmières, notamment le paradigme de la transformation et la pensée de la théoricienne Rosemarie Rizzo Parse, laquelle s'inscrit précisément dans ledit paradigme. L'établissement de ces analogies constitue l'objet de la présente publication. La visée de l'auteure est de révéler l'éclairage que peut apporter l'approche de la PDT à l'investigation compréhensive des interrelations entre l'organisation du travail des infirmières et leur rapport au travail. Dans sa dimension de recherche-action, la PDT habilite les infirmières qui le souhaitent à transformer ensemble le travail ainsi que son organisation de manière à les rendre

plus favorables à leur bien-être et à leurs aspirations. La réflexion menée en regard des apparentes convergences entre l'approche de la PDT et certains éléments de la discipline infirmière s'inscrit dans le souci que tout chercheur scientifique doit avoir, celui d'intégrer son travail de recherche dans la quête toujours inachevée de la connaissance des phénomènes dont la complexité interpelle de plus en plus la complémentarité des approches.

## La psychodynamique du travail et le paradigme de la transformation

Une proximité de pensée peut être observée entre les fondements philosophiques qui sous-tendent l'approche de la PDT et ceux qui sous-tendent le paradigme de la transformation, tel que

---

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)

décrit par Kérouac et al. (2004). Ces auteurs indiquent premièrement, que sous l'angle du paradigme de la transformation, tout phénomène est une unité globale en interaction réciproque et simultanée avec une autre unité globale, plus large, constituée de l'univers qui l'entoure. Dans des conditions de perpétuel changement - telles que celles prévalant au cours de ces dernières années dans le secteur de la santé - l'interaction entre des phénomènes complexes est le point de départ d'une nouvelle dynamique encore plus complexe. Dans le même ordre d'idée, l'approche de la PDT invite à voir l'expérience de travail vécue par les travailleurs (en l'occurrence celle des infirmières), comme le fait de l'interaction complexe entre les désirs des travailleurs en tant qu'acteurs/sujets et un contexte socio-organisationnel généralement contraignant. Lesdits désirs et le contexte de travail étant complexes, leur interaction l'est tout autant, sinon plus.

Deuxièmement, le paradigme de la transformation considère, à l'instar de l'approche de la PDT, que la personne est indissociable de son univers et forme avec son environnement un modèle dynamique de relation mutuelle et simultanée: « la personne reconnaît qu'elle agit de concert avec l'environnement et reconnaît également l'influence de l'environnement sur elle » (Kérouac et al., 1994, p. 15). Cette vision peut d'une part, être mise en parallèle avec la théorie du sujet – sous-jacente à la PDT – proposant une conception de la connaissance dans laquelle une place importante est faite aux sujets qui construisent leur univers social et par lequel ils sont également construits. La PDT considère les travailleurs tantôt comme des acteurs déterminés par les contraintes organisationnelles, structurelles et « managériales », tantôt comme des sujets libres; ils sont à la fois « agis par » et « agissant sur » l'organisation du travail (Carpentier-Roy, 1995).

Troisièmement, le paradigme de la transformation conçoit la santé à la fois comme une valeur et une expérience englobant l'unité personne-environnement. La santé n'est ni un état stable, ni l'absence de maladie; elle fait partie de la dynamique de l'expérience humaine et réfère au bien-être ainsi qu'à la réalisation du potentiel de création de la personne (Kérouac et al., 2004). Cette conception de la santé est d'une part, proche du concept de normalité retenu par la PDT pour appréhender la santé mentale au travail et rejoint, d'autre part, l'importance centrale qu'elle accorde à l'identité en tant qu'armature de la santé mentale (Dejours, 1993, 1995). L'approche de la psychodynamique du travail considère que la santé parfaite n'existe pas; elle constitue davantage un idéal et une fiction. La PDT fait donc référence à la notion de *normalité*, laquelle est définie comme

« un état réel, et non un idéal, où les maladies sont stabilisées et les souffrances sont compensées » (Dejours, 1995, p. 3). L'auteur précise qu'à la différence de la santé, la normalité n'est pas exempte de souffrance: « La souffrance y est seulement compensée de façon acceptable par de multiples stratégies défensives (...) » (p. 3). Dejours et Molinier (1994) recourent d'ailleurs au concept de *normalité souffrante*, exprimant par là que la normalité est un résultat conquis de haute lutte contre la déstabilisation par les diverses contraintes de travail. La normalité n'est en effet, ni un état stable, ni un état passif; elle est « une conquête difficile, jamais définitivement acquise, toujours à reconstruire » (Dejours, 1995, p. 3).

Finalement, Kérouac et al. (2004) précisent que la recherche infirmière, sous le paradigme de la transformation, se caractérise par la diversité des méthodes d'investigation scientifique, ce qui permet la compréhension des phénomènes complexes et globaux. Elle s'effectue, en outre, dans un système ouvert privilégiant la signification accordée par la personne aux expériences vécues. Quant aux études en PDT, elles sont réalisées par un collectif de chercheurs multidisciplinaires. La PDT opère d'une part, une approche interdisciplinaire des situations de travail vécues, et s'alimente à la sociologie du travail, de la santé et de la communication. D'autre part, elle privilégie un éclairage psychanalytique reposant sur la théorie du sujet et le modèle de la subjectivité. Les études en PDT valorisent la qualité de l'expérience humaine vécue considérant le sujet comme producteur de sens et de connaissances. Comme énoncé plus tôt, la PDT est reliée à la théorie du sujet qui, au sens large, regroupe les courants en sciences humaines (sociologie, anthropologie, ethnologie, etc.) qui ont le souci commun de « réintroduire le sujet singulier dans l'histoire des rapports sociaux et de faire ainsi une analyse qui ne serait pas expurgée du sujet producteur de signification » (Carpentier-Roy, 1995, p. 37-38). Il importe, en effet, selon l'auteure, de donner ou redonner « une place et une valeur heuristique au sujet, témoin de son vécu, et ainsi réhabiliter le témoignage collectif des agents sociaux en lui accordant le statut d'une représentation valable de la réalité du travail » (Carpentier-Roy, 1990, p. 78).

### **La psychodynamique du travail et la pensée de la théoricienne Rosemarie Rizzo Parse**

#### *Analogies entre les perspectives*

La PDT, d'inspiration phénoménologique et d'approche herméneutique, présente effectivement des analogies avec la pensée de la théoricienne

en sciences infirmières Rosemarie Rizzo Parse (1981; 1992; 2003). Ainsi, les postulats qui sous-tendent le modèle conceptuel de Parse émergent d'une part, de la combinaison entre les postulats et les concepts du modèle de Martha Rogers (1970; 1983; 1990) et d'autre part, des valeurs ainsi que des principes de la pensée phénoménologique existentielle (Parse, 1981; 1992; 2003).

Rappelons, afin d'asseoir notre propos, que les postulats qui sous-tendent le modèle conceptuel de l'Être-en-Devenir (the Human Becoming Theory) de Parse ainsi que sa méthode de recherche (the Human Becoming research methodology), sont: 1) l'Être-en-Devenir choisit librement, dans un processus intersubjectif qui le relie aux valeurs qu'il priorise, une signification personnelle aux situations qu'il vit; 2) l'Être-en-Devenir cocrée - ou crée en interrelation avec les individus et le monde qui l'entoure - des *patterns* rythmiques de relation dans un échange ouvert et mutuel avec l'environnement; et 3) l'Être-en-Devenir cotranscende - ou transcende en interrelation avec les individus et le monde qui l'entoure - de manière multidimensionnelle, les possibles qui se révèlent. Ainsi, l'Être-en-Devenir structure une signification multidimensionnelle en cocréant des *patterns* rythmiques de relation tout en cotranscendant les possibles (Parse, 1985; 2003). De ces postulats émergent trois thèmes : la signification, la rythmicité et la cotranscendance, lesquels deviennent les principes du modèle de l'Être-en-Devenir de Parse. De ces principes découlent les dimensions et les processus qui guident la pratique infirmière selon la conception de Parse; ils prennent appui sur une relation intersubjective impliquant une présence authentique, un accompagnement et un respect du rythme de la personne (famille, communauté) (Parse, 2003). Les dimensions sont : 1) éclairer une signification, c'est-à-dire, mettre en lumière, en dévoilant ce qui était, ce qui est et ce qui sera tel qu'il apparaît maintenant; 2) synchroniser les rythmes, c'est-à-dire, s'imprégner des mouvements et des cadences entre les Êtres humains; l'infirmière suit le rythme de la personne (famille ou communauté) et 3) mobiliser la transcendance, c'est-à-dire, aller au-delà du moment significatif présent vers ce qui n'existe pas encore; autrement dit, vers une transformation (Parse, 2003). Quant aux processus, il s'agit : 1) d'expliquer, c'est-à-dire, rendre clair ou explicite la signification qui apparaît; 2) de s'imprégner, c'est-à-dire, de se livrer au mouvement de va-et-vient du processus d'association-séparation et 3) d'aller au-delà, autrement dit, de susciter un élan vers le processus de transformation, vers un nouveau possible. La transformation est un processus continu dans l'interrelation être humain-

environnement; elle se met en œuvre lors de la découverte des possibles (Parse, 2003).

En conformité avec le paradigme de la transformation, Parse considère qu'il n'y a pas de niveau optimal de santé; la santé est vue comme un processus en mouvement et en devenir, comme une façon personnelle de vivre des expériences et comme un engagement, lesquels reflètent les priorités de valeurs de la personne (Parse, 1987; 2003). Aussi, l'Être humain porte la responsabilité de sa façon d'être présent au monde en choisissant des valeurs qui modèlent ses attitudes et ses comportements. Les travaux de Heidegger, de Sartre et de Merleau-Ponty influencent la théoricienne dans sa vision d'un être humain non fragmenté, animé d'intentions et « engagé avec le monde dans une relation dialectique lui permettant de croître et de donner une signification aux expériences qui composent le processus de devenir » (Kérouac et al., 1994, p. 40).

La PDT, sous-tendue par la théorie du sujet, considère que le travailleur est - outre un acteur déterminé par l'organisation - un sujet libre, capable d'agir et agissant sur le travail ainsi que sur son organisation. Comme le confirme Carpentier-Roy (1995) la PDT vise « la compréhension, par les individus concernés, des dynamiques à l'œuvre dans différentes situations de travail et la saisie des composantes qui agissent dans la dialectique acteurs-sujets à différents niveaux et selon les différentes facettes de l'organisation du travail » (p. 168). Nous observons que Parse ainsi que la PDT adoptent une perspective dialectique. Cela vient de leurs bases existentialistes communes. En effet, plutôt que de suggérer un monde de dualité, sujet ou acteur, souffrance ou plaisir, liberté ou contrainte, etc., l'existentialisme souligne la dialectique ou la danse nécessaire entre ces derniers (Pauchant, 1996). Les existentialistes ne proposent pas de résoudre une fois pour toutes les questions fondamentales de la condition humaine comme le sens, le plaisir, la souffrance, l'anxiété, la vie et la mort, mais considèrent que celles-ci font partie de la condition humaine et qu'il nous faut les reconnaître et les affronter tout au long de la vie.

Comme l'ont illustré les paragraphes précédents, les approches de Parse et de la PDT reconnaissent toutes deux une part de liberté et donc une part de responsabilité à l'individu en regard de son existence, de sa santé, de ses agissements, etc. De plus, tant Parse que la PDT soulignent la centralité de l'intersubjectivité dans les rapports qui relient l'individu aux autres, au monde qui l'entoure, à son travail, à sa santé, etc. L'intersubjectivité est, pour la PDT, le fondement même de son modèle de l'homme au travail; elle soutient que « le vécu et les conduites sont fondamentalement organisés par le sens que les

sujets assignent à leur rapport au travail » (Dejours & Abdoucheli, 1990, p. 144). La PDT présente l'avantage de donner ou de redonner aux travailleurs qui vivent le travail – en l'occurrence, les infirmières – la place qui leur revient, soit celle de sujets porteurs de sens. Ce principe épistémologique est opérant; il libère du sens pour les infirmières qui participent aux études en PDT et renouvelle le sens donné à la recherche dans le champ de la santé mentale des infirmières (Carpentier-Roy, 2000). La relation intersubjective collectif d'enquête/collectif de chercheurs permet d'appréhender la complexité des expériences subjectives de travail vécues par les infirmières, de saisir le sens qu'elles revêtent aux yeux de celles-ci et ainsi de contribuer au développement des connaissances relatives à la santé mentale des infirmières.

#### *Analogies entre les approches méthodologiques*

Des analogies ou des points de convergence peuvent également être observés entre la méthode de recherche développée par Parse en accord avec les croyances ontologiques de son modèle de l'Être-en-Devenir et la méthode d'enquête propre à la PDT.

À propos de sa méthode de recherche, Parse (1987) précise qu'elle est issue mais distincte de la phénoménologie et qu'elle focalise sur l'expérience vécue dans le but de la comprendre. Parse (1990) identifie quatre points centraux de sa méthode de recherche: 1) *l'entité à l'étude* laquelle est « une expérience commune à l'être humain et reliée à la santé »; 2) *l'engagement dans le dialogue* en tant que présence authentique à l'autre; 3) *l'immersion multisensorielle* durant le processus d'extraction synthèse des essences des descriptions faites par les participants et 4) *le processus d'interprétation heuristique* qui développe la possibilité de générer des hypothèses en utilisant les concepts du modèle. Cela dit, la méthode ne nous apparaît cependant pas très opérationnelle. L'auteure précise le but de sa méthode qui est de découvrir les essences des phénomènes vécus afin d'accroître la compréhension des expériences humaines universelles (Parse, 1990). Elle n'explicite pas suffisamment, à notre avis, la démarche de recherche qui permettra d'atteindre ce but.

À l'instar de la méthode de recherche Parse, la méthode d'enquête de la PDT est également d'inspiration phénoménologique tout en présentant des spécificités méthodologiques propres. Les deux méthodes privilégient une approche compréhensive de l'expérience vécue ainsi qu'un authentique dialogue chercheur/participants. Avec la particularité d'assimiler les infirmières au métaconcept de « personnes » et d'appréhender l'expérience de travail à titre d'expérience de santé

dans le sens où celle-ci expose les infirmières à des sources de plaisir et de souffrance qui interpellent leur santé (principalement la santé mentale), il peut être dit – par analogie avec l'approche de Parse – qu'en incitant les infirmières à investiguer leur expérience commune de travail, en écoutant avec empathie la parole collective, en s'imprégnant de celle-ci, en l'interprétant, en restituant les interprétations aux participantes dans le respect de leur rythme spécifique de prise de conscience (synchronisation des rythmes) et en leur expliquant l'analyse qui en a été faite, l'approche de la PDT a éclairé la signification de l'expérience subjective de travail telle que vécue par les infirmières. En d'autres termes, l'analyse psychodynamique a permis de reconstituer le nœud de significations sous-jacent à l'expérience subjective de travail des infirmières. De surcroît, en portant les infirmières à aller au-delà de leur situation actuelle de travail pour imaginer une réalité de travail qui n'existe pas encore, mais qui pourrait advenir moyennant une action collective visant la transformation du travail et de son organisation, la démarche a amené les infirmières à « transcender les possibles ».

L'auteure convient du fait qu'en assimilant les infirmières au concept de *personnes*, elle procède à une *extension* du cadre de Parse dans la mesure où celui-ci adresse habituellement la personne sous les formes du patient, de la famille ou de la communauté. Dans le cadre de la présente étude, l'auteure élargit ou étend, en effet, le concept de *personne* aux infirmières elles-mêmes, considérant que ces dernières vivent en tant que personnes et au même titre que les patients, les familles ou la communauté, des expériences de santé que la discipline infirmière se doit de considérer.

Ces quelques éléments d'analyse font ressortir une relative proximité de pensée entre l'approche de la PDT et le paradigme des sciences infirmières de la transformation ainsi que le modèle conceptuel et la méthode de recherche de Parse (1992; 2003). Cette proximité de pensée porte l'auteure à croire que les résultats qu'offre la présente recherche sauront profiter au développement et à l'enrichissement des connaissances en sciences infirmières. Elle est d'avis qu'en tant qu'approche centrée sur les problématiques de santé mentale vécues par les individus dans le cadre de leur travail, la psychodynamique du travail ne peut qu'interpeller les sciences infirmières, lesquelles ont précisément pour centre d'intérêt le « soin à la personne qui, en interaction continue avec son environnement, vit des expériences de santé » (Kérouac et al., 1994, p. 60). La PDT offre à la discipline infirmière un outil supplémentaire pour investiguer d'une part, les phénomènes en lien avec la santé mentale au travail et amener, d'autre part, les infirmières, si

elles le souhaitent, à transformer le travail ainsi que son organisation afin de les rendre plus favorables à leur bien-être et à leurs aspirations.

*Complémentarité des perspectives et des méthodes : une analyse à poursuivre.* Dans une perspective d'éventuelle articulation entre le modèle conceptuel de Parse et la méthode d'enquête de la PDT, il importe d'examiner rigoureusement la cohérence entre les fondements épistémologiques des deux approches. Il s'agit de rechercher les éventuels éléments inconciliables qui pourraient exister entre les approches et leurs méthodes. En effet, il s'agit de comparer minutieusement leurs fondements épistémologiques respectifs afin de débusquer d'éventuelles dissonances ou divergences importantes qui signeraient une frontière ou une limite en termes de juxtaposition possible entre les deux approches. L'auteure s'y emploie présentement et fera connaître les conclusions de ses analyses approfondies dans une publication ultérieure.

### **Des résultats de recherche contribuant au développement des connaissances en sciences infirmières?**

Van Manen (1997) indique que sous l'angle de la phénoménologie, le savoir n'informe pas la pratique; c'est plutôt la réflexion sur la pratique qui conduit à la compréhension et au savoir, lequel, en retour, éclaire la pratique. En revenant au rapprochement fait entre l'approche de la psychodynamique du travail et la conception de la discipline de Parse, il apparaît que l'étude d'Alderson (2001) réalisée au moyen de cette approche, ouvre sur une meilleure compréhension des sources de plaisir et de souffrance vécues par des infirmières en unités de soins de longue durée; cette compréhension dégage des connaissances, lesquelles permettent, en retour, d'éclairer la pratique infirmière. En référant au fait que l'accompagnement des personnes dans leurs expériences de santé est au coeur de la conception de Parse, il importe, afin de favoriser la qualité de vie au travail des infirmières, de considérer les perspectives qui se dégagent des résultats pour la pratique infirmière. Ainsi et selon les désirs exprimés par les participantes à cette recherche, il conviendrait de donner aux infirmières l'opportunité de s'arrêter pour prendre le recul nécessaire par rapport à leurs activités quotidiennes de travail afin d'échanger en regard de leurs expériences subjectives de travail et de questionner leur pratique professionnelle de façon à trouver ensemble des façons d'améliorer celle-ci. L'impossibilité de réfléchir collectivement au travail

et d'échanger en regard des difficultés ou situations problématiques rencontrées induit chez les infirmières un sentiment de perte de sens et d'impuissance face à la réalité confrontée qui n'est pas sans effet sur leur implication au travail et leur santé mentale. Dejours (1998) considère que l'hyperactivité dans le travail s'installe toujours au détriment de l'esprit. Le travail ininterrompu ne permet pas ou ne permet plus de penser le travail. L'absence d'opportunités pour penser le travail ainsi que l'inexistence de temps et de lieu pour débattre en collégialité des situations de travail rencontrées mène souvent à une perte de sens au travail qui risque de réduire l'investissement subjectif dans le travail (Vézina & Carpentier-Roy, 2000). Le sens du travail se construit par la pensée, la réflexion et la parole. Ces divers propos soulignent l'importance de laisser du temps aux infirmières pour parler du travail, pour penser celui-ci et ainsi, se le réapproprier. Il importe que le travail infirmier demeure un lieu de construction identitaire. À la lumière des résultats de l'étude d'Alderson (2001), il apparaît essentiel, en effet, que les questionnaires permettent et favorisent la création d'espaces de parole. Ces espaces de parole briseraient l'isolement, aideraient les infirmières à distiller la souffrance vécue, à retrouver une énergie et un sens au travail, à construire ou reconstruire un collectif de travail par l'ouverture d'une discussion qui n'existait peut-être pas ou qui n'existait plus.

L'approche privilégiée par l'étude d'Alderson (2001) a également contribué à l'avancement des connaissances existantes, en sciences infirmières, en regard du concept de la souffrance, lequel fut identifié par Travelbee (1971) comme étant un phénomène d'intérêt pour la discipline infirmière. Au début des années 1970, Travelbee pose, en effet, les fondations à la compréhension du phénomène de la souffrance humaine selon une perspective infirmière. Si on considère les connaissances dégagées à ce jour en regard de ce concept, force est de constater qu'elles réfèrent surtout à la souffrance des patients et de leurs proches; le concept demeure moins approché sous l'angle des infirmières, lesquelles, dans l'exercice de leurs fonctions, vivent des expériences de santé qui méritent l'attention et la considération de la discipline infirmière. L'approche de la PDT présente la particularité d'appréhender le concept de la souffrance (psychique) sous l'angle de la « souffrance au travail », autrement dit, sous l'angle de la souffrance vécue par les travailleurs, en l'occurrence ici, celle vécue par les infirmières. Mentionnons la nécessité, soulignée par divers auteurs en sciences infirmières, d'orienter la recherche sur la nature qualitative, subjective et expérientielle de la souffrance (Copp, 1990a; 1990b; Kahn & Steeves, 1986; Morse & Johnson,

1991). Les tentatives cherchant à éclairer les dimensions expérientielles de la souffrance sont restées, à ce jour, très limitées (Daly, 1995a; Kahn & Steeves, 1986). Ces auteurs expliquent ce fait par le recours abondant qui est fait par les chercheurs aux méthodes scientifiques positivistes qui, bien qu'offrant des informations intéressantes en regard de ce concept, explicitent peu sa véritable essence (Daly, 1995b). Si ce propos vise essentiellement la souffrance vécue par les patients et les familles, il se transpose parfaitement à l'étude de la souffrance sous l'angle des infirmières.

La recherche en PDT offre précisément l'avantage d'analyser la souffrance vécue au travail au moyen d'une approche qualitative, compréhensive et intersubjective. Sous l'angle de la PDT, le concept de souffrance psychique décrit un état caractérisé par l'ennui, la monotonie, la peur, l'anxiété, l'angoisse, la déception, l'insatisfaction, la colère, etc. Il traduit également la perte du plaisir, de la coopération, de la solidarité et de la convivialité (Dejours, 1987).

N'étant pas directement observable, la souffrance psychique doit être décodée. Pour ce faire, la PDT recourt à deux notions qui font office de décrypteurs, soit l'insatisfaction et la peur au travail (Carpentier-Roy, 1990). L'insatisfaction au travail est analysée par rapport au contenu significatif de la tâche et par rapport aux contraintes d'activités. Le contenu significatif de la tâche peut, à son tour, être considéré par rapport au sujet ou par rapport à l'objet. Par rapport au sujet, il s'agit de l'image de soi telle que perçue par le travailleur au travers de la tâche accomplie. Deux possibilités se présentent à nouveau : le contenu significatif de la tâche est soit perçu par le travailleur comme étant en deçà de ses capacités, ou encore perçu comme étant au-delà de ses capacités. Dans les deux cas, l'insatisfaction s'installe; elle est générée dans le premier cas, par un sentiment d'inutilité, de dévalorisation et de non-reconnaissance de l'expertise et dans le second cas, par un sentiment d'impuissance, d'incapacité et de peur de l'échec. Les deux situations peuvent engendrer le même résultat : la souffrance psychique. Par rapport à l'objet, le contenu significatif réfère à l'investissement symbolique que l'individu fait dans sa tâche. Ainsi, pour l'infirmière qui réduit les soins d'hygiène à un ensemble de gestes répétitifs, routiniers et ennuyeux – tel un travail à la chaîne – le contenu significatif sera maigre. Par contre, pour l'infirmière qui personnalise le soin d'hygiène en fonction des spécificités de chaque patient et qui voit ou utilise ce soin comme une occasion pour entrer en relation avec celui-ci et établir ou nourrir un lien affectif avec lui, le contenu significatif sera plus riche. Ainsi, tout dépend de la façon dont

l'infirmière se représente la tâche, de la manière dont elle s'investit affectivement dans la tâche ou encore, de la manière dont elle investit symboliquement la tâche (la valeur qu'elle lui attribue). Quant aux contraintes d'activités, il s'agit, par exemple, de contraintes de temps, d'horaires, de posture et toute autre contrainte liée à l'activité. La PDT s'intéresse surtout aux rapports possibles entre ces contraintes et la structure psychique. Quant à la peur au travail, deuxième décrypteur de la souffrance psychique, elle est reliée à des risques réels, présumés ou imaginés (Carpentier-Roy, 1995). Elle existe en regard de risques physiques, psychologiques ou socio-organisationnels. Si la peur n'est pas contrée, elle est susceptible d'avoir des effets dommageables sur l'équilibre psychique. Sans vouloir répéter les résultats obtenus (voir pour cela l'étude d'Alderson, 2001), il peut être dit que la contribution spécifique de la présente recherche à l'avancement des connaissances en regard du concept ou du phénomène de souffrance au travail, a été de mettre en lumière que les infirmières de l'étude vivent une importante souffrance, due au fait que leurs désirs de reconnaissance professionnelle, d'autonomie et de pouvoir sur l'acte infirmier pour lequel elles sont formées et en regard duquel elles sont responsabilisées, ne sont pas satisfaits ou rencontrés. Les manques de reconnaissance, de pouvoir et d'autonomie agissent en fragilisant leur identité. Les résultats indiquent également qu'il y a souffrance lorsque les infirmières perçoivent le contenu significatif de leurs tâches comme étant inadéquat, c'est-à-dire, lorsqu'elles font l'expérience d'un sous-emploi de leurs habiletés, connaissances, compétences, savoir-faire expérientiel et créativité, en un mot, de leur potentiel psychique. Dans une telle situation, l'image que leur renvoient d'elles-mêmes les tâches accomplies blesse profondément leur identité, induit un sentiment de dévalorisation, de déqualification et génère l'insatisfaction. Finalement, les résultats de l'étude mettent en lumière que les infirmières déploient diverses stratégies défensives pour atténuer la perception de la souffrance.

D'autre part, l'étude a généré des connaissances utiles en regard *du plaisir au travail* tel que vécu par les infirmières. L'auteure considère que le plaisir au travail constitue, au même titre que la souffrance au travail, un phénomène d'intérêt pour la discipline infirmière. Les résultats révèlent que le plaisir et la souffrance au travail ne s'excluent pas nécessairement, mais peuvent se côtoyer dans des rapports quelquefois très étroits. Ainsi, l'étude montre que même considérablement souffrantes, les infirmières continuent à exprimer beaucoup de *caring* à l'endroit des bénéficiaires et des familles. Le *caring*

sous-jacent à la relation d'aide et d'accompagnement agit à titre de principal tremplin au plaisir. Les résultats révèlent aussi le processus de transcendance opéré par les infirmières, afin de transformer certaines sources de souffrances en sources de sens. Comme nous l'avons vu, la transcendance est une dimension centrale de la théorie de Parse. La transcendance à laquelle réfèrent indirectement les participantes à l'étude, est précisément à comprendre dans le sens où l'entend Parse, soit comme une force dynamique de l'existence humaine à travers la création de l'inédit dans la transformation (Parse, 1985). En effet, voyant le danger qui réside dans le fait de tomber dans la routine, les infirmières d'expérience cherchent à dépasser ou à transcender le caractère routinier de leur travail en veillant, par exemple, à s'attarder aux particularités de chaque patient et de chaque famille : « Il faut essayer de dépasser la routine qu'il y a au niveau des gestes ». « Tu peux laver un bénéficiaire sans le regarder comme tu peux le laver avec l'intention de l'examiner, d'essayer d'apporter quelque chose de nouveau ». « Ce qui rompt la routine, c'est le sens qu'on attribue aux gestes ». Le processus de transcendance opéré par les infirmières s'observe également au niveau des visages et des corps souvent décharnés des bénéficiaires. Ce processus vient modifier le regard posé par les infirmières sur ceux-ci. Les infirmières d'expérience indiquent qu'il n'est pas rare que de jeunes infirmières se disent impressionnées, voire effrayées, par l'apparence de certains bénéficiaires : « Il y en a qui crachent, d'autres qui ont la langue qui pend, ... je n'ai jamais vu ça ». La réaction des jeunes infirmières porte les plus anciennes à se demander pourquoi elles ne remarquent plus ces choses: « De tels témoignages te font prendre conscience que tu ne vois plus du tout ce que les autres voient ». « La jeune infirmière faisait entre autres allusion à ma petite madame X, qui n'est certes pas belle, mais je ne m'en rendais pas compte parce qu'il s'agit de ma patiente préférée. Un jour mon copain est venu me chercher sur l'unité. Après avoir un peu échangé avec madame X, il me demande en quittant l'unité : " Qu'est-ce que tu lui trouves à madame X? Elle est loin d'être belle. Elle n'a pas de dents dans la bouche ". Alors que moi je la trouve tellement fine ». Les infirmières ayant une plus longue expérience des soins de longue durée, disent avoir *apprivoisé* l'apparence physique ainsi que le comportement quelquefois déroutant des patients de sorte que perdant leur caractère étrange, ils en deviennent moins hostiles, presque familiers. La relation affective et de proximité établie avec les patients amène les infirmières à dépasser le niveau de l'apparence physique : « On a apprivoisé ces attitudes pour le peu inhabituelles et on ne les voit

plus ». « On apprend à connaître les bénéficiaires au-delà de leur apparence physique ».

Les résultats de l'étude d'Alderson (2001) éclairent donc de manière originale et intéressante les sources de plaisir et de souffrance, autrement dit : les expériences de santé, vécues par les infirmières, en tant que personnes, au sein de leur environnement spécifique de travail en unité de soins de longue durée. Ces infirmières, en tant que personnes, nécessitent néanmoins d'être accompagnées dans les expériences de santé qu'elles vivent. Ceci revient à dire que la profession doit se soucier d'accompagner les infirmières dans leurs expériences de santé. Ce n'est qu'alors qu'elles pourront à leur tour, accompagner les patients et leurs proches, dans leurs propres expériences de santé; accompagnement qui – comme nous l'avons vu – est source de satisfaction, de plaisir et de santé au travail.

En contribuant à l'avancement des connaissances en regard des phénomènes ou des expériences de santé que sont le plaisir et la souffrance au travail, l'approche de la PDT présente une réelle dimension heuristique pour la discipline infirmière.

## Conclusion

Au terme de cette réflexion, l'approche de la PDT nous apparaît cohérente avec les principes épistémologiques et ontologiques du paradigme de la transformation de la discipline infirmière. Plus précisément et bien que l'approche de la PDT nous apparaît très différente des approches existantes en sciences infirmières, nous observons une proximité conceptuelle entre la PDT et la théorie de l'Être-en-Devenir (the Human Becoming Theory) de Parse (1992). La méthode assortie à la théorie de l'Être-en-Devenir (Parse, 1987) demeure cependant peu opérationnelle; elle ne précise pas comment le chercheur doit intervenir. La PDT offre quant à elle l'avantage de guider le chercheur dans sa démarche de recherche. Il serait, dès lors, intéressant d'investiguer dans quelle mesure la méthode d'enquête de la PDT ne pourrait être utilisée pour mener l'investigation. Elle permettrait d'offrir aux sciences infirmières des connaissances intéressantes en regard de l'expérience de travail des infirmières en termes de plaisir et de souffrance, de stratégies défensives déployées et de répercussions sur la santé mentale de celles-ci. Parse, Coyne et Smith (1985) suggèrent pour découvrir et comprendre la signification des expériences telles que vécues par la personne, une approche de la recherche inspirée de la phénoménologie. Tel est bien le cas pour la psychodynamique du travail.

## 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.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1990). Organisation du travail et santé mentale chez les infirmières en milieu hospitalier, Thèse de doctorat non publiée, Université de Montréal, Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1995). Corps et âme: psychopathologie du travail infirmier, Deuxième édition augmentée. Montréal: Liber.
- Carpentier-Roy, M.-C. (2000). La psychodynamique du travail et la recherche en santé mentale au Québec, dans Carpentier-Roy, M. C. & Vézina, M., sous la dir. de, Le travail et ses malentendus, Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec. Québec : Octares, Les Presses de l'Université Laval, 21-27.
- Copp, L. A. (1990a). The nature and prevention of suffering. *Journal of Professional Nursing*, 6, 247- 249.
- Copp, L. A. (1990b). Treatment, torture, morality: ethical dilemmas in caring. *Nursing Law and Ethics*, 2, 5, 1-2, 6, 8.
- Daly, J. (1995a). The view of suffering within the human becoming theory. Dans Parse, R. R., éd., *Illuminations: the human becoming theory in practice and research*, no. 15-2670. New York : National League for Nursing Press, 45-59
- Daly, J. (1995b). The lived experience of suffering. Dans Parse, R. R., éd., *Illuminations: the human becoming theory in practice and research* (pp. 243-268) (No.15-2670). New York : National League for Nursing Press.
- Dejours, C. (1987). Aspects psychopathologiques du travail, in Lévy-Boyer, C., sous la dir. de, *Traité de psychologie du travail*. Paris : Presses Universitaires de France. 1-27.