

Le travail infirmier en unité de soins intensifs adultes vu sous l'angle de la psychodynamique du travail

Lise St-Pierre ^a, Inf., M.Sc., Marie Alderson ^b, Inf., Ph.D. et Micheline St-Jean ^c, M.Sc.

^a Conseillère clinicienne en soins infirmiers, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal (Qc)

^b Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

^c Professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal

Autrefois très convoitées par les infirmières, les unités de soins intensifs (USI) québécoises connaissent un faible taux de rétention d'infirmières, autant chevronnées que nouvellement orientées, et les efforts de recrutement en vue de combler les postes vacants demeurent souvent vains. La psychodynamique du travail (PDT) sert de toile de fond à cet article qui documente, à l'aide des écrits, la situation actuelle qui prévaut dans les USI quant au phénomène de la perte d'attrait de ces unités auprès des infirmières. Les thématiques suivantes ont guidé le regroupement des informations contenues dans les écrits : sources de souffrance au travail, sources de plaisir au travail, stratégies défensives, effets sur la santé et pistes de réflexion ou d'action (recommandations des auteurs). L'exploration de cette problématique à travers la lentille de la PDT ouvre sur des pistes de réflexion intéressantes et sur des actions possibles en termes de promotion de la santé au travail et de prévention des problèmes de santé associés à la pratique infirmière dans les USI.

Mots-clés : unité de soins intensifs adulte, travail infirmier, psychodynamique du travail, souffrance, plaisir, stratégies défensives

Le réseau mondial de la santé connaît une crise majeure au niveau des ressources humaines (Conseil International des Infirmières, 2004). Les conditions de travail difficiles semblent entre autres contribuer à cette situation. Le Québec n'échappe pas à cette pénurie qui affecte notamment les secteurs de soins critiques (OIIQ, 2008) où, en raison de l'important ratio infirmière patient relié à l'intensité de soin, le problème y est davantage marqué.

L'environnement des unités de soins intensifs (USI) ressort dans les écrits comme étant un milieu de travail très stimulant, agité, bruyant, et chargé de stimuli de natures diverses. En 1972, Hay et Oken décrivaient déjà le travail infirmier en USI comme étant un exercice exigeant, à hauts risques émotionnels et physiques, qui s'exerce au chevet de personnes très malades luttant souvent contre la mort. Aujourd'hui, les infirmières d'USI continuent à travailler de plus en plus rapidement dans un environnement où la technologie croît à grands pas, et au chevet de personnes malades

présentant des besoins de plus en plus complexes. Autrefois, les USI étaient hautement considérées par les infirmières québécoises. Actuellement, le grand nombre de postes vacants et le manque important d'effectifs infirmiers qui y prévalent laissent sous-entendre que la popularité des USI aurait considérablement diminué auprès des infirmières. La situation est très préoccupante considérant que 50 % des infirmières qui exercent dans les secteurs de soins critiques ont moins de 5 ans d'expérience (OIIQ, 2008), que la complexité et l'intensité des soins ne cessent d'augmenter en USI et qu'une infirmière ne peut développer rapidement les compétences spécifiques nécessaires pour exercer dans ces unités de soins sans le soutien de pairs expérimentés. Le but de cet article est de documenter, à la lumière d'une recension des écrits, la situation actuelle qui prévaut dans les USI quant au phénomène de la perte d'attrait de ces unités auprès des infirmières. Le cadre théorique de la psychodynamique du travail (PDT) œuvre en toile de fond à notre analyse des écrits. Des pistes de

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Lise St-Pierre, chef d'unités au Centre de santé et services sociaux Richelieu-Yamaska, 2750 boulevard Laframboise, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 4Y8. Courrier électronique stpierre_lise@hotmail.com.

réflexion et d'action susceptibles d'améliorer les conditions de travail au sein des USI sont proposées; elles visent à freiner l'exode des infirmières chevronnées vers d'autres secteurs de pratique et à accroître le recrutement de nouvelles infirmières.

Méthode

La recension des écrits a été effectuée en consultant les principales banques de données pertinentes au domaine de l'étude soit : CINAHL, Cochran, Doc Thèses, Eco-santé OCDE, ERIC, ISI, Web of Science, MEDLINE (PubMed), netLibrary, Ovid MEDLINE, Ovid Online, PsycInfo, REPÈRE, Source de l'ICIST. Les principaux mots clés utilisés sont : unité de soins intensifs adulte (adult intensive care unit), soins critiques (critical care), infirmière (nurse), environnement de travail (work environment), conditions de travail (working conditions), qualité de vie au travail (quality of work life).

Parmi les 76 écrits traitant du travail infirmier en unité de soins intensifs adultes repérés entre 1969 et 2009, 20 écrits théoriques et 56 études empiriques, dont 45 études quantitatives et 11 études qualitatives, ont été retenus aux fins d'analyse, car ils traitaient du contexte de travail des infirmières en USI. Conformément au cadre théorique retenu, les thématiques suivantes ont guidé le regroupement des informations contenues dans les écrits : sources de souffrance, sources de plaisir, stratégies défensives déployées par les infirmières afin de contrer la souffrance vécue, conséquences sur la santé et pistes de réflexion ou d'action (recommandations des auteurs).

Les études empiriques recensées, majoritairement quantitatives, mettent en évidence le côté stimulant des USI tout en décrivant les sources d'insatisfaction ou de stress au travail des infirmières y exerçant. Ces études soulignent le malaise lié aux difficiles conditions de travail des infirmières d'USI et font état des moyens déployés pour tenter de gérer celui-ci. Généralement réalisées à l'aide de questionnaires auto-administrés, ces études quantitatives privilégient l'approche du stress-coping qui renvoie, comme le souligne Estryn-Béhard (1997), aux capacités de l'individu à s'adapter aux exigences de l'environnement de travail à l'aide de ses ressources personnelles et du soutien de son entourage. Au début des années 90, ont commencé à poindre, grâce aux travaux de Carpentier-Roy, sociologue québécoise, des études qualitatives portant sur le travail infirmier en USI. Ces dernières, en rapportant le sens que les infirmières attribuent à différents aspects de leur travail, permettent d'éclairer davantage le

phénomène de la perte d'attrait des USI auprès des infirmières.

La psychodynamique du travail

Le cadre théorique de la psychodynamique du travail (PDT) a été retenu comme toile de fond pour l'analyse des écrits. Les concepts de souffrance au travail, de plaisir au travail, de stratégies défensives déployées et de santé mentale au travail sont ainsi au cœur de l'analyse. Cette approche théorique et de recherche spécialisée dans le champ de la santé mentale au travail a pour centre d'intérêt les relations existant entre l'organisation du travail prévalant dans un milieu et la santé des travailleurs qui y œuvrent (Dejours, 1993). Bensaid et Dejours (1994) soulignent que le travail peut être structurant pour la santé mentale et physique comme il peut être déstructurant et pathogène. Ces derniers insistent sur le fait qu'il importe d'intervenir en amont des maladies décompensées, c'est-à-dire au niveau de la souffrance vécue et des stratégies défensives déployées par les sujets. Selon Carpentier-Roy (1995), « la PDT reconnaît au sujet sa place de témoin privilégié de sa situation de travail, à partir de laquelle il peut penser son rapport au travail, en trouver le sens, mais aussi agir sur cette réalité pour la rendre la plus conforme possible à ses besoins, à ses désirs et donc opérante dans la construction de son identité au travail » (p. 14).

Les sources de souffrance au travail des infirmières des USI

Les recherches traitant de la santé mentale au travail mettent en lumière la part importante que peut jouer l'aspect organisationnel du travail sur les éléments de souffrance au travail des individus. Sous l'angle de la PDT, la souffrance réfère au concept de souffrance psychique qui renvoie à une perte de plaisir, de coopération, de solidarité et de convivialité (Dejours, 1999). Gilbert (1995) définit la souffrance du travailleur reliée à l'organisation du travail comme étant « une force extrêmement puissante et trop souvent négligée dans l'interprétation des comportements au travail et hors travail » (p. 69). Selon cet auteur, la souffrance émerge, entre autres, lorsque le travail a perdu son sens. Il précise que cette souffrance initie chez le travailleur un processus actif de lutte pour le maintien de son équilibre psychique (Gilbert, 1995). La recension des écrits permet de mettre en lumière différents thèmes, tous interreliés et associés de près ou de loin au concept du stress.

L'intensité des soins

Les infirmières d'USI font face à beaucoup de prises de décisions dans leur travail et elles sont souvent confrontées à de hauts niveaux de complexité, d'incertitude, d'instabilité et de variabilité dans les situations de soins et cela constitue chez elles, d'importants facteurs de stress (Bakker, Le Blanc & Schaufeli, 2005; Mark & Hagenmueller, 1994). Dans un environnement de travail aussi turbulent qu'une USI, où l'intensité des soins et le degré de dépendance des personnes soignées sont très élevés, il importe, selon Carpentier-Roy (1990), que les infirmières demeurent continuellement calmes et vigilantes, et ce, malgré l'omniprésence du stress. Pour leur part, dans une étude descriptive, Robinson et Lewis (1990) rapportent que l'atmosphère de crise qui augmente les tensions psychiques ainsi que la non-disponibilité d'un médecin expérimenté lors d'une situation d'urgence compte parmi les plus importants stressseurs identifiés chez les infirmières en USI.

L'exigence de la technologie

En comparant le travail des infirmières d'USI où la technologie abonde à celui des contrôleurs aériens d'un aéroport très achalandé, Grout (1980) exprime bien l'intensité qui le caractérise. À cet égard, les résultats de l'étude qualitative d'Alasad (2002) insistent sur le fait que les nouvelles infirmières en USI atteignent la compétence technologique après avoir vécu un haut niveau de stress et de peur. Certains auteurs mentionnent même que l'infirmière mal préparée à l'utilisation de la technologie éprouvera un stress important ainsi qu'un sentiment de surcharge qui résulteront en une dangereuse centralisation de son attention sur l'appareillage plutôt que sur le patient (Huckabay & Jagla, 1979 ; Wilkinson, 1992).

La charge cognitive et psychique du travail des infirmières en USI

Les travaux de Carpentier-Roy (1990) ayant examiné le travail infirmier en USI au moyen de l'approche compréhensive de la psychodynamique du travail rapportent que les infirmières d'USI exercent dans un environnement où les sources d'anxiété sont plus nombreuses que dans les autres unités. De fait, l'auteure observe que la responsabilité accrue vis-à-vis des patients amène différentes sources d'anxiété chez les infirmières d'USI. Parmi ces sources, il y a la crainte de ne pas être en mesure d'utiliser adéquatement les divers appareils technologiques en nombre croissant, l'anxiété liée à l'impossibilité d'apporter au moment opportun le soutien requis par les patients et leur famille, et la peur de ne pas déterminer assez rapidement les indices requérant

une intervention urgente. Selon Carpentier-Roy (1990), les plus grandes sources de souffrance des infirmières d'USI sont d'ordre psychique; la confrontation quotidienne à la mort en est une dimension centrale.

L'importance d'une évaluation continue de la condition clinique des patients laisse peu de place pour des imprévus et contribue à la lourdeur de la charge cognitive et psychique du travail des infirmières d'USI (Gonce Morton, Fontaine, Hudack, & Gallo, 2005 ; Hudack, Gallo & Gonce Morton, 1997; Hay & Oken, 1972). Les interruptions fréquentes du travail, occasionnées par la nécessité de suspendre une tâche pour répondre à une autre souvent plus urgente, exigent de l'infirmière en USI des efforts intellectuels additionnels (Hay & Oken, 1972).

La perception de soins futiles

Plusieurs situations de travail s'accompagnent chez les infirmières d'USI de sentiments qui vont à l'encontre de leurs valeurs ou de leur vision des soins. Meltzer et Huckabay (2004) notent que le grand nombre de situations associées chez l'infirmière d'USI à une perception d'acharnement thérapeutique ou d'effets non bénéfiques des soins chez le patient a un lien significatif avec l'épuisement professionnel de cette dernière. Badger (2005) conclut également au terme de son étude qualitative réalisée auprès de 25 infirmières d'USI d'hôpitaux américains, que la perception de prodiguer des soins futiles émerge chez elles comme le plus important facteur de stress au travail.

Le manque de reconnaissance au travail

Le manque de reconnaissance au travail constitue une problématique très fréquemment rapportée dans les milieux de travail contemporains. Plusieurs chercheurs notent qu'il y a souffrance lorsque la reconnaissance est déficiente. Fairman (1992) soutient que la confrontation continue à des patients instables, défigurés, comateux ou mourants, et n'offrant que très peu de rétroaction sur les soins reçus a un impact émotionnel chez l'infirmière d'USI en créant chez elle des sentiments d'impuissance et de frustration. De son côté, Carpentier-Roy (1990) constate que les infirmières d'USI souffrent plus de l'absence de reconnaissance au regard du travail accompli et du manque de pouvoir assorti à leurs responsabilités que de leur charge physique de travail. Hay et Oken (1972) rapportent que le manque de gratification des patients est un facteur qui affecte le niveau d'estime de soi des infirmières des USI. Dans une analyse de sévérité des facteurs de stress, Robinson et Lewis (1990) identifient le manque de reconnaissance comme l'un des plus

importants stressés vécus par les infirmières d'USI.

La pénurie d'infirmières expérimentées

Actuellement, en raison de la pénurie de ressources humaines, le nombre souvent restreint d'infirmières permet difficilement de faire face aux exigences de soins liées à une dégradation brusque de l'état de certains patients en USI (Corley, Elswick, Gorman & Clor, 1995; Mark & Hagenmueller, 1994) et cette situation fréquente est une source majeure d'anxiété pour les infirmières d'USI (Cronqvist, Burns, Theorell & Lützen, 2001; Mark & Hagenmueller, 1994). Dans plusieurs USI québécoises, le nombre de postes des quarts de travail de soir et de nuit non pourvus de titulaire tend à augmenter considérablement au point que le recours aux heures supplémentaires obligatoires ainsi qu'à la main-d'œuvre indépendante (infirmières d'agence) est devenu pratique courante. En effet, il arrive fréquemment que, faute de personnel, des infirmières d'USI doivent assumer deux quarts de travail consécutifs, soit seize heures de travail au total. Ces heures supplémentaires effectuées et le réajustement continu de la vie personnelle qui en découle occasionnent chez les infirmières de la fatigue et divers sentiments tels que, anxiété, angoisse et frustrations.

Ainsi, confrontées à de rudes conditions de travail, plusieurs infirmières chevronnées quittent les USI, emportant avec elles l'expérience et l'expertise qui agissaient en tant que filet de sécurité dans la dispensation des soins. Les postes devenus vacants sont souvent difficiles à combler et le manque d'effectifs infirmiers oblige fréquemment la fermeture temporaire de lits d'USI. En réduisant ainsi l'accessibilité aux lits de ces unités, cette situation intensifie d'une part, l'engorgement des salles d'urgence et les délais d'attente pour les chirurgies majeures nécessitant un séjour en USI et contribue d'autre part, à une baisse de performance du système de santé québécois.

L'intégration accélérée des nouvelles infirmières

Le manque d'infirmières est à ce point critique que l'on constate dans plusieurs USI québécoises la disparition des critères d'admissibilité pour les infirmières désirant exercer en soins intensifs. Or, la complexité des situations cliniques rencontrées en USI nécessite de la part de l'infirmière des compétences spécifiques (techniques, technologiques et relationnelles) ainsi qu'un jugement clinique aiguisé qui s'acquiert principalement avec l'expérience au sein du milieu et le soutien de pairs expérimentés (Alspash, 2003;

Benner, 1999). La plupart des infirmières expérimentées qui choisissent de demeurer à l'USI sont contraintes d'agir continuellement en tant que préceptrices pour les nouvelles infirmières (Diehl-Oplinger & Kaminski, 2001) en espérant que ces dernières deviennent rapidement assez fonctionnelles pour partager la charge de travail incombant à l'équipe. Ainsi, en plus de vivre le deuil des collègues qui ont quitté l'USI, ces infirmières demeurant en poste doivent encadrer et soutenir les infirmières novices aux plans clinique et psychologique (Cavanaugh & Huse, 2004). Par ailleurs, Alspash (2003) insiste sur le fait que le peu de temps alloué à la période d'intégration des nouvelles recrues en USI s'avère souvent insuffisant pour leur permettre de s'approprier le rôle d'infirmière en soins intensifs. La tension psychique augmente dès lors chez ces infirmières novices, qui ressentent beaucoup d'insécurité lorsqu'elles se retrouvent, au terme de leur trop courte période d'intégration, confrontées, sans grand encadrement, à la prise en charge globale de patients aux besoins complexes. Plusieurs d'entre elles, se sentant dépassées par la tâche, décident de quitter le milieu et de s'orienter vers d'autres unités (Cronqvist, Burns, Theorell & Lützen, 2004). Cette situation contribue à créer un très haut taux de roulement dans les USI, aggravant de ce fait le fardeau des infirmières expertes demeurées en poste.

En résumé, l'organisation actuelle du travail infirmier dans les USI québécoises démontre également une certaine rigidité liée à plusieurs facteurs de l'environnement de travail et de la gestion tels que l'importante charge psychique du travail des infirmières, l'omniprésence de la technologie très exigeante, le caractère routinier de plusieurs tâches opérationnelles, des horaires quelquefois imposés sur différents quarts de travail ainsi que la gestion serrée des ressources humaines associée à l'imprévisibilité du travail (le nombre d'infirmières prévues à l'horaire ne tient souvent pas compte des complications potentielles fréquentes des patients qui, lorsqu'elles surviennent, nécessitent davantage de temps infirmier). De plus, le manque de reconnaissance au travail rapporté par ces infirmières dans les écrits semble grandement contribuer à l'amplification de leur souffrance. L'ensemble des sources de souffrance au travail des infirmières d'USI identifiées fournit plusieurs indices qui laissent présager un danger pour la santé mentale de ces dernières. Ainsi, certaines infirmières d'USI expérimentent diverses situations de travail dans une organisation du travail qui engendre chez elles des sentiments allant de légers malaises à la souffrance profonde. Quels moyens déploient-elles pour se protéger de cette souffrance?

Les stratégies défensives déployées par les infirmières d'USI

Selon Dejours (1993), les stratégies défensives sont des comportements mis en œuvre par des travailleurs pour atténuer la perception de la souffrance. Ces mécanismes ne sont pas en soi pathologiques (Pauchant & Mitroff, 1995) mais ils sont plutôt, selon Alderson (2004a), l'expression même de ce qui pose problème dans l'organisation contemporaine de la pratique infirmière. Visant à minimiser la souffrance perçue plutôt qu'à la supprimer à la source, ces stratégies défensives sont déployées par les travailleurs en réaction à une organisation du travail contraignante et à un travail qui a perdu son sens. Les écrits recensés permettent de constater que les infirmières des USI déploient des mécanismes de défense dans le but de se protéger de la souffrance vécue.

Ainsi, dans un premier ordre d'idées, un grand nombre d'écrits empiriques descriptifs rapportent que dans le but de s'adapter aux situations génératrices de stress, les infirmières d'USI utilisent diverses stratégies de coping parmi lesquelles on retrouve l'extériorisation des sentiments en groupe ainsi que les activités de détente comme écouter de la musique, faire de l'aérobic, regarder la télévision, marcher, lire, chercher la solitude et prendre des vacances (Badger, 2005; White & Tonkin, 1991; Robinson & Lewis, 1990; Miranda, 1980; Oskin, 1979).

Dans un second ordre d'idées, Hay et Oken (1972) rapportent dans leur étude descriptive que les infirmières d'USI sont habituellement plus détachées de leur travail que les infirmières des unités de soins généraux parce qu'elles utilisent des mécanismes de défense qui atténuent leur perception de la souffrance. Parmi ces derniers, on peut observer : 1) le déni au regard des situations qui sont des sources de souffrance, par exemple, le déni de l'anxiété reliée à la confrontation continuelle de la mort; 2) l'évitement de l'impact émotionnel de leur travail, par exemple, lorsqu'une infirmière porte son attention sur différentes tâches techniques plutôt que sur l'aspect humain des soins aux patients et 3) l'absentéisme, par exemple, lorsqu'une infirmière prend une journée d'absence suite à un événement éprouvant vécu au travail. De son côté, Maloney (1982) observe que les infirmières d'USI rationalisent leurs sentiments pour se protéger des événements difficiles vécus au travail. Dans une étude qualitative qui visait à décrire les mécanismes de coping utilisés par les infirmières d'USI, Badger (2005) rapporte que ces dernières utilisent des mécanismes de coping comportementaux en plus des mécanismes cognitifs et affectifs habituels. Vus à travers la lentille de la PDT comme étant des

stratégies défensives, ces mécanismes comportementaux incluent le retrait, l'évitement et la prise d'une certaine distance par l'infirmière.

Dans un troisième ordre d'idées, Carpentier-Roy (1990) rapporte une stratégie fréquemment utilisée par les infirmières d'USI, « l'idéologie de l'élite » (p. 135). Devant les propos d'une infirmière d'USI qui souligne une valorisation du danger comme étant également une source de plaisir, l'auteure rapporte que pour se protéger de l'anxiété générée par des éléments d'ordre psychologique, les infirmières d'USI présentent cette idéologie qui joue chez elles le rôle de stratégie de défense en leur rappelant que : n'est pas infirmière de soins intensifs qui veut. Selon Carpentier-Roy (1990), cette stratégie permet aux infirmières d'USI de « supporter l'insupportable » (p.135) en les protégeant de l'anxiété qui les assaille.

Ainsi donc, il est possible d'observer chez les infirmières d'USI, l'existence de mécanismes d'adaptation variés, recommandés dans le cadre de l'approche stress-coping et de certaines stratégies défensives déployées pour atténuer la perception de la souffrance ou pour résister aux attaques qui sont faites à leur équilibre psychique. En effet, selon Carpentier-Roy (1990), il existe dans les USI des voies de décharge pour ces infirmières qui vivent des tensions psychiques souvent inévitables. Ces canaux qualifiés d'exutoires par Alderson (2004c) sont susceptibles selon l'approche de la PDT, de se retrouver dans les sources de plaisir au travail de l'individu.

Les sources de plaisir au travail des infirmières d'USI

Selon Alderson (2004b) « (...) le plaisir au travail réfère sous l'approche de la PDT, à l'état de bien-être psychique que connaît le travailleur lorsque son travail satisfait ses désirs de reconnaissance lui permettant ainsi de construire son identité » (p. 250). Comme pour la souffrance au travail, la PDT considère le plaisir au travail en termes collectifs. La présente section expose les principales sources de plaisir au travail des infirmières d'USI telles que retrouvées dans les écrits recensés. Ces sources de plaisir s'expriment le plus souvent dans les écrits par l'entremise de facteurs de satisfaction au travail qui, très souvent, sont à l'opposé des sources de souffrance au travail.

Plusieurs auteurs soutiennent que les infirmières d'USI aiment les défis, ont le goût du risque ou en d'autres mots, voient les situations de stress comme des sources de motivation, plutôt que comme des menaces (Sawatzky, 1996; Carpentier-Roy, 1990; Maloney & Bartz, 1983).

Lazarus (1966) définit le défi comme étant une situation procurant à la personne un certain bien-être avec le stress ou les tensions ressenties. De fait, dans son étude, Carpentier-Roy (1990) mentionne que parmi les motifs les plus fréquemment exprimés pour justifier le choix des infirmières de travailler aux soins intensifs, se retrouvent le défi constant du danger, de la technologie, le goût du risque et de l'imprévisible.

Au Canada, Sawatzky (1996) rapporte dans une étude descriptive réalisée auprès de 96 infirmières ayant au moins un an d'expérience en USI, que les stressseurs perçus comme étant stimulants ou comme des sources de défis par celles-ci sont les situations urgentes, les arrêts cardio-respiratoires, les patients instables ou dans un état critique, les responsabilités, les prises de décision, les situations non familières, les transferts, les admissions ainsi que les éléments méconnus d'une situation qui les amène à se surpasser. D'ailleurs, dans un même ordre d'idées, Grout (1980), qui a comparé le travail infirmier en USI aux États-Unis à celui des contrôleurs aériens d'un aéroport très achalandé, rapporte que les tâches présumées stressantes des contrôleurs aériens se sont révélées être des sources de défis et de satisfaction pour ces derniers. Selon cet auteur, la pression que vivent ces contrôleurs aériens s'avère être l'aspect le plus attirant de leur travail.

En résumé, l'analyse des écrits recensés permet de constater qu'il existe plusieurs sources de souffrance au travail chez les infirmières d'USI. Ces dernières semblent pour la plupart davantage associées à des facteurs reliés à l'environnement et à l'organisation du travail plutôt qu'au travail lui-même. Les infirmières des USI utilisent divers mécanismes de coping pour tenter de s'adapter aux exigences de leur travail et déploient différentes stratégies défensives afin d'atténuer la perception de la souffrance. L'existence de sources de plaisir dans leur travail permet à ces dernières, selon Carpentier-Roy (1990), d'exercer leur profession avec la liberté requise afin d'harmoniser l'organisation du travail des USI à leur désir d'accomplissement.

Conséquences du contexte actuel de travail en USI

Parmi les conséquences du contexte de travail en unité de soins intensifs tel que décrit plus tôt, les écrits soulignent les effets sur les résultats de soins, la santé des infirmières et les rapports de travail.

Conséquences sur les résultats de soins

Une étude menée en 2001 par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) rapporte que les besoins non comblés en infirmières se sont accrues dans divers secteurs et affectent la qualité des soins infirmiers. De fait, dans une étude descriptive, Morrisson, Beckmann, Durie, Carless & Gillies (2001) révèlent que les erreurs tendent à augmenter dans les USI qui conjuguent acuité élevée des situations cliniques, pénurie d'infirmières et supervision inadéquate. De leur côté, Beckman et Gillies (2001) notent que l'échec de détection précoce d'une détérioration de l'état du patient (failure to rescue) tend à s'accroître de façon considérable dans les USI lorsque les infirmières expérimentées sont en nombre insuffisant. Certains auteurs soulignent même que la dotation en personnel infirmier et la compétence collective des infirmières peuvent expliquer plusieurs aspects de la morbidité et de la mortalité des patients (Aiken, Sloane, & Sochalski, 1998; Aiken, Smith & Lake, 1994; Prescott, 1993).

Conséquences sur la santé des infirmières

Les conséquences des conditions de travail difficiles des USI sur la santé des infirmières ne doivent pas être négligées. Contrairement aux études cherchant principalement à identifier ou à décrire les moyens utilisés par les infirmières d'USI pour s'adapter aux situations stressantes de leur travail, l'approche de la PDT cherche plutôt à comprendre les relations existant entre une organisation du travail et la santé mentale des travailleurs qui oeuvrent à l'intérieur de celle-ci (Carpentier-Roy, 1990). Vézina (2000) mentionne que sous l'œil de la PDT, c'est l'équilibre au niveau de trois axes, soit l'accomplissement dans le travail, la construction de l'identité et la reconnaissance d'autrui, qui permet au travailleur de préserver sa santé mentale. Cet auteur précise qu'en permettant l'utilisation de la créativité, en encourageant l'initiative et en laissant de l'autonomie au travailleur, le travail permet à la personne de s'accomplir et de développer son identité. À l'opposé de ce qui précède, une organisation du travail privilégiant peu la créativité et l'initiative et laissant peu de place à la discussion entrave la construction identitaire et fragilise, par le fait même, l'équilibre psychique (Vézina, 1999b). Lorsque les travailleurs n'ont plus l'opportunité de penser le travail ou d'échanger entre eux à propos des situations de travail rencontrées, il en résulte souvent une perte de sens du travail (Vézina & Carpentier-Roy, 2000). Actuellement, le contexte des USI ne prédispose pas les infirmières à ces échanges.

Quelques recherches en sciences infirmières ont investigué plus spécifiquement la relation entre l'environnement des USI et la santé des infirmières y exerçant. Ainsi, déjà en 1979, Oskin rapportait aux États-Unis que les niveaux de stress mesurés chez des infirmières d'USI étaient associés à un risque pour leur santé. Plus récemment, d'autres auteurs soulignent que le niveau de stress important vécu par les infirmières d'USI engendre chez ces dernières plusieurs signes et symptômes associés à une baisse de la productivité. Ainsi, selon ces auteurs, il est possible d'observer au niveau physique, des symptômes tels que : céphalées, rash cutané, désordre gastro-intestinal, fluctuation du poids (Cavalheiro, Moura Junior & Lopes, 2008; Sawatzky, 1996) et au niveau psychologique, des symptômes tels que : baisse de moral et épuisement professionnel (Sawatzky, 1996).

Cronqvist et al. (2001) soutiennent que lorsque la charge de travail est lourde, les infirmières d'USI vivent plus de stress et les absences pour cause de maladie augmentent. D'ailleurs, Tummers, Merode & Landeweerd (2002) et Le Blanc, de Jonge, de Rijk & Shaufeli (2001) notent que la charge de travail élevée et le stress prolongé au travail des infirmières d'USI prédisposent à l'épuisement professionnel. À ce propos, Bakker et al. (2005) constatent que l'épuisement professionnel communément appelé « burnout » et défini par Robinson et Lewis (1990) comme étant lié à l'exposition continue à des stressseurs au travail et à l'utilisation de stratégies de coping maladaptées – constitue un sérieux problème rencontré chez les infirmières d'USI. Dans leur recherche visant à examiner la contagiosité du burnout, Bakker et al. (2005) rapportent qu'en exerçant dans une unité où la prévalence y est élevée, les infirmières d'USI sont effectivement plus susceptibles de présenter cette problématique de santé mentale. De plus, certains auteurs précisent que la détresse morale est une réponse commune chez les infirmières d'USI exposées à des défis de nature éthique (Meltzer & Huckabay, 2004; Corley et al., 1995). D'autres auteurs ajoutent qu'en entraînant une importante surcharge de travail ainsi que diverses frustrations, l'organisation du travail dans les USI contribue à l'augmentation des taux de roulement et d'épuisement professionnel dans ces unités (Leblanc et al., 2001; Mark & Hagenmueller, 1994).

Conséquences sur les rapports de travail

Vézina (2000) indique, quant à lui, que la fragilisation des rapports sociaux entre les personnes laisse celles-ci dépourvues et sans repères, limitant de ce fait les possibilités de reconnaissance entre pairs. Vézina (1999a) note de plus que des situations de travail combinant des

efforts élevés et de faibles récompenses entraîneraient des réactions pathologiques tant sur le plan émotionnel que physiologique.

Par ailleurs, Vézina et Carpentier-Roy (2000) soutiennent que la privation d'opportunités pour penser le travail ainsi que l'absence de temps et de lieu pour parler de leur travail et des expériences qu'ils vivent mènent souvent les individus à une perte de sens du travail qui n'est pas sans effets sur l'investissement dans le travail. Carpentier-Roy (2000) insiste sur le fait qu'un contexte de travail difficile engendre l'individualisme, entrave la solidarité et fragilise ou restreint la constitution de véritables collectifs de travail. Une telle situation induit chez les travailleurs un sentiment d'impuissance qui les amène à se replier sur eux-mêmes et à se désengager du travail.

Discussion

En définitive, selon les écrits recensés, il semble à plusieurs points de vue que les trois axes énoncés par Vézina (2000), l'accomplissement dans le travail, la construction de l'identité et la reconnaissance d'autrui, ne sont pas en équilibre chez les infirmières d'USI. De fait, les diverses sources de souffrance au travail identifiées peuvent être considérées comme étant déstructurantes pour les infirmières d'USI et ce, en diminuant considérablement leur plaisir au travail et en engendrant chez elles, une perte de sens du travail.

De plus, la pénurie de ressources humaines entraînant des heures supplémentaires obligatoires dans un contexte de travail déjà très exigeant augmente les facteurs d'insatisfaction en USI et engendre un déséquilibre entre les sources de plaisir et de souffrance au travail des infirmières. Selon Carpentier-Roy (2000), ces particularités de l'organisation du travail tendent à limiter les possibilités de décharge psychique chez ces dernières, entraînant ainsi une accumulation d'énergie induisant « (...) un sentiment de déplaisir ainsi qu'une souffrance susceptible de s'accompagner de divers troubles psychiques » (Alderson, 2005, p. 54).

Leurs capacités de régulation souffrances-défenses étant réduites par cette rigidité, plusieurs infirmières d'USI se sentent menacées et déploient des stratégies défensives amenant plusieurs d'entre elles à s'absenter fréquemment, voire même à quitter les USI, et ce, dans le but de préserver leur santé mentale. De fait, Vézina et Malenfant (1995) soutiennent qu'il arrive parfois que la personne ne puisse faire autrement que de quitter son emploi pour réduire chez elle les tensions créées par son travail. Le départ de plusieurs infirmières déstabilise les équipes et

fragilise les éventuels collectifs de travail existants. Ces éléments se répercutent négativement sur le climat de travail, détériorant ainsi l'image des USI et entraînant une perte d'attrait de ces unités auprès des infirmières. Le recrutement ainsi que la rétention des infirmières s'en trouvent dès lors très affectés, exacerbant par le fait même les souffrances des infirmières demeurées en poste. Certaines d'entre elles finissent par quitter à leur tour ces conditions de travail difficiles. Cette situation contribue à envenimer la problématique initiale, laquelle renforce les souffrances qui à leur tour vont diminuer la qualité de vie au travail des infirmières d'USI. Afin de préserver l'accessibilité aux soins intensifs ainsi que la santé des infirmières qui y exercent, il importe de briser rapidement le cercle vicieux décrit ci-haut. Des pistes de réflexion et d'action se dégagent de l'analyse présentée. Elles sont présentées un peu plus loin.

La figure 1 présente une vue synoptique de l'analyse de la situation. À la lumière des principaux concepts de la PDT, cette représentation schématique permet l'observation du mouvement circulaire négatif engendré par l'organisation du travail des infirmières et le contexte actuel qui prévaut dans les USI.

Pistes de réflexion et d'action

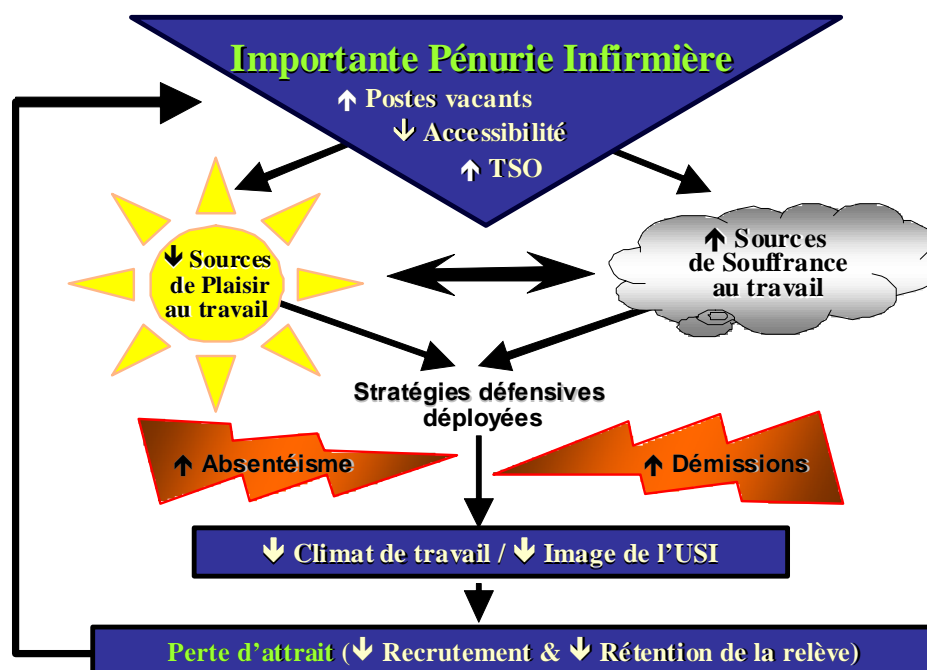
Plusieurs pistes de réflexion et d'action susceptibles d'améliorer les conditions de travail

au sein des USI sont proposées dans les écrits analysés. Ces dernières sont brièvement décrites ci-dessous ainsi que résumées dans le tableau 1 en annexe.

À la différence de l'approche plus connue du stress invitant considérablement l'individu à s'adapter par l'entremise de mécanismes de coping aux sources de stress présentes dans l'environnement de travail, l'approche de la PDT préconise la transformation de l'organisation du travail de manière à ce que celle-ci soit plus favorable aux désirs de construction identitaire et d'accomplissement des travailleurs et soutienne dès lors davantage leur santé mentale (Dejours, 1993). En redonnant à ces derniers une emprise sur leurs situations de travail et en réduisant les sources de souffrance, le travail retrouve de son sens (Vézina, 2000) et les problématiques de santé mentale perdent de leur acuité (Alderson, 2004b).

Les approches organisationnelles de la santé au travail s'accompagnent, selon Burke (1993), d'effets plus durables dans le temps que les approches strictement individuelles mettant l'emphase sur les individus. D'ailleurs, à cet effet, Stone et al. (2006) et Schmalenberg et Kramer (2009) soutiennent que l'initiation d'interventions visant et assurant un climat organisationnel positif tend à diminuer l'intention des infirmières d'USI de quitter leur emploi.

Figure 1 Vue synoptique de l'analyse de la situation dans les USI québécoises



Afin qu'il y ait une possible transformation de l'organisation du travail au sein des USI, il importe, selon Vézina (2000), que les travailleurs prennent d'abord et avant tout conscience des sources de souffrance présentes dans leur environnement de travail afin de tenter ensuite, collectivement, de transformer ces sources de souffrance en source de sens et de plaisir au travail (Alderson, 2001). Quant aux administrateurs du système de santé, Dracup et Brown (1998) insistent sur le fait qu'ils doivent en premier lieu reconnaître que le travail des infirmières d'USI s'alourdit avec l'avancement de la technologie et des pratiques professionnelles ainsi qu'avec la complexité croissante des situations cliniques, associée au vieillissement de la population. Ainsi, ces derniers doivent réaliser la souffrance vécue par les infirmières d'USI et son impact sur leur santé ainsi que les conséquences du contexte actuel de travail des infirmières sur les résultats de soins. À ce propos, Robinson et Lewis (1990) suggèrent d'accroître les habiletés de communication et de résolution de problèmes des gestionnaires pour que ceux-ci contribuent davantage au soutien de leurs employés. Ces auteurs suggèrent également d'offrir aux infirmières d'USI un programme de gestion du stress incluant les moyens de détecter précocement les signes et symptômes d'une élévation du niveau de stress au travail afin qu'elles puissent initier le plus rapidement possible des actions aidantes. Cette solution, de prime abord intéressante, doit cependant être considérée avec parcimonie, car encore ici, la responsabilité repose uniquement sur l'individu. De son côté, Carpentier-Roy (2000) insiste sur le fait que les gestionnaires doivent écouter les travailleurs et prendre en considération leurs besoins et désirs ainsi que leurs suggestions.

Selon Carpentier-Roy, interviewée par Legault Faucher (2005), il importe avant tout d'améliorer les mécanismes actuels de reconnaissance au travail. Il ne suffit pas, selon elle, de reconnaître les employés pour les résultats atteints afin qu'ils performant davantage, il faut aussi les reconnaître pour leur engagement et leur énergie déployée, et ce, afin de soutenir ou stimuler leur motivation. Selon Carpentier-Roy (2007), la parole – outil indispensable pour mettre en place des stratégies de reconnaissance – est un premier pas dans l'acte de changement. Selon cette auteure, il est nécessaire que les individus au travail puissent se reconnaître entre eux, car la reconnaissance rehausse le sentiment d'appartenance à un groupe, diminue l'utilisation de stratégies défensives individuelles et augmente le maintien en poste du personnel.

Avenues pour des recherches ultérieures

Dans une perspective d'avenir, il serait pertinent de proposer des études en psychodynamique du travail auprès des infirmières d'USI afin que la compréhension des expériences collectives de travail puisse, comme l'indique Trudel (2000), aboutir en une appropriation de la part des milieux et devenir un instrument de transformation de l'organisation du travail des infirmières de ces unités. Avec une meilleure compréhension, grâce à la parole partagée et à l'analyse intersubjective réalisée, les sources de plaisir et de souffrance qui modulent les rapports qu'ils entretiennent collectivement avec leur travail, les participants peuvent, en fin de processus, si tel est leur désir, élaborer des pistes de solution ainsi que des modes d'action pour rendre ces pistes opérantes. Cette perspective d'action qui prend place si et seulement si les participants la souhaitent et se mobilisent pour qu'elle se réalise, donne à l'approche de la psychodynamique du travail, une dimension de recherche-action (Dejours, 1987). Il importe de rappeler que la PDT vise la compréhension, par les travailleurs eux-mêmes, du rapport subjectif au travail. De cette compréhension peut découler, si les travailleurs s'investissent dans sa réalisation, la transformation des situations de travail qui sont sources de souffrance; l'objectif étant de rassembler des conditions plus propices au plaisir et dès lors, plus favorables à la santé. De son côté, la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (2006) suggère de mettre l'accent sur l'évaluation des activités et des projets de recrutement et de maintien en poste des infirmières. Dans un même ordre d'idées, White et Tonkin (1991) proposent d'évaluer les impacts d'un programme de formation continue sur le stress des infirmières d'USI. Enfin, Chaboyer, Najman & Dunn (2001) prônent de futures recherches qui considéreraient les relations entre le sens du travail, la satisfaction au travail et le taux de roulement des infirmières des USI.

Conclusion

Réalisée à la lumière des écrits pertinents et avec l'approche de la psychodynamique du travail comme toile de fond, le présent texte documente de manière originale la problématique de la perte d'attrait des USI auprès des infirmières. En mettant en relief les sources de souffrance psychique ainsi que les sources de plaisir au travail des infirmières d'USI, cette lecture des écrits porte à penser que le contexte québécois actuel des soins de santé et le travail, tel que présentement organisés dans ces unités prédispose à la fragilisation de la santé des infirmières qui y exercent. En définitive, l'analyse de cette problématique à travers la lentille de la

psychodynamique du travail ouvre sur des pistes de réflexion intéressantes et sur des actions possibles en termes de promotion de la santé au travail et de prévention des problématiques de santé associées à la pratique infirmière actuelle au sein des USI. Des interventions sont nécessaires dans le but de réduire les risques à la santé des infirmières d'USI et de restaurer l'attrait des USI auprès de celles-ci. D'ailleurs, afin d'offrir l'accessibilité aux soins intensifs et de répondre adéquatement aux besoins de leurs clientèles dont les exigences de soins ne cessent de croître, les USI requièrent une main d'œuvre infirmière en nombre suffisant, de plus en plus compétente et de plus en plus performante donc, de plus en plus en santé. À cet égard, il serait opportun que les organisations du système de santé considèrent les pistes de réflexion et d'action qui se dégagent de cette analyse (voir tableau en annexe pour plus de détails), et ce, dans le but de restaurer auprès des infirmières, l'attrait des USI et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans ces unités. Comme le mentionne Collière (2001) : « (...) il faut réinventer des soins vivifiants. Des soins qui conviennent la vie, des soins désaliénants qui redonnent un sens à la vie de ceux qui les reçoivent, comme à celles de ceux qui les donnent » (p. 117).

Références

- Aiken, L.H., Smith, H., & Lake, E. T. (1994). Lower Medicare Mortality Among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care. *Medical Care*, 32(8), 771-787.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M. & Sochalski, J. (1998). Hospital organization and outcomes. *Quality in Health Care*, 7(4), 222-226.
- American Association of Critical Care Nurses (AACN). (2005). Standards for establishing and sustaining Healthy work environments. Récupéré le 15 janvier 2006 de www.aacn.org
- Alasad, J. (2002). Managing technology in the intensive care unit: the nurses' experience. *International Journal of Nursing Studies*, 39(4), 407-413.
- 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. (2004a). 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. Récupéré le 10 juillet 2006 de <http://www.aqps.info/docs/vav/v14/v14n3.shtml>
- Alderson, M. (2004b). La psychodynamique du travail: objets, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29 (1), 243-260.
- Alderson, M. (2004c). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress : une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé mentale au travail. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 261-280.
- 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.
- Alspach, J. G. (2003). Recognizing and rewarding nurse preceptors in critical care. *Critical Care Nurses*, 23(2), 13-19.
- Badger, J. M. (2005). A descriptive study of coping strategies used by Medical Intensive Care Unit nurses during transitions from cure-to comfort-oriented care. *Heart & Lung*, 34(1), 63-68.
- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., & Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advance Nursing*, 51(3), 276-287.
- Beckmann, U., & Gillies, D. M. (2001). Factors associated with reintubation in intensive care: an analysis of causes and outcomes. *Chest*, 120(2), 538-42.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care*. Philadelphie : W. B. Saunders.
- Bensaid, A., & Dejours, C. (1994). Psychopathologie et psychodynamique du travail. Éditions techniques, Encyclopédie Médicale, Chirurgie, Toxicologie-Pathologie professionnelle, 16(535), 10.
- Boström, E. (2007). Increased job satisfaction after small group reflection on an intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(4), 163-167.
- Boyle, D. K., Bott, M. J., Hansen, H. E., Woods, C. Q., & Taunton, R. L. (1999). Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 8(6), 361-371.
- Burke, R. J. (1993). Organizational-Level interventions to reduce occupational stressors. *Work and Stress*, 7, 77-87.
- Buerhaus, P. I., Staiger, D. O., & Auerbach, D. I. (2000). Why are shortages of hospital RNs concentrated in specialty care units? *Nursing Economics*, 18, 111-116.
- 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. Montréal : Liber.

- Carpentier-Roy, M.-C. (2000). Être reconnu au travail : nécessité ou privilège? Dans Actes du colloque Travail, reconnaissance et dignité humaine, Montréal, novembre 2000.
- Carpentier-Roy, M.-C. (2007). Reconnaissance au travail Un élément essentiel de plaisir et d'efficacité au travail. Conférence présentée à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont dans le cadre de la semaine de la reconnaissance du C. H., Montréal.
- Cavalheiro, A. M., Moura Junior, D. F., & Lopes, A. C. (2008). Stress in nurses working in intensive care units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 29-35.
- Cavanaugh, D. A., & Huse, A. L. (2004). Surviving the nursing shortage: developing a nursing orientation program to prepare and retain intensive care unit nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(6), 251-256.
- Chaboyer, W., Najman, J., & Dunn, S. (2001). Factors influencing job valuation: a comparative study of critical care and non critical care nurses. *International of Nursing Studies*, 38, 153-161.
- Collière, M.-F. (2001). Soigner... Le premier art de la vie. (2e éd.). Paris: Masson.
- Conseil International des Infirmières (CII). (2004). La pénurie mondiale d'infirmières diplômées-aperçu des questions et des solutions: Initiative Mondiale pour la révision des soins infirmiers, Genève : Suisse.
- Conseil International des Infirmières. (2006). La pénurie mondiale de personnel infirmier: domaines d'action prioritaire, Genève, Suisse.
- Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M. & Clor, T. (1995). Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 4, 280-285.
- Cronqvist, A., Burns, T., Theorell, T. & Lützen, K. (2001). Dissonant imperatives in nursing: a conceptualisation of stress in intensive care in Sweden. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17, 228-236.
- Cronqvist, A., Burns, T., Theorell, T. & Lützen, K. (2004). Caring about caring for: tensions between moral obligation and work responsibilities in intensive nursing. *Nursing Ethics*, 11(1), 63-76.
- Dejours, C. (1987b). La méthodologie en psychopathologie du travail. Dans C. Desjours (sous la dir. de), Plaisir et souffrance dans le travail (pp. 99-113). Tome 1. Paris: Editions de l'AOCIP.
- Dejours, C. (1993). De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Dans Travail et usure mentale, Bayard, Paris, réédition, 205-219.
- Dejours, C. (1999). Incidences psychologiques des nouvelles formes d'organisation du travail, du management et de la gestion des entreprises. *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 60(6), 533-541.
- Despins, L.A. (2009). Patient safety and collaboration of the intensive care unit team. *Critical Care Nurse*, 29(2), 85-92.
- Diehl-Oplinger, L. & Kaminsk, M. F. (2001). Need critical care nurses? Inquire within. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 20(1), 30-32.
- Dracup, K. & Bryan-Brown, C. W. (1998). One more critical care nursing shortage. *American Journal of Critical Care*, 7(2), 81-83.
- Estryn-Behar, M. (1997). Stress et souffrance des soignants à l'hôpital : Reconnaissance, analyse et prévention, Paris : Éditions Estem.
- Fairman, J. (1992). Watchful vigilance: nursing care, technology and the development of intensive care units. *Nursing Research*, 41(1), 56-60.
- Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. (FCRSS). (2006). Les maux qui affligent nos infirmières Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada. Ottawa (Ontario). Récupéré le 25 septembre 2006 de http://64.26.159.84/research_themes/nlop_f.php
- Gibson, V. (1994). Does turnover mean nurse wastage in intensive care units? *Intensive and Critical Care Nursing*, 10(1), 32-40.
- Gilbert, M.-A. (1995). Psychodynamique du travail et syndicalisme dans Plaisir et souffrance : Dualité de la santé mentale au travail, Actes du colloque Les aspects sociaux et psychologiques de l'organisation du travail, mai 1994, Montréal, ACFAS pp. 66.
- Gonce Morton, P., Fontaine, D. K. Hudack, C. M., & Gallo, B. M. (2005). *Critical care nursing: a holistic approach*. (8^e éd.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Grossman, S. (2009). Peering The essence of collaborative Mentoring in critical care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(2), 72-75.
- Grout, J. W. (1980). Occupational stress of intensive care nurses and air traffic controllers: review of related studies. *Journal of Nursing Education*, 19(6), 8-14.
- Gurses, A. P., & Carayon, P. (2007). Performance obstacles of intensive care nurses. *Nursing Research*, 56(3), 185-194.
- Hatcher, J., Bleich, M. R., Connolly, C., Davis, K., O'Neill Hewlett, P., & Stokley Hill, K. (2006). *Wisdom at work: the importance of the older and experienced nurse in the workplace*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation. Récupéré le 31 juillet 2006 de <http://www.rwjf.org/files/publications/other/wisdomatwork.pdf>
- Hay, D., & Oken, D. (1972). The psychological stresses of ICU nursing. *Psychological Medicine*, 23(2), 109-118.

- Hays, M., All, A. C., Mannahan, C., & Wallace, D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(4), 185-193.
- Huckabay, L. M. D., & Jagla, B. (1979). Nurses' stress factors in the intensive care unit. *Journal of Nursing Administration*, 9, 21-26.
- Hudack, C. M., Gallo, B. M., & Gonce Morton, P. (1997). Rewards and challenges of critical care nursing: a holistic approach. Dans Hudack, C. M., Gallo, B. M., & Mortin, P. G. editors. *Critical Care Nursing*. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, 93-102.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc Graw-Hill.
- Le Blanc, P. M., de Jonge, J., de Rijk, A. E., & Schaufeli, W. B. (2001). Well-being of intensive care nurses (WEBIC) : a job analytic approach. *Journal of Advance Nursing*, 36(3), 460-470.
- Legault Faucher, M. (2005). Le travail, la subjectivité, le sujet et l'acteur Attention, ne pas séparer! *Prévention au travail*, 46-47.
- Li, J., & Lambert, V. A. (2008). Job satisfaction among intensive care nurses from the People's Republic of China. *International Nursing Review*, 55(1), 34-39.
- Maloney, J.P. (1982). Job stress and its consequences on group of intensive care and non intensive care nurses. *Advances in Nursing Science*, 4(2), 31-42.
- Maloney, J., & Bartz, C. (1983). Stress-tolerant people: intensive care nurses compared with non intensive care nurses. *Heart Lung*, 12, 389-394.
- Manojlovich, M. & Laschinger, H. (2008). Application of nursing worklife model to the ICU setting. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 20, 481-487.
- Mark, B.A., & Hagenmueller, A.C. (1994). Technological and environmental characteristics of intensive care units: implications for job redesign. *Journal of Nursing Administration*, 24(4S), 65-71.
- Meltzer, L. S., & Huckabay, L. M. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, 13(3), 202-208.
- Miranda, E. F. (1980). Stressful situations and coping mechanisms of intensive care unit nurses at x hospital. *Papers*, 16, 21-28.
- Morrison, A. L., Beckmann, U., Durie, M., Carless, R., & Gillies, D. M. (2001). The effects of nursing staff inexperience (NSI) on the occurrence of adverse patient experiences in ICUs. *Australian Critical Care*, 14(3), 116-21.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2001). *Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec : Recommandation du Bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, par Leprohon, J., Centre de documentation de l'OIIQ, Montréal, Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2008). *Bulletin d'information des conseils des infirmières et infirmiers*, 3(5).
- Oskin, S. L. (1979). Identification of situational stressors and coping methods by intensive care nurses. *Heart Lung*, 8, 953-960.
- Pauchant, T., & Mitroff, I. (1995). Le niveau existentiel : L'individu et ses défenses : La gestion des crises et des paradoxes (pp. 87-101). Montréal : Québec Amérique.
- Prescott, P. (1993). Nursing: An important component of hospital survival under a reformed health care system. *Nursing Economic*, 11, 192-199.
- Robinson, J. A., & Lewis, D. J. (1990). Coping with ICU work-related stressors: a study. *Critical Care Nurse*, 5, 80-88.
- Ruggiero, J. S. (2005). Health, work variables, and satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 254-263.
- Sawatzky, J.V. (1996). Stress in critical care nurses: Actual and perceived. *Heart & Lung*, 25(5), 409-417.
- Schmalenberg, C. & Kramer, M. (2009). Nurse-physician relationships in hospitals: 20 000 nurses tell their story, 29(1), *Critical Care Nurse*, 74-83.
- Shirey, M. R., & Fisher, M. L. (2008). Leadership agenda for change toward healthy work environments in acute and critical care. *Critical Care Nurse*, 28(5), 66-79.
- Stone, P. W., & Gershon, R. R. (2006). Nurse work environments and occupational safety in intensive care units. *Policy Politics and Nursing Practice*, 7(4), 240-7.
- Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Pastor, D. K., Zwanziger, J., & Dick, A. W. (2007). Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICU: an instrumental variable approach. *Health Services Research*, 42(3), 1085-104.
- Trudel, L. (2000). S'engager dans une enquête en psychodynamique du travail : réflexions Méthodologiques. Dans Carpentier-Roy, M-C., & Vézina, M. (Éds). *Le travail et ses malentendus* (pp 42-52). Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Tummers, G. E. R., Van Merode, G. G., & Landeweerd, J. A. (2002). The diversity of work differences, similarities, and relationships concerning characteristics of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non intensive care nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 841-855.
- Vézina, M. (1999a). Organisation du travail et santé mentale : état des connaissances et perspective d'intervention. *Revue de médecine au travail*, 26(1), 14-24.

- Vézina, M. (1999b). Stress et psychodynamique du travail : de nouvelles convergences, *Travailler, Revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail*, 1(2), 201-218.
- Vézina, M. (2000). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans Carpentier-Roy, M. C. & Vézina, M. (Éds), *Le travail et ses malentendus, Enquête en psychodynamique du travail au Québec* (pp. 29-41). Québec : Octares, Les Presses de l'Université Laval.
- Vézina, M., & Carpentier-Roy, M-C. (2000). Discussion générale et conclusion. Dans Carpentier Roy, M.C. & Vézina, M. (dir.), *Le travail et ses malentendus* (pp.147-155). Saint-Nicolas, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Vézina, M., & Malenfant, R. (1995). Dualité de la santé mentale au travail. Dans *Plaisir et souffrance : Dualité de la santé mentale au travail*, Actes du Colloque Les aspects sociaux et psychologiques de l'organisation du travail (pp. 5-9), ACFAS, mai 1994, Montréal.
- White, D. & Tonkin, J. (1991). Registered nurse stress in intensive care units: an Australian perspective. *Intensive Care Nursing*, 7, 45-52.
- Wilkinson, P. (1992). The influence of high technology care on patients, their relatives and nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 8, 194-198.

Annexe

Tableau 1

Pistes de réflexion et d'actions susceptibles d'améliorer les conditions de travail au sein des USI

Pistes d'actions	Références
DIMINUER LE STRESS AU TRAVAIL CHEZ LES INFIRMIÈRES DES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS	
<ul style="list-style-type: none"> Aborder la problématique du stress au travail sous l'angle de l'organisation du travail en considérant, entre autres, les demandes en autonomie décisionnelle, en reconnaissance et en soutien social au travail. Initier des interventions impliquant activement le milieu comme, améliorer le dialogue travailleur employeur, encourager la gestion participative, réduire la hiérarchie, sensibiliser les travailleurs au stress et initier des activités de relaxation. 	Vézina (1999b); Boström (2007)
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la présence continue d'un médecin expérimenté dans l'USI. 	Hay et Oken (1972)
<ul style="list-style-type: none"> Assigner les patients à une infirmière en tenant compte de son expérience, de son expertise en USI et de la complexité des soins à prodiguer. 	Li & Lambert (2008)
<ul style="list-style-type: none"> Organiser le travail y compris les ratios infirmière patient en tenant toujours compte de l'incertitude de l'instabilité et de la variabilité des situations cliniques en USI. Fournir le soutien nécessaire en personnel soignant de manière à ce que les infirmières puissent prendre des pauses leur permettant d'échanger entre elles et de refaire le plein d'énergie. 	Mark & Hagenmuller (1994)
<ul style="list-style-type: none"> Organiser des tribunes interdisciplinaires, de discussions éthiques et de pratiques de réflexion pourrait contribuer à diminuer la détresse morale en permettant d'exprimer les malaises au regard de certaines situations qui induisent de l'inconfort. 	Hay et Oken (1972); Vézina & Carpentier-Roy (2000)
<ul style="list-style-type: none"> Réduire le niveau de bruit de l'environnement et régler les problèmes d'équipements non suffisants ou en mauvais état. 	Gurses & Carayon (2007); Sawatzky (1996)
AMÉLIORER LA SANTÉ DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	
<ul style="list-style-type: none"> Établir une structure organisationnelle qui priorise la formation ainsi que l'implantation et l'évaluation de six normes de pratique reliées notamment, aux habiletés en communication, à la collaboration, à la prise de décision, aux ressources humaines nécessaires, au sens de la reconnaissance ainsi qu'au leadership authentique. 	AACN (2005)
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer et monitorer la santé de l'environnement de travail afin de retenir les infirmières expérimentées afin qu'elles puissent soutenir les novices. 	Stone et Gershon (2006)
<ul style="list-style-type: none"> Planter des interventions qui visent à créer un climat organisationnel positif incluant une bonne collaboration infirmières-médecins comme dans les hôpitaux magnétisants. 	Stone et al. (2007); Schmalenberg et Kramer (2009); Despins (2009)
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser le <i>Nursing WorkLife Model</i> en USI afin de réduire l'épuisement professionnel chez les infirmières et les conséquences de ce syndrome sur les résultats de soins. 	Manojlovich et Laschinger (2008)
AMÉLIORER LA RECONNAISSANCE	
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer les mécanismes actuels de reconnaissance au travail. 	Carpentier-Roy dans Legault Faucher (2005)

Pistes d'actions	Références
REHAUSSER LE SOUTIEN DES INFIRMIÈRES	
<ul style="list-style-type: none"> Fournir suffisamment de personnel de soutien pour diminuer la charge de travail des infirmières. Créer des rôles innovateurs pour les infirmières plus âgées; par exemple; mentor, éducateur à la qualité assurant l'application des meilleures pratiques, officier de la sécurité dans les soins, facilitateur pour la technologie, rôle de soutien surnuméraire auprès des infirmières (remplacement des pauses, aide lors des transferts et des transports, aide pour le soutien aux familles), etc. 	Hatcher et al. (2006); Grossman (2009)
<ul style="list-style-type: none"> Prévoir, en prévision du départ à la retraite, des modalités permettant de garder plus longtemps en poste les infirmières expérimentées qui le souhaitent; celles-ci pourraient offrir un soutien aux nouvelles infirmières et ainsi diminuer leur stress au travail. 	Buerhaus, Staiger et Auerbach, (2000)
ADOPTER UN STYLE DE GESTION PARTICIPATIF	
<ul style="list-style-type: none"> Initier des interventions centrées sur le style de leadership, l'atmosphère d'équipe et la dynamique interpersonnelle dans les équipes afin d'améliorer la satisfaction au travail et de permettre aux infirmières d'USI de s'accomplir dans leur travail. 	Bakker et al. (2005)
<ul style="list-style-type: none"> Soutenir les chefs d'USI dans le but de développer ou de renforcer un style de gestion participatif chez ces derniers. Ce style de gestion devrait notamment inclure : 1. la reconnaissance de la contribution des infirmières; 2. le maintien d'un climat de partage efficace de l'information; 3. la création d'opportunités de développement professionnel ; 4. et la promotion de la prise de décision de l'infirmière 	Boyle, Bott, Hansen et Woods (1999)
<ul style="list-style-type: none"> Démontrer de la flexibilité dans la confection des horaires de travail; les horaires marginaux permettent aux infirmières d'avoir plus de journées de congé consécutives pour se distancer de leur travail. 	Gibson (1994) Ruggiero (2005)
AMÉLIORER LA PÉRIODE D'INTÉGRATION ET LA FORMATION CONTINUE	
<ul style="list-style-type: none"> Créer une culture de rétention de l'expertise infirmière en USI au lieu de miser uniquement sur l'attraction et d'épuiser les préceptrices continuellement chargées de l'intégration des nouvelles infirmières dont seulement une infime proportion demeure dans les USI. 	CII (2006)
<ul style="list-style-type: none"> Miser sur une bonne intégration des nouvelles infirmières qui tient compte des défis de la cohabitation générationnelle. 	Diehl-Oplinger et Kaminsk (2001)
<ul style="list-style-type: none"> Rehausser les programmes d'intégration incluant notamment l'adaptation des stratégies d'enseignement aux besoins des nouvelles infirmières peu expérimentées contribue à un meilleur soutien, une diminution du stress et de ce fait, adoucit la transition du milieu académique au milieu clinique ultra spécialisé des USI 	Alspach (2003); Cavanaugh, & Huse (2004); Hays, Mannahan et Wallace. (2006); Shirey & Fisher (2008)
<ul style="list-style-type: none"> Inclure dans la période d'intégration, des sessions de formation sur la mort ainsi que sur les soins aux mourants, et ce, dans le but de diminuer le stress chez les nouvelles infirmières qui vivent souvent à l'USI, leur première confrontation de la mort. 	Hays et al. (2006); Huckabay et Jagla (1979)
<ul style="list-style-type: none"> Rehausser les compétences cliniques des infirmières peut réduire le taux de roulement et aider à assurer une équipe stable et qualifiée pour offrir des soins sécuritaires aux patients. 	Dracup & Bryan-Brown (1998); Hays et al. (2006); Stone et Gershon (2006)
<ul style="list-style-type: none"> Encourager un enseignement partagé entre les médecins et les infirmières rehausse la nature collaborative entre les deux parties et de ce fait, améliore les relations interpersonnelles et la satisfaction au travail des infirmières. 	Chaboyer et al. (2001); Leblanc et al. (2001)