

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES STRATÉGIES DE COMMUNICATION INTERPERSONNELLE SUITE AU  
CONFLIT DE VALEURS EN SITUATION DE SOIN : LE CAS D'INFIRMIÈRES  
D'UNE UNITÉ DE SOINS INTENSIFS NÉONATALS

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN COMMUNICATION

PAR  
MYLÈNE BOISVERT

AVRIL 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire. Sans elles, je ne serais pas arrivée au bout de ce projet.

Tout d'abord, merci à Isis, qui m'a donné l'élan et la motivation à entamer des études de deuxième cycle. Merci également à ma directrice de recherche Marie-Emmanuelle, femme de cœur et de convictions, qui m'a donné la force et l'inspiration pour terminer ce projet en beauté. Un remerciement tout spécial aux infirmières qui ont accepté de prêter leur voix à ce projet. Sans elles, il n'aurait pas été possible. La confiance qu'elles m'ont témoignée en se confiant sur un sujet parfois délicat et la générosité de leurs propos ont donné vie au cœur de ce projet. Merci également à toutes mes collègues infirmières, ces femmes qui font un travail remarquable et qui m'inspirent par leurs gestes au quotidien auprès des patients et de leurs familles. C'est ce travail qui m'a donné l'idée du sujet de ce mémoire. Un merci tout spécial à ma mère, qui est toujours là, dans les moments difficiles comme dans les moments de joie, et qui m'encourage depuis toutes ces années à poursuivre mes études. Finalement, merci à ma grande sœur d'être qui elle est, elle qui m'a si souvent entendu dire « désolée, je ne peux pas venir te voir, je dois rédiger mon mémoire ». Merci aussi à tous ceux et celles, amies, collègues, oncles, tantes, qui se sont intéressés à ce projet en me demandant : « pis, ça avance ton mémoire? » À vous tous, merci d'avoir cru en moi.

À Samuel, puisses-tu suivre un chemin qui a du cœur.

## AVANT-PROPOS

Je travaille depuis maintenant 8 ans comme réceptionniste dans une unité de soins intensifs néonataux. Sur une telle unité, les équipes soignantes prennent en charge des patients très prématurés ou parfois avec des problématiques de santé fort complexes. En fait, l'unité dans laquelle je travaille se retrouve avec les cas de patients les plus critiques du Québec, de par la spécialisation des médecins qui y oeuvrent.

Plus j'avais dans mes études au baccalauréat en relations humaines, plus je portais un regard critique sur certaines situations qui m'apparaissaient comme problématiques pour les infirmières avec qui je travaillais. Plus précisément, j'ai constaté que les infirmières parlent beaucoup entre elles, dans la salle à café, de cas de patients qui semblent générer chez elles de la colère. Le discours général dans ces cas-là est : « ça n'a pas de bon sens ce qu'on fait vivre à ce patient-là », « pauvres parents », « le médecin n'aurait jamais du faire ça », etc. Plus encore, dans les moments où plusieurs patients se retrouvent en même temps dans des situations critiques et complexes, la tension dans l'équipe de soin est palpable. Les médecins sont impatients, les infirmières épuisées. C'est donc après avoir été témoin de plusieurs conflits entre l'équipe médicale et les infirmières concernant des décisions de soins aux patients que m'est venue l'idée de mon sujet de mémoire et par le fait même, la motivation d'entamer des études de deuxième cycle.

Mon objectif premier était de faire un projet de recherche qui viendrait en aide aux infirmières se retrouvant dans des situations où elles doivent poser des gestes avec lesquels elles sont en désaccord. Plus précisément, étant inscrite dans un programme d'études en communication et m'intéressant de près à la communication interpersonnelle, je désirais faire une recherche qui me permettrait de démontrer que

l'infirmière qui vit de la colère et des inconforts, face à un soin, a besoin de parler, d'échanger, pour ne pas s'épuiser émotionnellement au travail. Après avoir rédigé ce mémoire, mes réflexions sont certes plus nuancées, mais mon intérêt pour le sujet n'en est que plus grand. Je constate également la pertinence de mon objet de recherche de par l'intérêt que la plupart des assistants et assistantes gestionnaires du département portent aux résultats de ma recherche. Ces résultats seront présentés à l'équipe lorsque le projet sera terminé.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	viii
RÉSUMÉ .....	ix
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE .....	3
1.1 La nouvelle gestion publique et ses effets sur l'organisation du travail.....	3
1.1.1 La perte du collectif et la perte du sens au travail .....	4
1.2 Le travail infirmier.....	6
1.3 Le travail au sein de l'unité des soins intensifs néonataux .....	7
1.4 La souffrance au travail chez le personnel infirmier .....	9
1.5 Le conflit de valeurs comme source de souffrance au travail .....	9
1.5.1 L'acharnement thérapeutique témoignant du conflit de valeur .....	11
1.6 Les communications interpersonnelles au travail.....	12
1.7 Questions de recherche .....	15
1.8 Objectifs de recherche .....	15
1.9 Orientations et pertinence de la recherche.....	16
CHAPITRE II CADRE DE THÉORIQUE.....	18
2.1 La psychodynamique du travail.....	18
2.1.1 Le besoin de reconnaissance.....	20
2.1.2 Le désir d'accomplissement .....	21
2.1.3 Le travail vécu .....	21
2.1.4 Le sens du travail.....	22
2.1.5 Plaisir et souffrance au travail .....	23
2.2 Valeurs et conflit de valeurs.....	24
2.3 La communication interpersonnelle.....	26
2.3.1 Statuts et rôles.....	27

2.3.2	Les comportements stratégiques.....	28
2.4	Proposition de recherche.....	29
<b>CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE .....</b>		<b>31</b>
3.1	Posture épistémologique : approche qualitative et compréhensive .....	31
3.2	Stratégie de recherche : le récit de vie .....	32
3.3	Rappel des principales dimensions à l'étude .....	33
3.4	Instrument d'investigation : L'entretien demi-dirigé .....	34
3.5	L'analyse inductive comme démarche d'analyse des données.....	35
3.6	Sujets de la recherche et accès au terrain.....	38
3.7	Crédibilité des résultats.....	39
<b>CHAPITRE IV PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS .....</b>		<b>41</b>
4.1	Particularités du contexte où l'étude a été menée.....	41
4.2	Le récit de Diane.....	42
4.2.1	Sens du travail : l'exigence du travail en néonatalogie .....	42
4.2.2	Le conflit de valeurs : là où ça devient inacceptable.....	44
4.2.3	Les communications interpersonnelles pour survivre .....	46
4.3	Le récit de Lucie .....	48
4.3.1	Sens du travail : le besoin de faire la différence .....	48
4.3.2	Les conflits de valeurs : la souffrance prolongée du patient .....	49
4.3.3	Les communications interpersonnelles pour comprendre .....	52
4.4	Le récit d'Isabelle .....	53
4.4.1	Sens du travail : La continuité des soins et la reconnaissance.....	53
4.4.2	Le conflit de valeurs : la colère de la souffrance inutile.....	54
4.4.3	Les communications interpersonnelles pour trouver du soutien .....	56
4.5	Le récit d'Annie.....	57
4.5.1	Sens du travail : la complexité des soins et le bien-être de l'autre .....	57
4.5.3	Le conflit de valeurs : l'ambiguïté du soin .....	58
4.5.3	La communication interpersonnelle pour prendre du recul.....	60
4.6	Analyse transversale des entretiens .....	62

4.6.1 Sources de plaisir et de sens au travail .....	62
4.6.2 La souffrance au travail : Les conflits de valeurs .....	71
4.6.3 Composer avec les malaises : la communication interpersonnelle.....	80
4.6.4 Des communications interpersonnelles insatisfaisantes .....	86
<b>CHAPITRE V INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION.....</b>	<b>89</b>
5.1 Rappel des objectifs et de la proposition de recherche.....	89
5.2 Éléments nouveaux ayant émergé lors des entretiens.....	90
5.3 Le conflit de valeurs en soins intensifs néonataux : Le rôle infirmier dépossédé de son sens premier .....	92
5.4 La perception du soin.....	95
5.5 Le partage de la souffrance à travers le collectif de travail .....	96
5.6 Les espaces de parole : les réunions de cas .....	98
5.7 Une ouverture sur le dialogue éthique .....	99
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>101</b>
<b>APPENDICE A GUIDE D'ENTRETIEN-PHASE 1 .....</b>	<b>104</b>
<b>APPENDICE B LETTRE D'INVITATION À LA PARTICIPATION .....</b>	<b>106</b>
<b>APPENDICE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....</b>	<b>107</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>111</b>



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
4.1 Éléments sources de plaisir et de sens au travail.....	64
4.2 Situations sources de conflit de valeurs .....	72
4.3 Stratégies de communication et effets sur les sujets .....	81

## RÉSUMÉ

Ce mémoire a comme visée de faire état du vécu de quatre infirmières travaillant sur une unité de soins intensifs néonataux aux prises avec un conflit de valeurs. L'objectif est de mieux comprendre ce vécu et de questionner les stratégies de communication interpersonnelle qui sont utilisées dans de telles situations et voir si ces stratégies permettent ou non la création de sens au travail. Nos intuitions premières étaient que les stratégies de communication qui sont utilisées permettent de redonner sens au travail en légitimant l'acte de soin à l'origine du conflit de valeurs. Pour effectuer cette recherche, nous avons opté pour une approche qualitative et compréhensive. Nous avons utilisé la méthode du récit de vie, avec comme outils d'investigation l'entretien demi-dirigé. Le corpus théorique utilisé afin d'appréhender notre objet de recherche s'appuie essentiellement sur des concepts propres à la psychodynamique du travail ainsi que sur les écrits de d'Edmond Marc et de Dominique Picard pour sa dimension communicationnelle.

L'analyse des données recueillies a mis en évidence que l'infirmière se trouvant aux prises avec le conflit de valeurs face à un soin aux patients va vivre une remise en question de son rôle auprès du patient, générant frustration, colère et parfois même de la culpabilité. Les stratégies utilisées pour faire face à ces inconforts, et qui prennent place dans le collectif de travail, serviront à modifier la perception de la situation, à aller chercher du soutien et à se faire confirmer dans leur vécu. Les échanges dans les réunions de cas, organisées par les médecins, sont également un espace communicationnel permettant à l'infirmière de diminuer les tensions liées au conflit de valeurs.

**Mots clés :** conflit de valeurs, psychodynamique du travail, communication interpersonnelle, personnel infirmier, stratégies communicationnelles

## INTRODUCTION

Les milieux de la santé sont de plus en plus touchés par les changements visant une rationalisation des méthodes de travail et de soin. Ces changements ont un impact considérable sur l'organisation du travail, qui met de l'avant des valeurs individuelles plutôt que collectives. Le collectif peut alors de plus en plus difficilement jouer son rôle de gardien de l'identité et du bien-être au travail des individus. Cela est d'autant plus avéré pour les soignants travaillant dans des unités de soins critiques.

Confrontées quotidiennement à la souffrance et à la mort, les infirmières travaillant sur l'unité de soins intensifs néonataux vivent régulièrement des conflits de valeurs liés aux soins aux patients. Face à de tels conflits, la souffrance peut s'installer chez le soignant si celle-ci n'est pas exprimée. Le manque d'espaces de parole, lié à l'organisation du travail, fait en sorte que l'infirmière doit faire usage de comportements stratégiques afin de tenter de régler son conflit de valeurs. L'objectif de cette recherche sera donc de mieux comprendre le vécu des infirmières en situation de conflits de valeurs et de mettre en lumière les stratégies utilisées pour y faire face. Ce mémoire se présente en cinq parties.

Le premier chapitre expose la problématique choisie en faisant état de la réalité du personnel infirmier travaillant sur une unité de soins intensifs néonataux. Le second chapitre établit notre cadre de référence, constitué de concepts issus de la psychodynamique du travail et positionné dans sa perspective communicationnelle. La méthodologie de recherche est présentée dans le troisième chapitre et souligne la posture épistémologique adoptée ainsi que les étapes de notre processus de recherche et d'analyse des résultats. Les résultats sont présentés dans le quatrième chapitre où l'analyse transversale permet de constater les différentes dimensions similaires et divergentes ayant émergé du récit de nos sujets. Finalement, le cinquième chapitre

présente l'interprétation de ces résultats qui sont mis en relation avec le cadre de référence et la proposition de recherche initiale.

## CHAPITRE I

### PROBLÉMATIQUE

Le présent chapitre a pour objectif de présenter les bases de notre problématique, soit : le contexte plus global du milieu de la santé dans lequel se positionne notre problématique; la réalité de terrain du travail du personnel infirmier de la néonatalogie et plus spécifiquement, le conflit de valeurs en situation de soins. Ensuite, la problématique sera ancrée dans une perspective communicationnelle. Finalement, les questions et objectifs de recherche seront présentés.

#### 1.1 La nouvelle gestion publique et ses effets sur l'organisation du travail

Le système de santé du Québec n'a eu de cesse de se transformer au cours des dernières décennies. Bien qu'ayant connu différents changements auparavant, le virage ambulatoire de 1995 modifie le visage du monde de la santé en visant « à diminuer le plus possible le recours à l'hospitalisation et à favoriser une prestation de services plus efficiente et plus adaptée aux besoins de patients vivant dans leur milieu naturel » (Bergeron et Gagnon, 2006, p.26). C'est dans cette même foulée qu'aura lieu une vague de retraites anticipées d'un nombre important de personnels soignants. Ces changements, ayant pour but de diminuer les coûts en santé, ont toutefois eu des répercussions importantes sur les réorganisations du travail de ce milieu en concourant à l'augmentation de la charge de travail des infirmières (Bourbonnais et *al.*, 2000).

Plus encore, en 2000, la loi sur l'administration publique donnait au gouvernement de la latitude quant à la mise en place des préceptes de la nouvelle gestion publique, établissant « un nouveau cadre de gestion axé sur les résultats pour l'ensemble des

ministères et des organismes gouvernementaux » (Quenneville, Clavet et Dubé, 2008, p.55). Une gestion « axée sur les résultats » tente de favoriser la performance afin d'atteindre des critères établis à l'avance, soit les résultats attendus liés à l'allocation de services (Secrétariat du Conseil du trésor, 2012). À ce sujet, de Gaulejac (2011) stipule que la nouvelle gestion publique implantée dans plusieurs secteurs d'activités valorise largement des normes et des valeurs propres à l'entreprise privée et à la pensée managériale, où les principes utilitaristes et productivistes guident les objectifs organisationnels.

Le travail est alors perçu à travers « la rentabilité, l'organisation de la production, la gestion des ressources humaines, donc à partir de critères essentiellement économiques, juridiques, managériaux et financiers » (*ibid.*, p.21). Cela modifie le rapport qu'a l'individu avec l'organisation où chacun doit adhérer à une culture de la haute performance et de rentabilité (*ibid.*). De Gaulejac (2005) affirme les gestionnaires font des efforts pour développer chez les employés l'adhésion à cette culture managériale, qui pourtant est loin de satisfaire le besoin de donner sens à leur travail.

Cet écart est le signe d'une profonde crise de l'ordre symbolique, c'est-à-dire de l'ensemble des référents, des langages et des codes qui donnent sens à l'action collective. [...] Chaque individu est renvoyé à lui-même pour apporter des réponses dans un monde qui semble de plus en plus incohérent (de Gaulejac, 2005, p.155).

### 1.1.1 La perte du collectif et la perte du sens au travail

Les nouvelles cultures organisationnelles, misant davantage sur les résultats à court terme, l'entretien de l'excellence et la compétition, sont considérés en sociologie du travail comme étant la source de la dissolution de la coopération et de l'esprit de

solidarité entre les membres de l'organisation (Girard, 2009). Porteur de liens stables et d'un sentiment d'appartenance dans le temps, le collectif a perdu son rôle de médiateur entre l'individu et l'organisation, ne servant plus d'« élément central de solidarité et de protection » (De Gaulejac, 2005, p.161). Aubert (2003) constate également une perte du lien social : les réorganisations du travail occasionnées par les réformes ne laissent plus d'espace ni de temps pour échanger avec les autres; le personnel soignant, centré sur la nécessité de mener à bien son travail, ne trouve que rarement le temps nécessaire à maintenir le lien avec les autres membres de son équipe. Poirier (2009) ajoute à cet effet que le manque de reconnaissance des valeurs collectives par les dirigeants et le manque de temps pour créer des espaces de dialogue contribuent à favoriser l'individuel au profit du collectif.

La perte des valeurs collectives favorisant les liens entre les travailleurs n'est pas sans conséquence pour l'individu, où la perte de sens de l'action est de plus en plus présente. Cette perte de sens peut, à plus ou moins long terme, être source de souffrance pour l'infirmière. Yalom (1980, cité dans Morin et Aranha, 2008) affirme que la recherche de sens est intrinsèquement liée à l'être humain et à son rapport au monde. L'individu a besoin de donner un sens à ses actions, sans quoi sa santé psychologique peut en être menacée. Une perte de sens peut entraîner « un sentiment d'aliénation caractérisé par un état de vide, d'apathie et d'ennui, ainsi qu'un sentiment d'inauthenticité, de dissonance émotionnelle et d'impuissance » (Morin et Gagné, 2008, p.5).

Ainsi, à cette perte du collectif dans le travail en milieu hospitalier s'ajoute la complexité du travail infirmier. Sur les unités de soins intensifs néonataux, où les cas des patients sont de plus en plus lourds et critiques, les infirmières sont confrontées à une organisation du travail leur permettant peu d'échanger avec leurs collègues lorsqu'elles vivent des situations à haute charge émotionnelle. Plus encore, le métier

d'infirmière en soi comporte certaines particularités qui amènent ces professionnels à être sensibles à un contexte de travail déstructurants pour le collectif.

## 1.2 Le travail infirmier

Le métier d'infirmière renvoie à un rapport au travail, à la profession qui peut être considéré de « vocationnel » contrairement à un rapport davantage « instrumental » : renvoyant à un sentiment d'utilité sociale, la structuration du travail infirmier et la qualité du travail trouvent leur fondement dans une approche empathique que sous-tend la relation d'aide (Bourbonnais et *al.*, 2000). Pour Blondeau (2013), le geste de soigner renvoie à un acte spontané lorsqu'il est question de la vie humaine et de la maladie. Plus encore, en comparaison avec d'autres métiers de relation d'aide, le métier de soignant se distingue nettement par le fait que ce dernier se trouve constamment en contact avec la souffrance de l'autre (Estryn-Behar, 1997).

Dans le même ordre d'idées, il est pertinent de soulever ici que la notion de *caring* constitue un élément central du métier d'infirmière. D'après Blondeau (2013), en opposition au terme plus médicalisé du *curing*, qui renvoie au traitement de la maladie et à la prise en charge du corps, le *caring* sous-tend les dimensions davantage subjectives du soin :

Il implique un respect global de la personne [...] la relation professionnelle se préoccupe non pas seulement de la maladie, mais aussi du malade; non pas seulement de la souffrance ou de la douleur, mais aussi de la personne souffrante; non pas seulement de l'information à fournir, mais aussi de la personne à renseigner; non pas seulement de la mort, mais aussi de la personne mourante (*ibid.*, p.118).



Ce concept renvoie essentiellement à un savoir-être dans son engagement envers l'autre et à l'expérience telle que vécue de la maladie et de la santé. À cet effet, la principale valeur inspirant l'action des infirmières est la dignité humaine, mettant au centre la dimension relationnelle (Langlois et *al.*, 2009). Ainsi, la place qu'occupe l'infirmière dans le soin du patient l'amène à vivre des situations pouvant être exigeantes émotionnellement :

Les contraintes psychiques à l'égard de l'obligation de prodiguer des soins et des services faisant preuve d'un haut niveau de performance et de compétence font partie du quotidien professionnel du personnel infirmier québécois et influencent le niveau de tension psychique et la santé de ces professionnels (Boivin-Desrochers et Alderson, 2014, p.89).

Cela est d'autant plus avéré dans le cas des infirmières travaillant sur des unités de soins critiques comme les soins intensifs néonataux, où l'organisation du travail et la charge psychique du travail au quotidien peuvent être déstabilisantes pour l'individu.

### 1.3 Le travail au sein de l'unité des soins intensifs néonataux

L'infirmière travaillant à l'unité de soins intensifs néonataux prodigue 85 % des soins offerts aux patients, ce qui fait d'elle la professionnelle de la santé la plus présente durant le séjour du nouveau-né malade ou prématuré (Martel et Millette, 2006). De ce fait, l'infirmière occupe plusieurs rôles : elle s'assure d'encadrer et de soutenir la famille du nouveau-né; elle sert de lien entre ce dernier, sa famille et l'équipe soignante tout en coordonnant les soins qui lui sont prodigués; elle est porte-parole du patient et de sa famille lors des rencontres multidisciplinaires; finalement, elle aide les parents à s'adapter et à s'intégrer dans les soins de leur enfant (*ibid.*).

Parallèlement, les équipes soignantes de la néonatalogie ont comme priorité la survie de bébés naissants malades et bien souvent n'ayant pas atteint la pleine maturité gestationnelle (Druon, 2005). Moriette et collaborateurs (2009) constatent que les naissances prématurées « posent de très difficiles problèmes décisionnels et éthiques aux équipes soignantes » (p.519), la survie de tels patients entraînant parfois des séquelles graves. À l'inverse, les équipes soignantes décident parfois de laisser mourir un patient qui peut-être se serait développé normalement si les soins avaient été entrepris. La prise en charge de tels patients suscite chez le personnel soignant un fort sentiment de responsabilité, chaque décision pouvant avoir un impact considérable sur l'avenir de l'enfant (Druon, 2005). Selon Janvier et *al.* (2007), ces situations éthiques sont fréquentes en néonatalogie: « the neonatal intensive care unit is often the site of ethically challenging cases, many of which center around the resuscitation and treatment of the extremely premature infant » (p.203).

Les unités de soins intensifs néonataux amènent les soignants à être quotidiennement confrontés à des situations de crises et à la mort, ce qui leur demandent de travailler rapidement et de s'adapter constamment à ce qui se présente (Charland et Vallée, 2003). L'organisation du travail s'en trouve ainsi très structurée et dépend d'une technologie en constante évolution. Cette technologie, omniprésente, augmente considérablement les exigences de la tâche liée aux soins, sans toutefois offrir aux infirmières une satisfaction additionnelle reliée au travail effectué (Carpentier-Roy, 1991). Carpentier-Roy (1991) ajoute à cet effet que « [...] le type de malade et le type de traitements obligent [...] à une certaine souplesse où doivent prendre place initiative, imagination, rapidité d'action et de réaction » (p.49). La notion de temps occupe ici une place importante car, dans les situations nécessitant d'intervenir rapidement, l'infirmière n'agit pas toujours en toute connaissance de cause (Langlois et *al.*, 2009). Meltzer et Huckabay (2004) affirment que de travailler dans un environnement chargé émotionnellement, où les situations de vie et de mort sont

présentes quasi quotidiennement, peut générer de grands stress et contribuer à l'expérience de souffrance au travail.

#### 1.4 La souffrance au travail chez le personnel infirmier

Pour l'individu, le travail peut être source de plaisir, d'accomplissement et de soutien identitaire tout autant qu'être source de souffrance et mener à divers troubles physiques, psychologiques ou psychiques (Alderson, 2004). Cette souffrance au travail fait l'objet de préoccupations grandissantes, notamment chez le personnel soignant, en raison d'une importante augmentation des absences pour maladies, entre autres pour les maladies d'ordre psychologique (Girard, 2009). Béland (2009) soutient notamment que le contexte de travail auquel est confronté le personnel infirmier l'amène quotidiennement à vivre une certaine forme de « souffrance de l'impuissance » (p.2). Cette impuissance naît lorsqu'il est confronté à la mort, aux conflits de valeurs ou à certains dilemmes éthiques. Le soignant en vient à vivre de la souffrance lorsque les problèmes éthiques ne sont pas résolus, faisant grandir les malaises présents et pouvant mener à l'épuisement professionnel. Le conflit de valeur vécu par le personnel infirmier, qui a été peu étudié jusqu'à maintenant, est source importante de souffrance au travail selon Girard (2009) et mérite qu'on s'y attarde plus en profondeur.

#### 1.5 Le conflit de valeurs comme source de souffrance au travail

Selon Girard (2009), la majorité des travailleurs, tous domaines confondus, font l'expérience du conflit de valeurs dans leur milieu de travail, ce type de conflit faisant partie intégrante de toute vie organisationnelle. Ces conflits « se produisent lorsque, dans une situation donnée, une personne est tiraillée entre diverses valeurs qui

préconisent des actes contradictoires » (*ibid.*, p.130). Dépendamment de la manière dont le conflit de valeurs est vécu, celui-ci peut remettre en cause, chez le travailleur, le sens du travail et par là même engendrer de la souffrance au travail (Girard, 2009). Une étude de Meylan, Boillat et Morel (2009) vient appuyer le fait que les conflits de valeurs vécus au travail peuvent atténuer le sentiment de bien-être et parfois même engendrer l'épuisement professionnel. Une autre étude réalisée par Austin et ses collaborateurs (2005) a su mettre en lumière que le travailleur qui pose des actions allant à l'encontre de ses valeurs morales peut voir apparaître un certain nombre de symptômes physiques liés à la détresse morale.

Le terme de « dilemme éthique » est celui qui est le plus utilisé dans les milieux de soins afin de parler du conflit de valeurs. Langlois (2008, dans Langlois et *al.*, 2009) définit le dilemme éthique comme des « explorations axiologiques en confrontation (conflit de valeurs personnel, professionnel ou organisationnel) qui, dans un processus réflexif de calibrage, viendra légitimer temporairement ou de manière permanente la décision du sujet [quant à l'action à prendre] » (p.22). Cette définition sous-entend que trois types de valeurs peuvent être impliquées dans le dilemme éthique, soit : personnelles, lié aux valeurs propres de l'individu; professionnelles, liées à l'acte professionnel et à l'éthique propre de la profession; et organisationnelles, liées à l'organisation du travail et aux demandes organisationnelles (Langlois et *al.*, 2009).

Selon une étude quantitative effectuée auprès de 96 infirmières de soins critiques dans deux hôpitaux urbains canadiens (Sawatzky, 1996), les sources de stress les plus courantes pour les infirmières sur une unité de soins critiques sont la responsabilité professionnelle, le processus décisionnel et la prolongation non nécessaire de la vie. Dans le même ordre d'idées, une étude sur les dilemmes éthiques effectuée par Séguin (2000, cité dans Charland et Vallée, 2003) a su identifier l'acharnement

thérapeutique comme le dilemme le plus important dans un centre hospitalier pédiatrique de Montréal. Langlois et ses collaborateurs (2009), dans le cadre d'une recherche exploratoire concernant l'impact du stress au travail sur la satisfaction et le bien-être des infirmières, ont également identifié l'acharnement thérapeutique et l'arrêt de traitement comme étant des sources importantes de dilemmes éthiques sur une unité de soins critique. Toutefois, il est à noter que ces situations ne mènent pas inévitablement à vivre de la souffrance, dépendamment de la manière dont ces dernières sont vécues (Zawatky, 1996; Langlois et *al.*, 2009; Charland et Vallée, 2003; Girard, 2009).

#### 1.5.1 L'acharnement thérapeutique témoignant du conflit de valeur

Les situations considérées par les infirmières comme de l'acharnement thérapeutique ont attiré notre attention pour la présente recherche. En effet, l'utilisation de la notion d'acharnement thérapeutique témoigne d'un conflit de valeurs : d'un côté, certains soignants s'opposent à poursuivre les soins, car « la conduite médicale adoptée [est] considérée comme mauvaise pour le malade » (Langlois et *al.*, 2009, p.23), tandis que de l'autre côté, certains soignants souhaitent continuer les soins afin de voir l'évolution du patient et prendre une décision plus éclairée (Langlois et *al.*, 2009). Il arrive que le rôle de l'infirmière par rapport à celui du médecin fasse en sorte que cette dernière n'arrive à résoudre le conflit que partiellement puisque « la valeur utilisée pour justifier l'action de l'infirmière sera la valeur organisationnelle – respecter les ordonnances médicales » (Langlois et *al.*, 2009, p.26) alors que l'infirmière, de par sa formation et les valeurs se rattachant à son métier, aurait préféré privilégier une valeur associée à sa pratique (Langlois et *al.*, 2009).

Plusieurs auteurs (Charland et Vallée, 2003; Langlois et *al.*, 2009; Gutierrez, 2005; Meltzer et Huckabay, 2004; Torjuul et Sorlie, 2006) s'entendent pour dire que le

sentiment d'incohérence vécu par l'infirmière concernant les actions qu'elle pose lors de situations critiques ne sont pas sans lien avec le fait qu'elles sont peu consultées dans les prises de décisions, augmentant par le fait même le malaise généré par le conflit de valeurs. Affectant l'intégrité de la personne, ces conflits peuvent amener l'infirmière à remettre en question sa qualité de soignante :

lorsqu'une personne se voit contrainte de privilégier dans ses tâches des valeurs qui ne correspondent pas à celles qu'elle voudrait mettre en pratique, et que cette incohérence est importante ou survient de façon répétitive, le travail perd de son sens, ce qui peut engendrer une souffrance considérable, sans compter les effets sur la performance de cette personne (Girard, 2009, p.134).

Cette auteur précise que ce n'est pas seulement le conflit de valeurs qui est la cause de la souffrance, mais aussi « la difficulté de nommer son malaise et de s'en distancier de façon réflexive, afin d'y mettre un terme raisonnablement, ou d'en parler ouvertement [...] » (Girard, 2009, p.134). Tous n'ont pas la même capacité à l'exprimer, surtout dans des situations mettant en jeux des rapports hiérarchiques ou organisationnels.

La communication interpersonnelle au travail occupe une place importante dans cette problématique. En effet, selon Girard (2009), la souffrance engendrée par des conflits de valeurs répétés pourrait être évitée par la création d'espaces de parole légitimés par l'organisation, où les différentes opinions, visions et façons de faire sont reconnues formellement plutôt que cachées.

## 1.6 Les communications interpersonnelles au travail

Cormier (2008) affirme que les individus sont tous interdépendants, car « liés l'un à l'autre dans l'interaction » (p.37). Selon cette auteure, c'est au niveau de la

communication interpersonnelle que la plus grande part du travail s'accomplit dans l'organisation; c'est également à ce niveau qu'émerge la majorité des difficultés vécues par les travailleurs (Cormier, 2008). Il est alors possible de rendre compte d'un contexte d'interdépendance, où chacun se voit sollicité dans les prises de décisions et la continuité du travail à accomplir. La volonté des travailleurs est mobilisée avec l'objectif de réduire la « violence » émergeant de conflits pouvant prendre naissance des désaccords entre les acteurs sur les manières de travailler et où il est question de mettre de côté une partie de sa propre subjectivité au profit du collectif (Dejours, 2009). Ce rapport à l'autre se complexifie davantage dans un contexte de soins, où le stress et la charge émotionnelle occupent une place considérable dans le quotidien des différents acteurs impliqués dans l'acte de soin (Piquemal-Vieu, 2001).

Plus encore, Lacoste (2005) affirme que la communication au travail se trouve à être créatrice des relations sociales tout autant que de l'effectuation des tâches prescrites. Ces relations sociales peuvent parfois permettre au travailleur de percevoir les situations de travail autrement :

Dans les hôpitaux, les pauses collectives se veulent avant tout des moments de détente, de distraction, de bavardage, de plaisanterie en commun, mais [...] elles n'en offrent pas moins l'occasion de parler du travail et parfois de résoudre des problèmes qui, dans un autre cadre, paraissaient insolubles (Lacoste, 2005, p.29).

Au quotidien, les relations entretenues avec les collègues peuvent influencer la satisfaction et le bien-être au travail. Gravel (2005) affirme notamment que l'entretien de relations et de communications de qualité dans l'équipe de travail « a une conséquence sur l'image de soi, la qualité de vie au travail, tout autant que sur la satisfaction, la motivation et l'estime de soi de chaque individu » (Gravel, 2005, p.6). Selon cette auteure, cette capacité pour l'individu d'établir des relations

interpersonnelles saines et efficaces à travers ses interactions n'en est pas moins une question de survie, tant personnelle qu'organisationnelle (Gravel, 2005). Clot (1997, cité dans Vézina et Carpentier-Roy, 2000) précise que ces échanges peuvent permettre la production tout autant que la perte de sens, dépendamment s'ils permettent ou non à l'individu de répondre à certains besoins psychiques relevant de son identité propre.

Marc (2008) soutient en ce sens que l'identité se trouve être la résultante de la situation de communication. Les interactions au quotidien et les images qu'elles renvoient à l'individu construisent l'image qu'il se fait de lui-même. Plus encore, l'une des motivations intrinsèques de la quête identitaire est de « préserver le sentiment d'intégration et d'unité du soi et sa continuité dans le temps » (Marc, 2008, p.46). Les situations de conflits ou d'incohérence interne venant déstabiliser l'individu dans son identité, celui-ci fera usage de stratégies (conscientes ou non) afin de maintenir un certain équilibre psychologique (Marc et Picard, 2015). L'objet de cette recherche se penche spécifiquement sur les stratégies de communication utilisées par les infirmières en néonatalogie lorsqu'elles vivent des situations de conflit de valeurs dans le but de comprendre en quoi elles contribuent à la satisfaction ou l'insatisfaction, au plaisir ou à la souffrance au travail et par le fait même maintenir, ou non, le sens du travail.

Ainsi, ouvrant la problématique sur les valeurs mises de l'avant dans les organisations par les nouveaux modes de gestion, il a été possible de constater que l'organisation du travail et la charge psychique du travail en soins intensifs néonataux peuvent être exigeantes pour l'infirmière qui y travaille. Face à la complexité des soins donnés aux nouveau-nés malades, cette dernière peut parfois être amenée à vivre le conflit de valeurs lorsqu'elle prodigue les soins au patient, lequel peut être générateur de souffrance psychologique, psychique et physique étant donné que le



sens qu'elle accorde à l'acte de soin se voit fragilisé. Dans ce mémoire, la communication et les relations au travail ont été posées comme étant partie intégrante de l'activité de travail puisqu'elles peuvent permettre de moduler le sens qu'accordent les individus à leurs actions. En situation de conflit de valeurs où l'identité est menacée, la personne fera usage de stratégies pour tenter de redonner sens à la situation générant le conflit. Ces éléments nous amènent à poser les questions de recherche suivantes :

### 1.7 Questions de recherche

Quelles stratégies de communication interpersonnelle sont utilisées par les infirmières travaillant sur une unité de soins intensifs néonataux suite à une situation de conflit de valeurs impliquant le soin au patient?

De quelle manière les stratégies de communication interpersonnelle contribuent-elles à la création de sens relatif au travail en situation de soins critiques générant un conflit de valeurs?

### 1.8 Objectifs de recherche

En concordance avec nos questions de recherche, nous avons les objectifs de recherche suivants :

Mieux comprendre l'expérience du conflit de valeurs telle que vécue par les infirmières de l'unité de soins intensifs néonataux;

Faire émerger les stratégies de communication interpersonnelles utilisées par les infirmières dans ces situations et découvrir si ces stratégies permettent ou non la création de sens au travail.

### 1.9 Orientations et pertinence de la recherche

Notre recherche se positionne dans un paradigme compréhensif, dans l'optique de saisir le vécu de l'infirmière lorsqu'elle se trouve à poser un acte de soin allant à l'encontre de ses valeurs, générant ainsi un malaise et parfois même, de la souffrance. Abordant une dimension sensible et subjective du travail infirmier, il nous apparaît pertinent de donner la parole aux infirmières afin de mieux comprendre la manière dont elles arrivent à composer avec la souffrance au travail et par le fait même, continuer à donner sens à ce qu'elles font. Les travaux de Poissons et collaborateurs (2014) soulèvent notamment que la prise en compte de la détresse morale dans les milieux de travail permet de maintenir les travailleurs en santé et motivés dans leur travail.

Le soignant travaillant en néonatalogie se trouve à prodiguer un soin à des patients dans des situations critiques, où la science et la technologie occupent une place importante. Comme mentionné dans la présente problématique, plusieurs études ont traité des charges de stress et de la souffrance des infirmières dans des contextes de soins critiques ou de soins intensifs, mais peu se sont intéressées spécifiquement au vécu de l'infirmière se trouvant aux prises avec un conflit de valeurs. Également, bien que la notion de conflit de valeurs dans les organisations ait été étudiée par maints chercheurs, notamment dans le domaine de l'éthique appliquée, peu de travaux se sont penchés sur le conflit de valeurs comme source de souffrance au travail (Girard, 2009) et encore moins d'un point de vue communicationnel. Du fait qu'il y a peu de

recherches sur le sujet, les interventions existantes pour prévenir cette souffrance sont plutôt inexistantes (Poisson et *al.*, 2014).

Nous venons donc de présenter les différents aspects de la problématique qui retiennent notre attention. Le prochain chapitre exposera les bases théoriques qui seront utilisées afin d'éclairer cette problématique. Les théories et concepts présentés dans ce second chapitre serviront également, dans notre démarche de recherche, à répondre à nos questions et objectifs de recherche.

## CHAPITRE II

### CADRE DE THÉORIQUE

Les théories et concepts présentés dans ce chapitre nous ont servi d'assises théoriques afin d'appréhender nos questions et objectifs de recherche. Dans un premier temps, plusieurs concepts ont été empruntés à l'approche de la psychodynamique du travail afin de nous éclairer sur le rapport de l'individu avec son environnement de travail. Cette approche nous a également permis de cerner les dynamiques relationnelles et identitaires présentes pour préserver le sens au travail, de même que ce qui peut générer la souffrance au travail et plus spécifiquement le conflit de valeurs, retenu comme source de souffrance pour les infirmières. La communication interpersonnelle est présentée comme étant le lien entre les différentes dimensions conceptuelles abordées. Les notions de statuts et de rôle y sont également définies.

#### 2.1 La psychodynamique du travail

Plusieurs concepts appartenant à la psychodynamique du travail sont apparus comme pertinents pour nous aider à répondre à nos questions de recherche, notamment pour comprendre la dynamique entre l'individu, le collectif et le sens du travail. Selon cette approche, l'individu est en interaction constante avec des éléments liés à l'organisation du travail, tels que « la division du travail, le contenu de la tâche (...), le système hiérarchique, les modalités du commandement, les relations de pouvoir, les questions de responsabilité, etc. » (Dejours, 1980, p.21). Ces éléments poussent l'individu vers un état de santé mentale précaire (Dejours et Abdoulecchi, 1990). Il s'agit alors, pour la psychodynamique du travail, d'investiguer les éléments présents dans l'organisation du travail venant perturber le fonctionnement psychique de l'individu de même que les mécanismes de défense, tant individuels que collectifs, servant à permettre aux individus « de maintenir à la fois leur engagement professionnel et leur équilibre psychique » (Alderson, 2004, p.243). Ces stratégies

défensives sont parfois conscientes, souvent inconscientes et servent à modifier la perception de ce qui fait souffrir (Molinier, 2010).

Les stratégies défensives se traduisent par des attitudes ou des comportements sains et utiles à la santé mentale dans la mesure où, en aidant les individus à résister aux agressions de l'organisation du travail [...] ou à conjurer la peur face à certains risques du travail, elles préservent leur équilibre psychique (Dejours, 1987, cité dans Alderson, 2004, p.251).

Ces stratégies peuvent donc se traduire par l'établissement de normes d'actions collectives ou individuelles, permettant à la personne de faire face aux conflits rencontrés dans le travail (Dejours, 1987).

Contrairement aux approches cognitives, qui cherchent les causes individuelles des troubles psychologiques et qui expliquent les troubles de santé mentale au travail comme « l'échec des efforts d'adaptation des individus » (Vézina, 1996, p.117), l'approche de la psychodynamique du travail tente plutôt de « dépsychologiser » les risques psychosociaux liés au travail, accordant une plus grande place à la subjectivité, se concentrant sur l'expérience vécue du travail et ses ressorts inconscients (Alderson, 2004). L'attention est alors portée sur l'importance pour l'individu au travail de répondre à des besoins touchant son identité propre, besoins comme le désir d'accomplissement de soi et de reconnaissance. Pour Dejours (1993), la subjectivité se trouve ainsi à occuper une place importante dans l'activité de travail, l'identité de l'individu y étant mobilisée au quotidien :

[...] travailler n'est pas seulement produire pour transformer le monde, c'est aussi se transformer soi-même, se produire soi-même et se révéler à soi-même. Outre le fait d'être un lieu de production de soi, le travail est également un lieu de production de rapports sociaux, un lieu où l'identité et le positionnement social se construisent par l'entremise, essentiellement, de la reconnaissance (Dejours, 1993, cité dans Alderson, 2004, p.246).

### 2.1.1 Le besoin de reconnaissance

L'individu jouant son identité sur son lieu de travail, ses comportements seront orientés afin de lui permettre de répondre à son besoin de reconnaissance (Alderson, 2004). Le besoin de reconnaissance se trouve à être un besoin fondamental de l'individu dans sa quête identitaire :

La reconnaissance au travail constitue un gage de la contribution de l'individu à la construction d'une œuvre commune et à une création socialement utile. En ce sens, elle est un élément déterminant de l'accomplissement de soi et de l'identité d'une personne » (Dessors, 1995, cité dans Vézina et Carpentier-Roy, 2000, p.34).

La reconnaissance se manifeste au travers du jugement de l'autre quant aux actions posées et aux compétences de l'individu.

C'est au travers des interactions dans le collectif de travail que se manifesterà ce jugement quant aux compétences de l'individu. Le collectif de travail est défini en psychodynamique du travail comme un groupe appartenant à la même catégorie socioprofessionnelle, partageant des normes, des règles et des contraintes de travail communes (Vézina et Carpentier Roy, 2003). C'est donc au travers ces rapports sociaux de travail que s'inscrit le jugement d'autrui sur les compétences et la capacité de faire (Vézina, 2000). Cette reconnaissance par les pairs sera génératrice de sens et de plaisir au travail, ouvrant la voie à la valorisation sociale malgré les difficultés ou problèmes rencontrés par l'individu dans le cadre de ses fonctions (Carpentier-Roy, 1989, cité dans Vézina, 2000). Inversement, la non-reconnaissance de ce que vit l'individu dans sa réalité au travail peut l'enjoindre à douter de lui-même et venir ébranler son identité, entraînant par le fait même une diminution de son estime de soi et l'amenant à douter de son apport au travail (Vézina, 1996). Cet apport au travail,

en lien avec la quête identitaire, est également motivé par le désir d'accomplissement de soi.

### 2.1.2 Le désir d'accomplissement

Une seconde dimension présente en psychodynamique du travail et qui a retenue notre attention fait référence au sujet en quête d'accomplissement. Ce concept postule qu'en cohérence avec leur quête identitaire, les individus sont habités par un désir d'accomplissement. Ce désir pousse l'individu à vouloir agir afin de contribuer « à la création sociale ou à la construction d'une œuvre commune » (Alderson, 2004, p.252). Selon Vézina (2000), cette recherche d'accomplissement sera d'autant plus effective dans un environnement de travail lui permettant de relever des défis, d'être autonome et de pouvoir développer sa créativité. Lorsque le travail offre cet espace, l'organisation du travail dans lequel est placé l'individu est alors dite « structurante » pour l'identité, permettant à la personne de développer de nouvelles compétences. Ainsi, une organisation du travail structurante permettra à l'individu de développer le sentiment d'accomplissement de soi, dans un rapport dialogique entre ses propres désirs et son environnement de travail. À l'opposé, le travailleur peut se trouver démobilisé ou déprimé si l'organisation du travail ne lui permet pas de répondre à son besoin d'accomplissement (Vézina, 1996). Afin de mettre en lumière la manière dont l'individu agit face à l'organisation du travail, la psychodynamique du travail s'intéressera alors au travail vécu.

### 2.1.3 Le travail vécu

Le travail vécu s'adresse à la subjectivité de l'individu, à l'expérience qu'il fait de son rapport au travail et à ses pairs. Selon la psychodynamique du travail, le concept

de travail vécu est central pour comprendre la manière dont l'individu arrive à donner sens à son travail (Vézina, 2000).

En ce sens, face à sa réalité de travail, le sujet se mobilise pour tenter de conjuguer le travail prescrit avec le travail réel. Le travail prescrit est défini par Avarguez (2009) comme ce qui est demandé au travailleur pour tenter d'anticiper, de prévoir et d'encadrer le travail réel. Bien souvent coupé de la réalité, le travail prescrit peut difficilement être appliqué tel quel, mais demeure indispensable pour donner une ligne directrice quant au travail à effectuer (Avarguez, 2009). Le travail réel, quant à lui, est « le travail en train de se faire » (Avarguez, 2009, p.2). Il existe toujours un écart entre le travail prescrit et le travail réel. En effet, que ce soit au niveau de l'environnement physique ou des conduites humaines, il y aura toujours des dimensions de variabilité non calculables, non mesurables et donc échappant à la prescription (Vézina, 2000). Cet écart crée un espace nécessaire pour que l'individu s'ajuste à sa situation de travail (Dejours, 2009). Les stratégies que l'individu tentera de mettre en place pour s'ajuster entre le prescrit et le réel prendront sens si ces dernières arrivent à combler l'écart pressenti entre les deux. Afin de comprendre ces stratégies, la psychodynamique du travail s'intéressera alors au travail vécu (Alderson, 2004), considéré comme « vécu du travail prescrit, vécu du travail réel et vécu des écarts, tensions, combinaisons/confrontations entre les deux » (Avarguez, 2009, p.2). C'est à partir de ce travail vécu que l'individu tente de donner sens à son travail (Avarguez, 2009).

#### 2.1.4 Le sens du travail

En cohérence avec les concepts précédemment présentés, la psychodynamique du travail repose sur trois dimensions de base servant à la construction du sens qu'a le travail pour l'individu, et par le fait même, à sa construction identitaire : son rapport



au travail, à un collectif et à soi-même (Vézina, 2000). Le travail est alors considéré comme « une activité dirigée ou s'établit une triple relation : à l'objet de l'action, aux personnes concernées par l'objet et à soi-même » (Vézina, 2000, p.36). Le sens du travail apparait ou, au contraire, se perd au travers de la relation qu'entretient l'individu avec chacune de ces dimensions (Clot, 1997, cité dans Vézina, 2000). Ainsi, si l'équilibre entre ces trois dimensions est déstabilisé, c'est à ce moment que le sens du travail peut être remis en cause, générant de la souffrance (Vézina, 2000).

#### 2.1.5 Plaisir et souffrance au travail

S'intéressant de près à la notion de souffrance au travail à travers le vécu subjectif de l'individu, la psychodynamique du travail tente également de cerner les relations existantes entre le plaisir et la souffrance au travail et « propose l'analyse des stratégies que doivent déployer les travailleurs pour ne pas être malades et des dégâts que la souffrance produit sur leur équilibre psychique. Elle analyse également les sources de plaisir au travail » (Carpentier-Roy, 1991, p18). Ainsi, le plaisir et la souffrance au travail sont deux concepts centraux lorsque l'on observe les phénomènes sous l'œil de la psychodynamique du travail.

Le plaisir est ici abordé sous l'angle de la psychanalyse, au sens où il permet à l'individu de réguler la charge psychique engendrée par l'activité de travail (Carpentier-Roy, 1991). Le plaisir au travail est considéré comme un état de bien-être psychique vécu par le travailleur au moment où il trouve satisfaction à ses besoins et désirs de reconnaissance dans son travail, se manifestant entre autres dans « l'expérience de la coopération, de la solidarité, de la convivialité et de la confiance » (Alderson, 2004, p.250). Plus encore, « le plaisir désigne, simplement, la satisfaction, un état de bien-être résultant de la réalisation d'un besoin ou d'un désir, d'un défi, d'un effort, d'une œuvre, d'un projet » (Rhéaume, 2008, p.458). Ce sont

essentiellement ces éléments de satisfaction et de bien-être qui seront investigués en regard de cette dimension de *plaisir au travail*.

Inversement, la souffrance renvoie à un état de mal-être pouvant être lié, entre autres, à des situations génératrices de colère, d'ennui, de peur, d'anxiété, tout autant que « la perte du plaisir, de la coopération, de la solidarité et de la convivialité au travail » (Alderson, 2004, p.249). Engendrée par « une contrainte plus ou moins forte s'opposant ou restreignant l'action et la poursuite d'un projet, d'un désir » (Rhéaume, 2008, p.458), la souffrance psychique sert à l'individu à lutter contre ces contraintes. De cette lutte découleront des stratégies défensives afin d'éviter de tomber dans des états pathogènes et tenter de garder un sens aux actions posées (Rhéaume, 2008). Il est à noter que l'individu est ici considéré comme étant le « témoin privilégié de sa situation de travail » (Alderson, 2004, p.245); ce dernier a la possibilité de s'interroger sur son rapport au travail et de lui donner un sens, tout en agissant sur cette réalité afin qu'elle convienne à ses besoins et ses aspirations (Carpentier-Roy, 1991). C'est au moment où le sens du travail est remis en cause que la souffrance peut s'installer. Nous avons porté notre attention pour la présente recherche au conflit de valeurs comme élément pouvant générer une perte de sens de l'action et peut-être même générer de la souffrance.

## 2.2 Valeurs et conflit de valeurs

Les valeurs de l'individu, que ce soit des valeurs personnelles ou professionnelles, sont directement reliées au sens accordé aux actions posées (Girard, 2009). Selon le champ de la psychologie, une valeur renvoie à la croyance provenant de notre socialisation « qu'un certain état de fait est souhaitable, préférable à d'autres (Shwartz, 2006). Avec le temps, celles qui nous sont inculquées s'intègrent à notre identité, notre image de soi : ce sont "nos" valeurs » (Girard, 2009, p.130). Les

valeurs influencent la manière qu'ont les individus de voir le monde et jouent un rôle significatif quant à la création d'un sens aux expériences de la vie (Gutierrez, 2005). C'est pourquoi l'être humain a un besoin fondamental de cohérence entre ses valeurs, les décisions qu'il prend et les actions qu'il pose : « cette cohérence procure un sentiment de sécurité psychologique et de sérénité qui aide le travailleur à faire face aux épreuves que comporte inévitablement l'exercice même de ses fonctions » (Morin et Aranha, 2008, p.10).

Selon Girard (2009), le conflit de valeur prend place lorsque deux valeurs proposent des lignes de conduite différentes dans une situation donnée. Le dilemme pour l'individu est qu'il doit alors faire le choix d'une de ces deux valeurs afin de résoudre son problème et ainsi passer à l'action. Dans le cas où la valeur choisie ne concorde pas avec la valeur que l'individu aurait voulu mettre en pratique, notamment si celle-ci lui a été imposée, ce dernier verra naître chez lui un certain malaise, malaise témoignant du conflit de valeur (Girard, 2009). Le soignant peut en arriver à remettre en question la cohérence de ses actes si le malaise vécu n'est pas exprimé. Le sens de l'action posée, essentiel dans l'équilibre et le bien-être de la personne, peut être grandement déstabilisé par le conflit de valeurs et mener, dans certains cas, à vivre cette perte de sens et engendrer la souffrance (Girard, 2009). L'individu ne reste toutefois pas passif face à une telle situation, mobilisant « des stratégies individuelles et collectives de défense pour contrer cette souffrance » (Vézina et Carpentier-Roy, 2000, p.36). Le social occupant une place importante en psychodynamique du travail quant à la transformation de la souffrance en plaisir au travail, nombre des stratégies servant à contrer la souffrance au travail relèveront de la sphère communicationnelle.

### 2.3 La communication interpersonnelle

Les écrits de Marc et Picard (1989, 2006, 2015) sont utilisés afin d'approcher notre objet de recherche dans sa dimension communicationnelle. Leur vision de la communication nous permet de mettre en relation les différentes dimensions conceptuelles utilisées jusqu'à maintenant. Leur vision a en ce sens plusieurs points de rencontre avec l'approche de la psychodynamique du travail, prenant en compte la dimension intrapsychique de l'individu dans ses interactions quotidiennes.

Inspirés de l'approche écosystémique de la communication, ces auteurs proposent une vision de la communication nous permettant de prendre en compte les aspects subjectifs de l'individu en interaction, en même temps que la dimension sociale. Il s'agit, dans cette optique, de faire coexister deux axes de recherche en communication : l'un s'intéressant à la dimension interactionnelle et l'autre s'attardant aux mécanismes psychologiques sous-jacents à tout acte de communication. Nous retrouvons, d'un côté, l'interaction comme objet de recherche; de l'autre, le psychisme individuel. L'objectif est d'articuler ces deux perspectives en leur accordant toutes deux la même importance. En ce sens, les mécanismes intrapsychiques de l'individu se développent au travers l'interaction avec l'autre, mais, une fois constitués, ces mêmes mécanismes influencent les actions et la manière d'entrer en relation. Considérant ces dimensions, Marc et Picard (2015) proposent la définition suivante de l'acte de communication :

Un acte de communication se présente comme un système complexe, dynamique, producteur de sens et porteur d'enjeux pour les interlocuteurs, aux finalités multiples dans lequel le transfert d'information n'est qu'un aspect parmi d'autres. Car communiquer c'est aussi : définir une relation, affirmer son identité, négocier sa place, influencer l'interlocuteur, partager des sentiments ou des valeurs et, plus largement, des significations (p.62).

À l'instar de ces auteurs, Cormier (2008) ajoute que la communication interpersonnelle, abordée sous l'angle relationnel et interactionnel, renvoie à une mise en commun de significations, créées conjointement par les personnes en interaction.

Par ailleurs, Marc et Picard (1989, 2015) ajoutent qu'un échange ne prend sens que par rapport au contexte dans lequel il s'insère, étant « [...] en lui-même porteur de normes et de règles qui font de lui un élément structurant de la communication » (Marc et Picard, 2015, p.73). Le contexte de communication se pose au sein d'une organisation structurée, avec ses normes, ses codes, ses valeurs, etc. Dans le contexte de soin dans lequel nous nous situons, les notions de statuts et de rôles sont à prendre en considération, la manière dont chacun perçoit le rôle de l'autre influençant fortement les échanges entre les individus (Marc et Picard, 1989).

### 2.3.1 Statuts et rôles

L'infirmière se trouve en constante interaction avec les divers professionnels et médecins s'occupant de la santé de l'enfant, ce qui amène les différents acteurs à échanger entre eux sur leurs activités liées à leurs rôles et fonctions respectifs. En contexte de travail, la place occupée dans la structure hiérarchique de l'organisation renvoie au statut de l'individu, tandis que le rôle se trouve à être « l'expression dynamique du statut » (Marc et Picard, 1989, p.110). Ce rôle se manifeste au travers l'attitude adoptée par l'individu dans ses interactions, se trouvant être une réponse à l'attitude des autres envers lui, lui reflétant son rôle.

[...] la notion de rôle ne prend tout son sens que si on la situe dans une perspective interactionnelle. Elle ne désigne pas un attribut individuel, mais un fait relationnel où les comportements d'un acteur ne sont compréhensibles que dans les rapports qui les relient aux comportements des autres acteurs qui sont

en contact avec lui au sein d'un contexte déterminé. (Marc et Picard, 1989, p.110).

Cette manière de voir amène les auteurs à se questionner sur l'interprétation que fait chaque individu de son rôle et également, se questionner sur les « stratégies » guidant les comportements.

### 2.3.2 Les comportements stratégiques

Comme mentionné précédemment, le conflit de valeurs vécu par l'infirmière peut lui faire remettre en question son rôle et sa qualité en tant que soignante. En cohérence avec l'approche de la psychodynamique du travail, elle sera alors amenée à faire usage de stratégies afin de redonner sens à ses actions et ainsi tenter de diminuer et éviter les malaises et la souffrance pouvant en découler. Il s'agira ici de tenter de mettre en lumière les stratégies de communication qui sont utilisées en situation de conflit de valeurs. Le concept de « stratégie de communication » étant plutôt vaste, il nous importe d'en donner une définition. Marc et Picard (2015) nous éclairent à cet effet :

Avoir un comportement « stratégique », c'est adopter (consciemment ou inconsciemment) des attitudes et des comportements en fonction d'un but à atteindre [...] En effet, ce qui motive la relation, en dehors des buts opératoires, c'est le gain ou la satisfaction qu'on y trouve » (p.91).

En effet, que ce soit de manière consciente ou inconsciente, les stratégies qui seront alors adoptées pour atteindre ces buts sont « conçues comme des schémas d'action et de communication orientés vers l'effet visé » (Marc et Picard, 2015, p.87). Ces stratégies serviront à l'individu à répondre à des enjeux d'ordre symboliques, ayant

comme objectifs de combler des besoins « de satisfaction affective, d'image, comme la reconnaissance d'autrui ou la valorisation de soi » (Marc et Picard, 2015, p.87).

#### 2.4 Proposition de recherche

À la lumière de ce qui est précédemment présenté, notre proposition de recherche est la suivante :

En situation de soin où l'infirmière vit le conflit de valeurs, cette dernière fait usage de stratégies de communication interpersonnelle afin d'éviter la souffrance. Ces stratégies lui permettront soit de redonner sens à son travail en légitimant l'acte de soin à l'origine du conflit de valeurs, soit seront insatisfaisantes et pourraient, à long terme et de manière répétée, mener à la souffrance psychologique, physique et/ou psychique.

Nous avons accordé une attention particulière, avec la psychodynamique du travail, à la dynamique entre le social, le soi et le travail, permettant à l'individu de trouver un espace pour donner sens à son travail en situation de contraintes, en transformant ce qui peut être source de **souffrance en plaisir au travail**. Nous portons alors l'attention au **travail vécu** et à la dimension subjective que l'individu entretient avec les situations de travail auxquelles il est confronté. Les sources d'**accomplissement de soi** au travail et la **reconnaissance** à travers le collectif de travail sont deux éléments importants à prendre en considération quant au sens que l'individu donne à son travail. Le **conflit de valeurs** a été présenté comme un élément générateur de souffrance et de perte de sens au travail chez l'infirmière. Le social occupant une place centrale en psychodynamique au travail quant la création de sens au travail, nous nous sommes attardés plus spécifiquement sur la dimension

communicationnelle et relationnelle de l'individu au travail, mettant en jeux des **rappports statutaires et de rôle.**

Ces différentes dimensions nous permettent de porter un éclairage sur ce qui pousse l'individu à entrer en relation dans des situations de conflits de valeurs. En effet, l'identité de l'individu se trouvant déstabilisée par le conflit de valeur, ce dernier fera usage de **comportements stratégiques** afin d'éviter la souffrance pouvant en découler. Afin d'éclairer nos principaux questionnements, une attention particulière est portée sur les stratégies communicationnelles tournées vers le collectif de travail. Ces approches et concepts ont été sélectionnés dans le but de répondre à nos objectifs de recherche, soit : Mieux comprendre l'expérience du conflit de valeurs telle que vécue par les infirmières de l'unité de soins intensifs néonataux; Faire émerger les stratégies de communication interpersonnelles utilisées par les infirmières dans ces situations et découvrir si ces stratégies permettent ou non la création de sens au travail.

Le présent chapitre nous a servi à présenter les différentes approches et les concepts utiles pour appréhender notre objet de recherche. Le chapitre suivant propose le cadre méthodologique qui sera utilisé afin de nous préparer à aborder le terrain de recherche.



## CHAPITRE III

### MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre sont présentées les principales assises méthodologiques ayant permis de recueillir et d'analyser nos données. L'approche qualitative et compréhensive en tant que posture épistémologique est présentée, suivie de la méthode de recherche du récit de vie qui a été choisie pour mener à bien la recherche. Un rappel des principales dimensions à l'étude seront exposées, suivi des instruments d'investigation privilégiés, la démarche d'analyse, la sélection des participants et l'accès au terrain, pour terminer avec les méthodes utilisées pour assurer la scientificité des résultats.

#### 3.1 Posture épistémologique : approche qualitative et compréhensive

Afin de répondre à nos objectifs de recherche, nous considérons qu'une démarche de recherche qualitative est appropriée. Prenant compte de la complexité des phénomènes, ce type de démarche tente de comprendre et de décrire les phénomènes, en démontrant une grande souplesse et de l'ouverture sur le monde (Bonneville et *al.*, 2007).

Attentive à la pluralité de constructions de sens, la démarche qualitative oblige plutôt à acquérir une perception davantage holistique des problèmes et des enjeux et à procéder à un « recadrage socio-anthropologique » afin de tenir compte du contexte socioculturel de chaque situation-problème et de comprendre la spécificité et la complexité des processus en jeux (Poupart et *al.*, 1997, p.57)

Le paradigme compréhensif est ce qui distingue particulièrement les recherches de types qualitatives (Bonneville et *al.*, 2007) en reconnaissant « la valeur de la parole des acteurs qui sont habilités à livrer un sens unique » de leur expérience (Guignon et

Morissette, 2006, p.26). Contrairement à l'explication, caractérisée par son objectivisme, la compréhension prend en compte la dimension subjective dans la construction de la connaissance. L'explication et la compréhension relèvent en effet de deux manières bien distinctes d'appréhender le monde. Selon Desmarais (2009) :

La proposition « comprendre » renvoie à une vision signifiante du monde ou plutôt à une réalité sociale et psychologique dont la caractéristique principale est l'existence d'un sens. [...] La compréhension [tiens compte] de la totalité, de l'historicité, du sens et de la profondeur d'une expérience de vie (p.371).

Dans cette optique, nous considérons que l'approche compréhensive trouve toute sa pertinence en ce sens qu'elle nous permet d'appréhender le phénomène étudié en prenant en compte l'unicité de l'expérience des sujets. En cohérence avec une telle approche, nous avons opté pour une stratégie de recherche nous permettant d'avoir accès au vécu des sujets, soit le récit de vie.

### 3.2 Stratégie de recherche : le récit de vie

Nous souhaitons mieux comprendre l'expérience du conflit de valeurs vécue par l'infirmière de l'unité soins intensifs néonataux et identifier les stratégies utilisées pour donner sens à ses actions face à de telles situations. Le récit de vie nous est en ce sens apparu cohérent avec nos objectifs de recherche de même qu'avec nos principales assises théoriques. Le récit de vie s'inscrit dans la lignée des approches biographiques, associées à la tradition sociologique développée dans les années 1920-1930 à l'école de Chicago (Demazière, 2011). Cette méthode permet d'accéder à « la succession des situations objectives du sujet, mais aussi [à] la manière dont il les a vécues, c'est-à-dire perçues, évaluées et agies sur le moment [...] » (Bertaux, 1997, cité dans Desmarais, 2009, p. 375). Le récit de vie permet d'aller chercher chez les sujets des dimensions subjectives plus difficilement atteignables par d'autres

approches, en les questionnant notamment sur leur vécu concernant des situations précises et le regard qu'ils portent sur leur réalité (Sanséau, 2005; Desmarais, 2009).

Nous nous intéressons de près à l'expérience que fait l'infirmière d'une dimension précise de sa pratique professionnelle. En ce sens, pour Bertaux (2013), les sujets se trouvent à posséder des connaissances pratiques de leur expérience, nous ouvrant ainsi la voie à un champ de connaissance davantage orienté sur l'action en contexte professionnel :

Dans cette perspective, le récit de vie peut constituer un instrument remarquable d'extraction des savoirs pratiques, à condition de l'orienter vers la description d'expériences vécues personnellement et des contextes au sein desquels elles se sont inscrites (p.20).

Le sujet abordé avec les personnes relève donc d'événements passés dans leur contexte professionnel, ce qu'elles ont vécu de positif et de négatif concernant ces événements et le regard qu'elles portent sur ce vécu. Pour Bernard (2011), un tel choix positionne le chercheur dans le fait qu'il reconnaît qu'il y a une genèse au point de vue du narrateur, tout autant que le fait que ce dernier a la capacité de relater son passé dans le présent. La stratégie choisie nous a donc permis d'entrer en exploration du vécu du sujet-narrateur, ouvrant ainsi la voie à un nouvel univers de sens (Bertaux, 2013).

### 3.3 Rappel des principales dimensions à l'étude

Considérant nos questions et objectifs de recherche, le premier thème abordé renvoie à la dimension du sens du travail, soit ce qui est source de plaisir et d'accomplissement pour l'infirmière dans sa pratique en néonatalité. Le second thème, qui est relié à la dimension de la souffrance vécue, renvoie au conflit de

valeurs et aux situations de soin sources de conflit de valeurs. Finalement, notre troisième thème relève de notre inconnu, soit les stratégies qui sont utilisées dans de telles situations. L'instrument privilégié pour recueillir nos données a été l'entretien semi-dirigé, qui permet à priori « de rendre explicite l'univers de l'autre [ et ] de décrire, de façon détaillée et nuancée, son expérience » (Savoie-Zjac, 2009, p.342).

### 3.4 Instrument d'investigation : L'entretien demi-dirigé

L'entrevue semi-dirigé, tel que présenté par Savoie-Zjac (2009), a été choisi comme instrument d'investigation étant donné que nous désirons explorer certains thèmes précis, orientés sur l'expérience spécifique que fait l'infirmière des situations qui lui font vivre un conflit de valeurs. Nous demeurons toutefois fidèle à l'esprit du récit de vie, en restant « ancré dans le point de vue et le sens que les acteurs sociaux donnent à leur réalité » (Savoie-Zjac, 2009, p.337). L'échange verbal qui a lieu lors de l'entrevue contribue au partage d'un savoir d'expertise, expertise différente selon chacun des interlocuteurs : le chercheur se trouve à être expert du processus de recherche et des techniques d'entrevue, tandis que l'interviewé se trouve à posséder des connaissances et une expérience pertinente à l'objet d'étude (Savoie-Zjac, 2009). En ce sens, le chercheur doit se positionner dans une posture d'ouverture, laisser de côté ses présupposés et être en mesure de « désapprendre » ce qu'il croit savoir sur son sujet. Il pourra ainsi être plus apte à saisir, graduellement, les enjeux qui émergent du discours du narrateur (Bertaux, 2013).

Notre objectif étant centré sur une situation bien précise et sur le vécu par rapport à cette situation, la technique de l'entrevue semi-dirigée telle que décrite par Savoie-Zjac (2009) a été retenue, car elle nous a offert la possibilité de recadrer, au besoin, sur nos thèmes à l'étude, tout en nous donnant assez de liberté pour permettre à l'interviewé d'approfondir sur les sujets abordés.

L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à une telle interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé (Savoie-Zjac, 2009, p.340)

Un guide d'entretien a donc préalablement été préparé, respectant le degré de directivité recherché et couvrant les différents thèmes (voir appendice A). Savoie-Zjac (2009) précise que le chercheur doit faire preuve d'assez de latitude pour permettre à l'interviewé de s'exprimer sur ce qui fait sens pour lui en regard des sujets abordés. Ce faisant, il est possible de voir émerger de nouveaux éléments pouvant éclairer le phénomène et qui n'avaient pas préalablement attiré l'attention du chercheur.

Dans un souci de rester cohérent avec la méthode du récit de vie, un second entretien a été effectué avec chacun des participants à l'étude afin d'approfondir la compréhension de certains éléments pertinents à la recherche. En plus d'aller chercher cette profondeur, ce second entretien a également permis de valider notre compréhension de certains propos suite à la première analyse, et ainsi rester le plus possible fidèle au sens accordé par le participant à son expérience (Poirier, Clapier-Valladon et Raybaut, 1983).

### 3.5 L'analyse inductive comme démarche d'analyse des données

L'analyse inductive sous-tend le processus d'analyse de notre corpus de données, où la compréhension du phénomène se trouve à émerger du sens qu'accordent les sujets au phénomène identifié. Pour Blais et Martineau (2006), la notion de sens se trouve être l'élément central de la logique inductive, le chercheur ayant comme tâche

principale de « dégager le sens que l'acteur a construit à partir de sa réalité » (Blais et Martineau, 2006, p.3). Savoie-Zjac (2000) abonde en ce sens en mentionnant que la richesse d'une recherche qualitative repose sur la capacité du chercheur à faire émerger le sens des données brutes. Notre sujet relevant davantage du domaine du sensible et se rapportant à la subjectivité des personnes concernées, il nous semblait nécessaire d'adopter une telle démarche.

L'émergence du sens par l'analyse inductive s'est faite au travers de diverses procédures systématiques qui ont, tout au long du processus, été guidées par les questions et les objectifs de recherche, en s'appuyant sur « la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuie sur ces données brutes » (Blais et Martineau, 2006, p.3). La définition de catégorie selon Paillé et Mucchielli (2008) a été retenue ici :

On peut définir la catégorie comme une production textuelle se présentant sous forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche. [...] À la différence de la « rubrique » ou du « thème », elle va au-delà de la désignation même de contenu pour incarner l'attribution même de la signification (Paillé et Mucchielli, 2008, p.233-234).

L'analyse par catégorie nous a ainsi permis d'avoir accès à une interprétation des données allant au-delà de ce qu'elles offrent à priori (Denzin et Lincoln, 2005). Nous avons donc effectué un travail de mise en sens du discours des sujets interrogés, avec le souci constant de rester fidèle à nos objectifs et questions de recherche.

La première étape de notre analyse fut de transcrire l'intégralité des verbatims, suite à quoi nous avons effectué plusieurs lectures détaillées de chacun des entretiens. Ensuite, nous avons procédé à une analyse verticale et approfondie de chacun des entretiens, en les surlignant et en les annotant, dans le but de nous approprier

davantage les éléments saillants de notre corpus (Paillé et Mucchielli, 2008). Nous avons par la suite fait ressortir les premières catégories, puis des sous-catégories, à partir de sections de texte qui nous semblaient présenter un sens particulier en regard de nos objectifs de recherche. Blais et Martineau (2006) insistent sur le fait que l'objectif est de créer un nombre restreint de catégories (pas plus de huit), et ce, afin que nous puissions avoir une vue d'ensemble des éléments qui ont émergé comme étant les plus importants.

Nous avons effectué deux entretiens avec chacun des participants. Nous avons donc, pour chacun, effectué l'analyse approfondie du premier entretien. Nous y avons fait ressortir les éléments forts et nous avons identifié les dimensions pertinentes à la recherche nécessitant un approfondissement. C'est sur ces éléments, particuliers à chaque participants, qu'ont porté les seconds entretiens. Nous avons, tout comme les premiers entretiens, analyser en profondeur ces seconds entretiens. Nous avons joint les dimensions et catégories qui ont émerger de ces entretiens à nos grilles d'analyse premières, afin de compléter les données de la première analyse.

Suite à l'analyse verticale de chacun de nos verbatims, une analyse horizontale a été effectuée, en portant une attention particulière aux similitudes, aux contradictions et aux éléments complémentaires (Paillé et Mucchielli,2008). C'est au travers de la comparaison des récits que sont apparus les éléments récurrents, permettant de fournir précision et fiabilité aux interprétations premières (Poupart et *al.*, 1997). Cette recherche de récurrence nous a guidé vers la validation de nos intuitions de recherche de départ. En somme, le caractère exploratoire de la recherche prend ici tout son sens, les résultats se trouvant à émerger de l'analyse de nos données et de l'interprétation que nous en avons faite.

### 3.6 Sujets de la recherche et accès au terrain

Les personnes sélectionnées sont des infirmières travaillant sur une unité de soins intensifs néonataux d'un hôpital pédiatrique urbain de Montréal. Les participantes sont des femmes infirmières, sans égard au degré d'étude effectué, âgées entre 24 et 51 ans. Les sujets sont des femmes en raison du fait que le personnel soignant infirmier est essentiellement composé de femmes. Chacune d'elle devait travailler sur l'unité depuis au moins un an, ayant ainsi une expérience suffisante de la pratique en néonatalogie. Elles devaient également avoir eu l'opportunité de vivre ou d'être témoins de situations de soins complexes impliquant un conflit de valeurs. La participation d'infirmières travaillant sur les trois quarts de travail<sup>1</sup> a été sollicitée, étant donné que toutes sont impliquées dans les soins aux patients. Par ailleurs, étant donnée la démarche compréhensive dans laquelle s'insère la recherche, de même que le caractère exploratoire du projet et le temps alloué pour le mener à terme, un nombre restreint de sujets a pu être interrogé, soit un nombre de quatre infirmières.

Pour recruter les participantes, nous avons produit une lettre d'invitation (voir appendice B) que nous avons distribuée aux infirmières de chaque quart de travail. Nous avons également utilisé un moment privilégié au début de chaque quart de travail, où une majorité d'infirmières sont rassemblées dans la salle à café, afin de faire l'appel au recrutement pour notre projet de recherche en le leur présentant. L'accès au terrain nous a été facilité par le fait que nous travaillons sur l'unité depuis 8 ans. Cette expérience du terrain nous a également été fort utile lors de la tenue des entretiens : les infirmières possédant un langage propre au milieu hospitalier et plus

---

<sup>1</sup> Le quart de travail réfère au moment de la journée où l'infirmière est appelée à travailler. Sur les unités de soins spécialisées demandant des soins continus, il y a généralement trois quarts de travail : jour, soir et nuit, en raison de 8 heures par quart de travail. En néonatalogie, afin d'assurer la continuité des soins, il y a également des infirmières qui travaillent sur des quarts de 12 heures, soit de 7h à 19h, 19h à 7h, 11h à 23h et 23h à 11h.



spécifiquement au département de la néonatalogie, nous étions déjà familière avec ce langage et avec les différents termes utilisés dans leurs récits.

Dans l'ensemble, les entrevues effectuées ont duré entre 50 minutes et une heure trente, tant les premiers entretiens que les seconds. Ils ont été enregistrés avec le consentement des participantes, avec une entente que seules la chercheur et son directeur de recherche auraient accès aux données brutes. Il a également été entendu avec les participantes qu'un pseudonyme leur seraient attribué afin de préserver l'anonymat (voir appendice C, formulaire de consentement). L'accès au terrain a également nécessité l'approbation éthique de l'institution académique de la chercheuse, de même que l'approbation éthique de l'institution dans laquelle se situait le terrain de recherche.

### 3.7 Crédibilité des résultats

Afin d'assurer une certaine rigueur scientifique à la recherche, certaines procédures spécifiques à l'analyse inductive ont été appliquées. Tel que mentionné dans ce chapitre, l'approche qualitative et compréhensive de la recherche nous ont amené à sélectionner un nombre restreint de sujets. Il n'est donc pas dans nos objectifs premiers de tenter de généraliser nos résultats, ni d'assurer la représentativité dans la sélection de nos sujets. Toutefois, nous avons préconisé ce choix en raison de la profondeur des propos que nous désirions recueillir. Afin d'aller chercher cette profondeur dans les propos, deux entretiens ont eu lieu avec les sujets interrogés. Il a également été question de valider l'interprétation première des résultats auprès des participants, les incitant ainsi à « porter une attention particulière sur les documents initiaux [...] et sur l'interprétation de certaines données » (Blais et Martineau, 2006, p.13) faites par le chercheur. Dans le même esprit, la validité interne des transcriptions a été établie auprès des sujets.

L'utilisation d'écrits objectifs (cadre théorique) entourant notre objet d'étude a permis d'apporter un point de vue extérieur sur le phénomène étudié, pouvant réduire les présupposés de départ. Selon Sabourin (2009), ces documents se veulent un « lieu privilégié d'observation et de l'élaboration du sens social » (p.418). Nous avons donc fait, tout au long de nos entretiens et de l'analyse de nos résultats, de constants aller-retour à notre corpus théorique, ce qui nous a permis de donner sens à nos données.

Notre méthodologie de recherche, effectuée avec un constant souci de rigueur, a été présentée ici de même que les principales assises qui nous ont permis d'assurer une certaine scientificité à notre recherche. Le chapitre suivant servira à présenter les données qui ont ainsi été recueillies et qui nous permettront de répondre à nos interrogations de recherche.

## CHAPITRE IV

### PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Le chapitre qui suit a comme objectif de faire état des données recueillies suite aux quatre entretiens. Un résumé de chacun des récits y sera présenté avec les grandes catégories qui ont émergé et que nous avons mises en gras pour les mettre en évidence. Nous avons structuré nos données en fonction des principales thématiques à l'étude, soit les sources de sens au travail; les situations faisant naître le conflit de valeurs, pour terminer avec les stratégies utilisées pour pallier les inconforts générés par le conflit de valeurs. Des sous-titres aux images fortes ont été utilisés pour représenter les principales dimensions amenées par nos sujets. Finalement, un résumé transversal conclura ce chapitre, en présentant les éléments de similitude et les différences entre les récits, nous permettant de répondre à nos questions de recherche. Nous avons intégré les citations les plus représentatives afin d'appuyer les différents éléments présentés.

#### 4.1 Particularités du contexte où l'étude a été menée

Dans un premier temps, il s'avère pertinent de rappeler quelques éléments de contexte de notre étude. Celle-ci eut lieu dans un centre hospitalier universitaire du Québec, en milieu urbain. Ce type de centre hospitalier (CHU), associé à une université, présente une organisation du travail qui diffère des autres centres hospitaliers, notamment par son investissement dans la recherche et dans la formation universitaire de futurs professionnels de la santé, entraînant par le fait même une charge de travail accrue pour les travailleurs. Plus encore, l'unité de soins intensifs néonataux se trouve être une unité de soins critiques pour des patients n'ayant pas atteint la pleine maturité

gestationnelle et présentant des problématiques de santé parfois fort complexes et exigeantes pour le soignant<sup>2</sup>.

Il est également pertinent de mentionner que peu de temps avant la tenue des premiers entretiens, le cas d'un patient venait tout juste d'ébranler l'équipe de la néonatalogie, ce qui a influencé le contenu des entretiens. D'ailleurs, les quatre sujets interrogés ont fait mention de ce cas lors de nos échanges, notamment dû au fait que le thème principal de notre étude, soit le conflit de valeurs, était en lien direct avec cet événement récent. Par soucis éthique et de confidentialité, le cas ne sera pas explicitement décrit ici. La particularité et la gravité du cas le rendrait trop facilement identifiable aux personnes concernées.

## 4.2 Le récit de Diane

Diane est une femme âgée de 51 ans qui possède une expérience de 25 ans de pratique en tant qu'infirmière. Dans ses débuts, elle a travaillé en pédiatrie et en médecine des adolescents. Elle travaille au département de néonatalogie depuis 16 ans, sur le quart de travail de jour. Elle a accepté de participer à notre recherche, car elle considère que la communication est importante dans son travail, voire même « beaucoup plus importante qu'on pense ».

### 4.2.1 Sens du travail : l'exigence du travail en néonatalogie

Nous avons ouvert l'entretien en demandant à Diane ce qui lui plaisait dans son travail. L'élément principal qui l'a poussée à continuer de travailler en néonatalogie

---

<sup>2</sup> Certains des sujets interrogés ont notamment fait mention de ces éléments de contexte lors de leur entretien.

tient principalement à **l'exigence technique du travail** et à **la présence de nouvelles avancées technologiques et scientifiques**, qu'elle considère comme des défis constants : l'acquisition de nouvelles habiletés, de nouvelles techniques de soin, le travail physiquement exigeant, tout cela constitue pour elle des facteurs de motivation et nourrit sa curiosité pour le domaine dans lequel elle travaille. Se considérant comme une technicienne, les nouveaux cas et les nouvelles techniques l'amènent à se dépasser quotidiennement. Elle a donc trouvé dans son travail en néonatalogie un lieu où elle a la possibilité de se dépasser et de s'accomplir en tant que professionnelle.

Par ailleurs, Diane tire de la satisfaction dans son **rôle de soutien** auprès des familles. En effet, elle est consciente que la souffrance des parents, pouvant générer une forte charge émotive, fait partie de son travail en tant qu'infirmière en néonatalogie où elle prend un rôle de soutien dans les moments plus difficiles : *« Des fois t'as les parents, c'est la crise, des fois ils se couchent par terre, ils pleurent, dépendamment des cultures. Toi des fois ça te touche, tu pleures aussi [...]. Tu la choisis pas cette réaction-là, la famille arrive, le drame arrive, eux autres ils vivent ça de cette façon-là, t'essayes de les soutenir comme tu peux ».*

**L'expérience** acquise des différentes techniques au fil des années, ses connaissances par rapport aux types de problématiques rencontrées chez les patients, de même que sa capacité à s'ajuster à son travail pour soulager la souffrance des patients sont des sources importantes de satisfaction et de plaisir dans son travail au quotidien. Selon elle, les parents et les patients sont gagnants de cette expérience, qu'elle partage avec plaisir.

Dans ses rapports interpersonnels, **la reconnaissance des médecins** concernant ses compétences et connaissances de même que **le soutien** qu'ils lui apportent sont sources de satisfaction au travail : *« C'est rare qu'on va se sentir mal, parce qu'on se*

*parle, les néonatalogistes autour de nous sont très sensibles par rapport à ce que l'on vit, on travaille avec une équipe [...] tu sens que tu es soutenu par ton médecin ».*

Une autre part importante de sa satisfaction au travail relève de ses rapports avec ses collègues de travail, où elle constate au quotidien de la **collaboration, du soutien** dans les moments plus difficiles et de la **complémentarité dans le travail**. Elle ajoute à cet effet que ce travail d'équipe et les liens créés avec les collègues, source de « beaux petits bonheurs », sont cruciaux pour être en mesure de travailler sur ce département. Plus encore, elle trouve beaucoup de bonheur dans **ses rapports informels avec ses collègues**, dont elle a besoin pour rendre son quotidien plus agréable.

Le patient étant au cœur du soin, **le soulagement de la souffrance** du patient constitue une grande part de son bien-être dans son travail. Par exemple, elle trouve beaucoup de satisfaction à appliquer une technique de soin qu'elle maîtrise et qui est effectuée rapidement, où le patient souffre peu. Lorsque nous l'avons questionnée sur son rapport à la souffrance du patient, elle nous a répondu qu'il s'agissait de sa préoccupation première en tant qu'infirmière en néonatalogie. En ce sens, elle est consciente que la souffrance des patients constitue un élément central dans son travail. Elle ne peut faire autrement que de se laisser toucher par cette souffrance : *« Ça reste un humain, ça reste un bébé qui souffre. [...] Ah tu ne peux pas travailler si ton patient est souffrant. Si ton patient souffre, c'est sûr que ça te touche ».*

#### 4.2.2 Le conflit de valeurs : là où ça devient inacceptable

Lorsque nous avons demandé à Diane de nous parler des situations qui la rendent inconfortables dans sa pratique, le terme qu'elle a utilisé pour nous parler des

situations qui l'ébranlent le plus est «inacceptable». **Les changements de plan de soins majeurs** de même que des décisions menant le patient à **une souffrance constante et prolongée** génèrent des inconforts importants chez elle.

*Les situations inacceptables que je vis c'est un bébé qui est très très malade, que ça fait plusieurs fois qu'on fait des soins, plusieurs fois qu'il va en salle d'opération, là on change de patron qui a une autre vision, une autre façon de faire, je trouve ça dur ces situations-là [...] nous on le sait que ça va finir comme ça (décès) alors on trouve que les cinq semaines de souffrances sont inacceptables.*

Quelques jours avant l'entretien, un patient sur l'unité s'est retrouvé fortement hypothéqué et souffrant en raison **d'une erreur médicale**. Ce type de situation, peu fréquent, génère tout même chez Diane un très grand malaise, de la colère et de la culpabilité. Dans ce cas précis, elle faisait partie de l'équipe ayant effectué l'intervention sur le patient lors de l'erreur médicale. Malgré son expérience, ce type de situation l'ébranle beaucoup, considérant que la souffrance du patient aurait pu être évitée. Plus encore, dans de telles situations, Diane nous dit ressentir un manque de confiance quant au fait **d'exprimer ses malaises aux patrons** qui sont présents lors d'interventions particulières.

Diane nous raconte que ces malaises non exprimés reliés à des situations ayant eu des effets considérables sur le patient, en plus de générer colère, culpabilité et parfois même des regrets, l'amènent à **remettre en question sa place** en tant qu'infirmière en néonatalogie : « *c'est tu moi qui est trop sensible, c'est tu moi qui est trop vieille, est-ce que c'est pu ma place, je suis tu trop sensible* ». Il devient difficile pour elle de déterminer les limites de son rôle dans de telles situations : « *Parce que toi tu es là comme intervenant, si tu es là comme intervenant, tu peux intervenir, t'es pas juste quelqu'un qui exécute, tu peux intervenir, dire si t'es pas d'accord, mais c'était comme du non-dit. On a pas aimé ça* »

En demandant à Diane si elle pense qu'elle aurait pu faire autrement dans cette situation, elle constate qu'étant donné le **contexte d'urgence** de la situation de soin critique, l'infirmière agit, effectue les tâches qui sont les siennes sans avoir le temps de réellement réfléchir sur les malaises qu'elle peut ressentir reliés à la souffrance du patient, encore moins de les exprimer dans l'immédiat : *« J'aurais aimé ça plus dire, on arrête. [...] Un moment donné tu ne peux pas dire dans un moment dramatique stop, ce qu'on fait ça n'a pas d'allure. C'est dur de trouver la petite fenêtre pour ça. Toi ton mental et ton physique il est pris sur des tâches aussi »*.

#### 4.2.3 Les communications interpersonnelles pour survivre

Diane nous a fait part de certaines stratégies qu'elle utilise pour pallier aux inconforts liés aux soins. En ce sens, **l'équipe de travail** devient une source importante de **soutien et de réconfort** pour Diane. Elle dit se tourner essentiellement vers ses collègues en qui elle a confiance pour parler de ses malaises, de même qu'avec les personnes qui ont vécu la même situation qu'elle, car étant à même de comprendre ce qu'elle ressent. Plus encore, ces échanges par rapport au vécu de situations difficiles sont également **créateur de liens dans l'équipe de travail**, liens qui sont essentiels pour Diane quant à son bien-être. Elle ajoute par ailleurs que la communication est nécessaire pour être en mesure de continuer de travailler sur un département aussi exigeant. Ces échanges sous-tendent également un besoin pour elle de **trouver des alliées** par rapport à son vécu de la situation, ce qui lui permet de diminuer la culpabilité ressentie.

**Les réunions de cas**, organisées par les médecins concernant des patients générant beaucoup de frustration chez l'équipe soignante lui servent également de soupape pour ventiler et comprendre les raisons qui ont poussé les médecins à effectuer tel ou tel traitement : *« Des fois les médecins peuvent dire "les filles, s'il y en a que ça leur*



*tente de rester après le travail, on se réunit dans telle salle pour parler de ce qui s'est passé". [...] Ça sert à ventiler, pour le motton que tu ressens dans l'estomac ben après il est plus léger ». Diane affirme que ces réunions sont importantes pour être en mesure de mieux comprendre certaines situations, mais le fait qu'elles soient organisées sur l'heure du diner ou après le travail fait en sorte qu'elle ne peut pas toujours y assister. Si c'est le cas, **elle s'informe auprès d'une collègue qui a assisté à la réunion** afin d'en avoir un compte rendu et ainsi comprendre les décisions qui ont été prises par les médecins.*

Dans les situations qui la touchent particulièrement, Diane ira également **chercher du soutien auprès de son chef d'unité**. Elle ressent du soulagement de voir que son supérieur écoute ce qu'elle a à dire. Aller voir son supérieur lui permet également d'avoir le sentiment de **changer les choses pour le futur**, car ce dernier tente de mettre des choses en place pour que la situation vécue difficilement par les infirmières ne se reproduise plus.

Finalement, lorsqu'elle s'en sent capable et que la situation lui permet, Diane **aborde le médecin responsable** afin de lui faire part de ses inconforts face à la souffrance du patient. Elle souligne toutefois que l'événement doit être extrême et potentiellement dommageable pour le patient pour qu'elle aborde le médecin concernant ses inconforts, car elle veut être certaine que son intervention soit bien reçue. Durant une technique de soin, il lui arrive parfois de **suggérer une pause** à l'équipe médicale si elle voit que le patient souffre depuis un moment. De ce fait, quand elle intervient auprès du médecin, c'est toujours relié à la souffrance du patient.

### 4.3 Le récit de Lucie

Lucie, âgée de 24 ans, est infirmière depuis trois ans et demi et travaille en néonatalogie depuis ses débuts. Travaillant à temps partiel sur le quart de travail de jour, elle a expérimenté les trois quarts de travail. Elle nous a confié avoir accepté de participer à notre recherche compte tenu de l'intérêt qu'elle porte aux dimensions éthiques de son travail. Aussi, elle ajoute qu'elle s'est intéressée à cette recherche constatant que ce sujet est largement discuté au sein de son équipe de travail.

#### 4.3.1 Sens du travail : le besoin de faire la différence

À plusieurs moments de son récit, Lucie nous fait part du plaisir et qui l'anime lorsqu'elle entre en interaction avec les parents des patients, trouvant fort satisfaisant **le rôle de soutien** qu'elle occupe auprès d'eux, tout autant que son **rôle de lien entre eux et le patient** qui ne peut s'exprimer verbalement : « [...] *C'est avec les parents que je peux voir si j'ai vraiment un impact. C'est eux qui me donnent un feedback de, c'est eux qui me donnent du jus de savoir comment leur bébé va, c'est eux qui me donnent le côté, la vision du patient* ». Expliquer le cas d'un patient pour la première fois à une nouvelle famille, faire faire aux parents les premiers soins du bébé, tout cela constitue pour Lucie un plaisir considérable dans son travail en néonatalogie. Savoir qu'elle fait une différence dans la vie de ces gens et des patients est gratifiant pour elle et c'est ce qui représente le moteur de ses interventions.

Elle obtient également beaucoup de satisfaction à **constater l'évolution de patients** dont elle s'est occupée par le passé et que, au départ, elle croyait hypothéqués. De ce fait, savoir que l'enfant possède une certaine qualité de vie lui procure beaucoup de plaisir et donne un sens à son travail.

**La collaboration entre collègues** est génératrice de plaisir dans son travail. Lucie ressent de la gratitude envers ses collègues avec qui elle a effectué un quart de travail où tout était coordonné, le travail fait en étroite collaboration, l'amenant par le fait même à terminer sa journée de travail avec le sentiment de travail accompli et la satisfaction que le patient ait reçu les meilleurs soins possible : *« Ça a été une journée où t'as l'impression que la job faite aujourd'hui a vraiment été productive, on a optimisé tout ce qu'on pouvait faire pour le bébé [...] on ne pouvait rien faire de plus, ce patient-là avait eu des soins hors pair ».*

Elle affirme également qu'elle peut facilement trouver du **soutien et de l'écoute auprès de ses collègues**, ce qui lui permet de passer au travers les moments plus ardu.

**La reconnaissance et la confiance témoignée par les médecins** sont aussi source de satisfaction pour Lucie, qui considère que cela facilite le travail d'équipe et participe à optimiser le soin donné au patient.

#### 4.3.2 Les conflits de valeurs : la souffrance prolongée du patient

Nous avons demandé à Lucie ce que signifiait pour elle **l'acharnement thérapeutique**. Elle nous a répondu qu'il s'agissait du fait de donner des soins qui ni n'améliorent, ni ne dégradent le cas du patient : un plateau est maintenu quant à la condition de santé du bébé, qui n'a pas de qualité de vie. Durant le second entretien, lorsque nous lui avons demandé d'approfondir sur ce qu'elle considère être de l'acharnement, elle nuance ses propos en affirmant que pour elle, la distinction est mince entre effectuer des soins actifs et l'acharnement : *« Mais c'est dur, je trouve que c'est dur de dire c'est quoi la différence entre faire des soins actifs, mais qui*

*selon moi ce n'est pas encore de l'acharnement, et quand on dirait qu'on fait juste des choses pour maintenir, sans que le bébé ne s'améliore ».*

**Les changements de plan de soin du palliatif au curatif**, essentiellement lorsque le patron change de garde, sera générateur chez Lucie d'incompréhensions et d'inconforts. Dans cette situation, elle pense aux parents qui cheminent dans un sens (aller vers le décès du bébé) pour finalement reprendre espoir, car un nouveau médecin décide de continuer les soins. Vis-à-vis de son rôle d'infirmière, elle se sent impuissante face à la situation, considérant qu'elle a peu à voir avec la décision et que son rôle y est restreint.

**La souffrance prolongée du patient**, sur plusieurs mois, va également générer de l'inconfort chez elle. En fait, selon elle, peu importe le contexte générant la souffrance du patient, l'inconfort et le stress que cela génère chez elle l'amènent à se questionner quant à son rôle auprès du patient : *« Je trouve que peu importe quand tu n'es pas d'accord, ça t'amène un sentiment d'inconfort, ok ma place de prendre position elle est où dans cette situation-là? C'est quoi mon rôle? ».*

Lorsqu'elle est en désaccord avec les médecins concernant un traitement ou un soin à donner au patient, le malaise ressenti est plus grand lorsque la décision est prise en fonction **des croyances religieuses de la famille**, où elle a davantage l'impression de subir la décision. La perception de la famille est ainsi teintée par leur appartenance religieuse : *« On a beaucoup plus de misère à accepter des parents qui prennent leur décision par rapport à leur religion versus une famille qui va nous dire qu'elle a besoin de temps ».* Le fait qu'elle se considère comme peu outillée pour comprendre et accompagner des familles aux croyances et valeurs différentes des siennes a, selon elle, un impact quant à sa manière de vivre ses inconforts liés aux soins.

Parallèlement, Lucie nous a confié que lorsqu'il y a le cas d'un patient en soins très critiques sur le département, ses collègues infirmières en discutent dans la salle à café. La plupart du temps, ces discussions sont selon elle contre-productives. Il se produit ce qu'elle nomme un « effet de masse », où un discours homogène et hermétique est partagé par ses collègues infirmières. Cet « effet de masse » l'amène à adopter une certaine opinion sur le cas d'un patient sans réellement le connaître : *« Tu te fais comme une opinion sur ce bébé-là sans le connaître, pis là finalement quand tu t'en occupes c'est comme pas vraiment l'idée que tu t'étais fait [...] C'est comme une espèce d'effet de masse, tout le monde pense ça, mais ce n'est pas tout le monde qui s'en occupe de ce bébé-là, je m'inclus là-dedans ».*

Plus encore, elle constate qu'il y a **la création de clans** dans les situations de soins plus critiques, générant chez elle un sentiment d'inconfort, car se sentant pris entre deux camps. Elle dit prendre davantage un rôle d'avocat du diable dans ces situations, relevant les avantages et inconvénients de chaque point de vue avant de se positionner, mais la pression ressentie provenant de ses collègues infirmières la rend inconfortable.

Par ailleurs, Lucie effectue son travail d'infirmière en néonatalogie en ayant conscience que **la souffrance du patient constitue une dimension incontournable de son travail** et assume le choix de travailler dans un tel domaine, avec tout ce que ça comporte. Elle nous confie également que sa perception de la souffrance d'un patient est grandement liée à son rôle : elle s'occupe du même patient pendant 8 heures de temps, tandis que les médecins passent et constatent ponctuellement l'état de santé du patient : *« Justement nous on est tellement toujours avec le patient, on voit que le patient n'évolue pas, tandis que le médecin il passe et puis oup! ».*

Dans les situations plus critiques, c'est l'urgence des tâches à accomplir qui modifie cette perception de la souffrance, où elle constate qu'elle n'est pas en mesure de se faire une « photo de l'extérieur » et complète de la situation du patient.

#### 4.3.3 Les communications interpersonnelles pour comprendre

Pour composer avec les inconforts et les malaises vécus, Lucie sera portée à **échanger avec des collègues en qui elle a confiance** et qu'elle sait **nuancées dans leur discours et leurs réflexions**, comme elle. Cela l'aide à aller chercher d'autres points de vue pour voir les situations différemment. Cela lui permet également de légitimer les actions qui la rendent mal à l'aise. Échanger avec ses collègues lui permet aussi de comprendre les décisions qui ont été prises. Sans être nécessairement en accord avec les décisions, le fait de comprendre diminue son inconfort.

En questionnant Lucie sur son rapport avec les médecins quand elle est inconfortable avec un soin, elle nous dit que lorsqu'elle aborde un médecin, c'est toujours pour s'assurer que la souffrance du patient est soulagée. Dans les cas critiques, même si elle est en désaccord avec le soin, elle s'assure constamment du confort et du soulagement de la souffrance du patient en apportant des faits cliniques de la souffrance aux médecins afin qu'ils agissent pour la soulager.

Pour mieux comprendre les décisions qui ont été prises dans les cas de patients se trouvant dans une situation de soin plus critique, Lucie assiste, quand elle le peut, **aux réunions de cas**. Ces réunions permettent selon elle de diminuer les tensions présentes dans l'équipe de travail. Selon elle, le fait de comprendre davantage les décisions qui ont été prises par les médecins lui permet de mieux les accepter. Elle

considère ces réunions comme nécessaires pour se faire un portrait plus complet des situations qui sont vécues plus difficilement par l'équipe.

#### 4.4 Le récit d'Isabelle

Isabelle, 24 ans, est infirmière depuis 5 ans et travaille en néonatalogie depuis ses débuts. Elle occupe un poste à temps plein sur le quart de travail de jour, en 12 heures. Isabelle a accepté de participer à cette recherche pour plusieurs raisons : elle s'intéresse de plus en plus aux dimensions éthiques de son travail; elle constate que plusieurs infirmières critiquent les soins et certaines décisions, sans nécessairement agir pour changer les choses; finalement, elle s'est retrouvée, le mois précédant les entretiens, à vivre plusieurs situations de soin l'ayant beaucoup ébranlée. Le sujet abordé dans la recherche l'a donc interpellée.

##### 4.4.1 Sens du travail : La continuité des soins et la reconnaissance

Nous avons ouvert le premier entretien avec Isabelle en lui demandant de nous raconter ce qui lui plaît dans son travail. Isabelle trouve de la satisfaction dans **son rôle de guide auprès des familles** et beaucoup de réconfort quand les parents des patients lui témoignent de la **gratitude et de la reconnaissance** : « *Juste un merci après une journée où ça ne va vraiment pas bien, moi ça fait ma journée* ». **Constater l'évolution des patients** est tout autant un facteur de plaisir dans son travail.

Dans le même ordre d'idées, **la continuité des soins** est un élément important pour Isabelle. C'est pourquoi elle se sent rassurée lorsqu'elle est relayée au chevet d'un patient par une collègue en qui elle a confiance et dont elle connaît les compétences.

Si ce n'est pas le cas et que le patient est dans une situation critique, elle sera moins en confiance vis-à-vis du patient que si elle le sait entre bonnes mains, avec une collègue dont elle sait « *qu'il n'y aura pas un trou* » dans la continuité des soins.

Isabelle nous raconte son rapport avec les médecins et les IPSN<sup>3</sup> et la satisfaction qu'elle y trouve lorsqu'elle se sent écoutée et **lorsque son avis concernant son patient est considéré quant aux décisions à prendre**. De manière générale, elle considère que les médecins ont une bonne écoute, même si elle rencontre certaines difficultés à travailler avec quelques-uns d'entre eux à cause de leur vision des soins qui diffère de la sienne. Il s'agit des médecins qui sont davantage axés sur la science et les expériences scientifiques, contrairement à d'autres médecins qu'elle conçoit comme étant plus axés sur le bien-être des familles et du patient. Aussi, elle affirme avoir beaucoup plus de facilité à échanger avec les IPSN qu'avec les médecins, en raison des rôles différents : « *On dirait qu'elles sont plus, je ne sais pas si c'est parce qu'elles ont été au chevet avant d'être praticienne, mais elles te considèrent plus [...] on dirait que c'est moins hiérarchique* ».

#### 4.4.2 Le conflit de valeurs : la colère de la souffrance inutile

Nous avons demandé à Isabelle de nous décrire sa vision de l'acharnement thérapeutique, qu'elle définit comme **une escalade de soins qui ne mène à rien pour le bien-être du patient** : « *C'est ça un bébé qui ne va pas bien, c'est un bébé qui ne répond pas aux traitements. Quand on fait une escalade de traitements [...] quand on met de plus en plus de choses et qu'il ressemble à un arbre de Noël après l'incubateur* ». Elle ajoute qu'aller trop loin dans le soin consiste également à **donner des médicaments de réanimation comme traitement**. Ayant vécu le processus de

---

<sup>3</sup> Infirmières praticiennes spécialisées en néonatalogie



décès de plusieurs patients, sa frustration est d'autant plus présente lorsqu'elle perçoit les signes précurseurs d'un décès et que les médecins décident de maintenir les traitements.

C'est essentiellement dans ces situations de soins critiques ou plus complexes qu'Isabelle en arrive à vivre des inconforts et parfois même de la colère. Elle se sent irritée lorsque, lors d'un changement de garde de médecin, celui-ci **change drastiquement le plan de soin** et où tout ce qui a été fait les heures précédentes lui semble avoir été fait pour rien. Le **changement de plan de soin du palliatif au curatif** est également générateur de beaucoup de frustration pour Isabelle qui, encore une fois, constate que le cheminement fait avec les parents doit être à recommencer. Cette frustration est d'autant plus présente lorsque le médecin **prend une décision pour la science médicale** : *« Il y a des médecins pour qui l'acharnement thérapeutique ça n'existe pas, he bien, lui c'était pour la médecine. C'était ça son argument, il fait de la recherche et c'est pour la médecine. [...] Je pense qu'un moment donné il y a des limites ».*

Plus encore, **ne pas comprendre les soins qu'elle prodigue** est tout autant générateur de frustration : *« On faisait des choses et on ne savait pas trop ce que ça donnait, je pense que c'est plus ça qui était frustrant ».*

Isabelle nous dit ressentir beaucoup de frustration et de colère quand un patient est envoyé en salle d'opération « pour la science » tandis que selon elle, il devrait finir ses jours dans les bras des parents. Encore une fois ici, elle relate des expériences frustrantes vécues de manière répétée et qui l'ont amenées à vivre une certaine forme de détresse face à la manière dont les décès avaient été encadrés : *« Parce que moi c'est ça qui est arrivé les 2-3 dernières fois que j'ai fait des décès [...]. Je n'ai pas aimé ça, j'ai pleuré ».*

Parallèlement, Isabelle est consciente que les cas extrêmes et plus difficiles occupent une grande part de son travail en néonatalogie « *ça fait partie du jeu, ça fait partie de notre travail. Il faut s'attendre à avoir des cas comme ça un peu plus extrêmes [...]* *Mais aussi des fois on a des cas très particuliers. On est une unité spécialisée, on a les pires cas* ». Dans les cas critiques, où le soin est exécuté dans l'urgence, elle agit rapidement et elle est consciente qu'elle ne peut s'arrêter à réfléchir sur le sens de ce qu'elle fait.

#### 4.4.3 Les communications interpersonnelles pour trouver du soutien

Dans les moments où elle vit cette frustration face à un soin, Isabelle **se tourne vers ses collègues plus proches et celles en qui elle a confiance** pour se libérer et trouver du soutien : « *Des fois quand on en parle entre nous, je pense que c'est juste une question de se libérer [...]* *Je pense que ça fait du bien d'en parler, sinon tu rumines ça dans ta tête tout le temps* ». Elle **en parle aussi avec celles qui ont vécu la même situation**. Cela lui permet de se sentir moins seule et de valider ses perceptions : « *On s'en parle, et tu te rends compte que tu n'es pas toute seule à penser ça. [...]* *on s'en parle entre filles qui se sont occupées du patient, en s'en parlant on se rend compte que ça ne marche pas* ».

Malgré ses réticences face à certains médecins, Isabelle n'hésite pas à **poser des questions** à ceux qui sont responsables de son patient afin de mieux comprendre le cas : « *Quand j'ai des cas lourds, que ce soit n'importe quel médecin ou infirmière spécialistes, je vais poser ma question* ».

Elle ira également **échanger avec la chef d'unité** pour y trouver du soutien, notamment dans les cas des décès qui, pour elle, ne font pas de sens. **L'intervenant**

**en soin spirituel** est aussi une personne à qui elle apprécie se confier, y trouvant beaucoup de réconfort. Étant une personne extérieure aux décisions et à la situation, il lui permet d'avoir un autre point de vue sur les situations : *« C'est une personne qui fait du bien à parler. Il n'est pas dans la médecine [...] il est plus relax, il est dans son monde. Mais ça fait du bien parce qu'il est zéro stressé, tu peux lui dire n'importe quoi »*.

#### 4.5 Le récit d'Annie

Annie, 36 ans, est infirmière depuis 11 ans en néonatalogie. Travaillant depuis un an et demi sur le quart de travail de jour, elle a occupé pendant de nombreuses années un poste sur le quart de travail de soir. La principale raison l'ayant motivée à participer à notre recherche est son intérêt pour le sujet, puisqu'elle s'intéresse de près à la dimension éthique dans son travail. Cet intérêt l'a par ailleurs amenée à suivre des cours de 2<sup>e</sup> cycle en éthique clinique.

##### 4.5.1 Sens du travail : la complexité des soins et le bien-être de l'autre

L'un des principaux éléments qui a fait en sorte qu'Annie soit restée en néonatalogie est **la complexité du domaine**, qui lui offre de multiples possibilités de faire évoluer son rôle et de se dépasser. Elle s'intéresse particulièrement à l'éthique dans les situations de soins et espère faire son cours d'infirmière praticienne, lui permettant d'approfondir ses réflexions et ses connaissances dans son domaine de pratique.

**Le bien-être du patient et le soulagement de la douleur** constituent des éléments importants de valorisation et de satisfaction dans le travail d'Annie, qui ressent du plaisir à constater l'effet immédiat de ses interventions sur ses patients : *« Ce que*

*j'aime en néonate c'est le résultat immédiat de mes interventions, [...] si je lui mets la main dessus et que je lui donne ce dont il a de besoin, il va répondre, il y a un échange avec le mini bébé. C'est magnifique, et c'est valorisant, et c'est beau ».* Faire l'exercice mental de trouver la source de l'inconfort du patient et de le soulager est également une source quotidienne de plaisir dans son travail.

Une autre source de plaisir repose sur l'**expérience** qu'elle a acquise au fil des années. Ayant développé de la confiance en elle quant à ses compétences, elle en arrive à savoir de manière intuitive ce qu'elle doit faire dans diverses situations de soins : *« D'avoir appris à connaître de manière intuitive ce qu'il faut faire, c'est très plaisant ça. C'est vrai que ça fait 11 ans que je suis là ».*

**La reconnaissance des parents** quant à son savoir-faire et savoir-être et également un moteur important de son sentiment d'accomplissement au travail. Annie nous raconte notamment que c'est cette reconnaissance qui a fait en sorte qu'elle soit demeurée infirmière en néonatalogie, dans un moment où elle doutait de son choix. Plus encore, les échanges avec les familles nourrissent son quotidien et lui permettent même parfois de passer au travers de journées plus difficiles.

Dans son **rapport avec ses collègues, la confiance et la collaboration** qu'elle peut observer et vivre lui procurent du plaisir et de la satisfaction, tout autant que la **confiance et l'écoute que peuvent témoigner les médecins** à l'égard de ses connaissances et de son expérience.

#### 4.5.3 Le conflit de valeurs : l'ambiguïté du soin

Annie nous raconte certains inconforts et malaises qu'elle a pu vivre dans des situations où les médecins décident de faire passer le patient d'un **soin palliatif au**

curatif, de même que les incertitudes qui l'habitent parfois devant l'ambiguïté de certaines situations de soins. Dans les moments d'incertitudes, elle trouve difficile d'exprimer ses doutes quant au choix du soin palliatif : *« Je me suis sentie coupable après, ce n'est pas un bébé qui est en train de mourir ça, ce n'est pas un bébé qui meurt [...] je ne suis pas pour divulguer ma pensée sur mon doute, j'ai un doute sur le soin palliatif ».*

Annie confie que sa perception du cas d'un patient se trouvant dans une situation critique va changer dépendamment de **la manière dont elle perçoit les parents**. Le conflit de valeur vécu devant la souffrance prolongée d'un patient sera plus grand lorsqu'elle juge les parents inaptes à s'occuper de l'enfant malade. Le soin aura davantage de sens pour elle si elle juge la famille apte à s'occuper de l'enfant dans le futur.

Annie aborde l'acharnement thérapeutique sous différents aspects. Dans un premier temps, elle considère l'acharnement comme une **souffrance prolongée du patient qui, par ricochet, cause la souffrance de la personne qui prodigue le soin**. Face à la souffrance prolongée du patient, elle affirme ressentir un certain dégoût de cette souffrance, *« un dégoût parce qu'il souffre. S'il vous plait, laissez-le partir ».* Son expérience l'amène à constater que ce dégoût face à la souffrance génère chez l'infirmière un mouvement de recul et de fuite, qui l'empêche souvent de dépasser ce sentiment : *« on a un mouvement de recul de fuir la situation, on la pousse, on rationalise notre dégoût en se disant que ça n'a pas de bon sens ce qu'il va devenir. Mais on ne le sait pas ».*

Lors de son deuxième entretien, Annie nuance ses propos en affirmant qu'avec l'expérience, elle constate que **cette notion d'acharnement thérapeutique est en fait une illusion**. Cette illusion est liée au rôle de l'infirmière au chevet du patient

qui, pendant 8 heures de temps, prodigue des soins, ce qui est davantage que n'importe quel autre professionnel de la santé: *« C'est une illusion dans le sens qu'on est tellement proche du patient, on a tellement le nez collé dessus [...] on est 8 heures de temps avec le patient, c'est sûr qu'on est biaisé »*. L'exigence physique et émotionnelle de ce type de travail contribue également, selon elle, à avoir cette impression d'acharnement.

Annie ajoute que l'incertitude du devenir de l'enfant nourrit cette impression d'acharnement et que l'illusion serait, selon elle, un manque de recul face à l'ambiguïté du soin : *« Cette illusion est en fait un manque de recul philosophique devant une situation de santé complexe d'un enfant qui reste entre la vie et la mort, dans une hospitalisation longue et ardue »*.

Dans les cas critiques, le **discours arrêté et stéréotypé** que peuvent avoir ses collègues peut générer chez elle de l'impatience et de la frustration : *« Dès que j'essaye d'approfondir la discussion, dès qu'elles se sentent dépassées par le nombre d'arguments que je peux amener pour prouver un point de vue différent du leur, elles se ferment, se sentent menacées et je suis pas fine »*.

#### 4.5.3 La communication interpersonnelle pour prendre du recul

Lorsqu'elle se sent déstabilisée par une situation de soin, Annie **se tourne vers ses collègues qui se sont occupées du patient, vers celles en qui elle a confiance et celles qui, comme elle, se posent des questions et cherchent à comprendre** plutôt que critiquer. Ces rencontres se font de manière informelle, dans les corridors : *« on va s'en parler entre nous, les infirmières, une petite conversation 10-15 minutes [...] »*

*avec les filles qui ont eu le patient et des personnes d'expérience, des personnes que je sais qui sont sensibles et qui se posent des questions ».*

Pour mieux comprendre les situations qui la touchent, Annie assiste **aux réunions de cas** qui sont organisées par les médecins. Ces réunions lui permettent de voir la situation autrement, d'échanger avec les médecins et de donner son point de vue : *« Le médecin, le lendemain, a eu le courage d'en parler et de convoquer une réunion multi où tout le monde était convoqué. Il a écouté mon point de vue. [...] Ça nous a rapproché ce médecin-là et moi ».* En plus de lui permettre de voir la situation autrement, ces réunions sont également un lieu où elle peut arriver à comprendre le point de vue de l'autre et créer de nouveaux liens.

Plus encore, Annie se tourne vers les **médecins pour discuter et poser des questions** concernant les cas qui la dérangent. Elle affirme oser davantage échanger avec eux depuis qu'elle a suivi ses cours en éthique clinique avec deux d'entre eux. Les liens déjà présents avec ces médecins la mettent davantage en confiance pour les aborder et leur poser des questions. Ces échanges avec les médecins lui permettent de s'engager avec eux dans **une réflexion éthique**, essentielle selon elle pour être en mesure de **prendre un recul** sur les situations. Dépasser sa première réaction en s'engageant dans une telle réflexion diminue la souffrance vécue en portant son regard sur des choses qu'elle ne voit pas dans un premier temps, en amenant une autre vision. Cette réflexion lui sert à donner un sens à la situation présente de l'enfant.

Nous avons donc présenté ici les éléments significatifs de chacun des récits et qui sont en lien avec nos questions et objectifs de recherche. La section qui suit se trouve à présenter les éléments significatifs forts étant ressortis de l'analyse transversale de ces récits.

#### 4.6 Analyse transversale des entretiens

Maintenant que les éléments significatifs du parcours de chacun des sujets ont été présentés, il sera question, dans la présente section, de la mise en relation des différents récits. Nous avons fait une analyse horizontale en étant attentive aux différents éléments qui se recoupent et à ceux qui se distinguent. Ce sont ces éléments qui seront présentés ici et qui ont été classés de manière à nous permettre d'esquisser des réponses à nos questions de recherche. Ce faisant, nous avons fait de constants allers-retours entre notre corpus théorique et nos données afin de leur donner sens. Nous avons également ajouté de nouvelles citations afin de venir appuyer le sens qui en a émergé.

Cette section sera présentée en quatre parties, représentant les principales thématiques qui se retrouvent au cœur de notre investigation, soit : les éléments source de plaisir et de sens au travail; les situations génératrices de conflits de valeurs; les stratégies de communication interpersonnelle utilisées dans ces situations de même que les communications insatisfaisantes dans les situations de conflit de valeurs. Étant donné que nous désirons savoir si ces stratégies permettent ou non la création de sens au travail, nous avons cru pertinent de souligner l'effet de ces stratégies sur nos sujets. Des tableaux synthèses représentant chacune des thématiques, avec les catégories et sous catégories présentées dans notre analyse verticale, sont également présentés afin d'illustrer nos propos de manière synthétique.

##### 4.6.1 Sources de plaisir et de sens au travail

Nous avons relevé, dans le récit des sujets, les éléments sources de plaisir, de satisfaction et de sens au travail. Ces éléments renvoient également à ce qui permet aux sujets de répondre à leur besoin d'accomplissement de soi au travail. Nous avons



structuré nos catégories selon trois thématiques, soit : éléments liés au contexte de travail, ceux relevant des rapports interpersonnels et ceux liés au rôle. Le tableau qui suit expose les principales catégories qui ont émergé des entretiens et les dimensions qui leur sont associées. Suite à quoi ces catégories sont présentée de manière plus détaillées et explicitées à l'aide de citations.

**Tableau 4. 1**  
**Éléments sources de plaisir et de sens au travail**

<b>Liés au contexte de travail :</b>	
<b>Catégories</b>	<b>Sous-catégories</b>
L'exigence technique du travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaisir dans l'exigence du travail</li> <li>• Dépassement de soi au quotidien</li> <li>• Constant défi avec elle-même</li> </ul>
Complexité du domaine et nouvelles technologies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisition de nouvelles habiletés et de nouvelles techniques</li> <li>• Nourrit la curiosité</li> <li>• Accomplissement de soi</li> <li>• Évolution constante du rôle</li> </ul>
<b>Liés aux rapports interpersonnels :</b>	
<b>Catégories</b>	<b>Sous-catégories</b>
Reconnaissance et soutien des médecins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaissance de l'expertise et des connaissances</li> <li>• Soutien du médecin dans les situations difficiles</li> </ul>
Reconnaissance des parents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaisir quand les parents se souviennent d'elle</li> <li>• Sentiment d'être à la bonne place</li> </ul>
Coopération et collaboration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complémentarité dans le travail</li> <li>• Collaboration, coopération, soutien, écoute et confiance dans l'équipe de travail</li> </ul>
Importance du lien social informel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer des liens avec les collègues</li> <li>• Avoir des rapports informels au quotidien,</li> <li>• L'humour</li> </ul>
<b>Liés au rôle</b>	
<b>Catégories</b>	<b>Sous-catégories</b>
La transmission du savoir et application des compétences	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmission du savoir</li> <li>• Parents et patients gagnants de l'expérience acquise</li> <li>• Anticipation de la souffrance du patient</li> <li>• Moins de souffrance du patient</li> <li>• Confiance en soi</li> <li>• Connaissance intuitive du soin à prodiguer</li> </ul>
Rôle de soutien auprès des parents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intermédiaire entre le bébé et la famille</li> <li>• Enseignement aux parents</li> <li>• Faire la différence dans la vie des parents et patients</li> <li>• Guider les parents dans le cheminement de l'enfant.</li> </ul>
Évolution des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constater l'évolution des patients</li> </ul>
Le soulagement de la souffrance du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire une technique avec le minimum de souffrance</li> <li>• Constater l'effet immédiat de ses interventions sur le patient,</li> </ul>

#### 4.6.1.1 *Éléments liés au contexte du travail en néonatalogie*

Nous avons questionné nos sujets sur ce qui leur plait le plus dans leur travail en néonatalogie et les raisons pour lesquelles ils y travaillent depuis plusieurs années (3 ans pour la plus jeune, 16 ans pour la plus expérimentée). Tout d'abord, l'exigence technique de ce type de travail constitue un défi quotidien, permettant de rester motivé et de répondre à un besoin de dépassement de soi dans leur travail. À cet effet, Diane nous explique : : « *La quantité de techniques qu'on a à acquérir dans un département comme ça, ce qui fait que ça prend des mois, des années avant d'être tannée [...] C'est comme un défi avec toi-même. Le fait que ce soit exigeant ça m'a motivée* ». Avoir des journées de travail en étant constamment dans l'action, enchaînant une tâche après l'autre, contribue au sentiment de travail accompli.

La complexité du domaine de la néonatalogie et la présence des avancées technologiques sur le département sont aussi ressorties dans notre analyse comme des éléments répondant au besoin de dépassement de soi, notamment pour Diane et Annie. Les nouvelles techniques et les habiletés qu'il est possible d'acquérir alimentent le désir de rester en néonatalogie. Plus encore, les diverses avenues offertes dans le domaine nourrissent la curiosité. Pour Annie, l'exploration de ces différentes avenues lui donne l'opportunité de faire évoluer son rôle, et ce, même après 11 années de pratique : « *la profondeur du domaine, la complexité du domaine fait en sorte que de te sentir blasée, ça peut arriver, mais tu as des remèdes à ça [...]. C'est tellement complexe, infini, que tu peux te développer dans n'importe quelle sphère* ».

#### 4.6.1.2 Éléments liés aux rapports interpersonnels

Au travers des récits de nos sujets, plusieurs dimensions liées aux rapports interpersonnels au quotidien sont ressorties comme étant des facteurs importants de plaisir et de satisfaction. Tout d'abord, la reconnaissance et la confiance témoignée par les médecins quant à leurs savoirs et leur expertise donnent le sentiment à l'infirmière de contribuer aux décisions et au bien-être du patient. En effet, la plupart des participantes nous disent trouver beaucoup de satisfaction lorsque le médecin responsable du patient prend le temps de leur demander leur avis concernant le patient dont elles ont la charge. Lucie nous en donne un exemple : « *L'équipe médicale venait nous voir et nous demandait "ok les filles, qu'est-ce que vous pensez de ça, qu'est-ce qu'on pourrait faire". Étant donné qu'on avait été là toute la journée, ils nous faisaient confiance. C'était plaisant* ». Plus encore, Diane parle du soutien qu'elle perçoit de la part des médecins, notamment dans les situations difficiles.

*J'ai une situation en tête en particulier, le néonatalogiste avec toi il dit sa façon de penser s'il n'est pas d'accord avec l'équipe de cardio, nous on est habitué de travailler ensemble, et on trouve que ça suffit, le néonatalogiste le dit, on se sent soutenu, ce n'est pas toi qui est 100% responsable de ce qui se passe.*

Les participantes nuancent toutefois en mentionnant que ce ne sont pas tous les médecins qui prennent en considération leur point de vue. Le soutien dans les moments difficiles est toutefois présent chez la majorité des médecins.

La reconnaissance des parents, avec qui l'infirmière interagit quotidiennement, est importante pour les infirmières. Isabelle nous raconte notamment comment un simple merci de la part des parents à la fin d'une journée peut faire toute la différence dans sa journée de travail, considérant ce geste comme un petit plaisir quotidien. Cette reconnaissance de la part des parents quant à son rôle et à ses compétences nourrit le

désir de continuer à travailler en néonatalogie et de se dépasser. Comme m'a dit Annie :

*Cette famille-là m'a dit "Annie, tu as fait une différence durant l'hospitalisation". Et cette famille-là a souffert beaucoup, ils ont perdu leur petite fille après des mois d'hospitalisation [...]. Pour moi, ils étaient sur mon chemin cette famille-là pour me dire "tu es dans ton domaine, tu ne t'en vas pas, tu es faite pour ça". C'est extraordinaire.*

Cette reconnaissance est importante pour nos sujets, leur donnant le sentiment de faire une différence dans la vie des parents et des patients.

Parallèlement, les interactions dans l'équipe de travail sont source de satisfaction dans le travail. Pour tous nos sujets, la confiance et la collaboration facilitent le travail vécu au quotidien. Annie nous l'explique ainsi :

*Sentir mes collègues qui me font confiance, le sens de l'humour dans l'équipe, la collaboration, la sollicitude qu'on voit, qu'on ne voit pas tout le temps en fait, mais qui s'exprime dans « ah c'est correct, je vais couper ma pause pour toi, tu as eu une grosse soirée ». Ils vont voir que toi aussi tu fais un sacrifice pour les gens. Ça te revient. Ça, c'est le fun.*

Cette collaboration et la coopération seront tout autant présentes même dans les situations de mésententes entre collègues. Diane illustre cet élément en mentionnant que malgré un différend avec une collègue, cette dernière apportera de l'aide et du soutien dans le travail à effectuer : « En néonatalogie tu n'as pas le choix de travailler en équipe, tu n'as pas le choix. Même si tu as un petit différend avec une collègue [...] le petit différend tu vas l'oublier parce qu'elle t'a soutenu, elle t'a aidé, c'est agréable ». Le soutien entre collègues est donc important, tant dans les grandes choses que les petites choses. Il arrive que l'infirmière doive s'occuper de deux patients et que l'un d'eux demande toute son attention. L'aide apportée ici par une

collègue devient nécessaire pour assurer la continuité et la qualité des soins. Comme nous l'illustre Isabelle : « *même si je n'avais pas pu m'en occuper, ce patient là on s'en était bien occupé, sans s'en parler* ». En ce sens, la qualité du soin est une préoccupation constante.

Finalement, les échanges interpersonnels informels sont importants pour le maintien du plaisir au travail. Ces échanges permettent entre autres de rendre le quotidien au travail plus agréable. Diane explicite ici cette dimension du travail :

*Je trouve que [ le lien social ] est important, parce qu'on est sensible à l'autre. On travaille avec des gens, c'est agréable d'avoir un minimum de politesse. [...] Je pense que ça rend ton travail plus agréable. [...] Je pense que c'est important dans une équipe, pis je pense que si tu n'as pas le temps d'entretenir un minimum d'interrelation entre collègues, c'est plate.*

Le rire et l'humour entre collègues permettent également de passer à travers des journées plus difficiles. Nos sujets considèrent en ce sens que de rire allège le travail ou encore permet de commencer la journée sur une note agréable.

#### *4.6.1.3 Éléments liés au rôle*

Pour les infirmières plus expérimentées, l'expérience, le bagage de connaissances et de compétences maîtrisées sont source de satisfaction au quotidien. Comme nous l'expliquent Diane et Annie, qui ont respectivement 16 ans et 11 ans d'expérience en néonatalogie, les patients sont gagnants de cette expérience, car elles sont davantage en mesure de soulager rapidement la douleur et la souffrance des patients. Ces dernières disent avoir développé une connaissance intuitive du soin à prodiguer de même qu'une capacité à anticiper la douleur des patients. Les familles bénéficient tout autant de ces connaissances, car les infirmières ont appris à accompagner ces

familles à travers les diverses situations. Diane nous illustre bien la motivation qu'elle y trouve :

*Quand tu acquières ce beau bagage-là avec les années, tu as juste le goût de l'appliquer, d'aider les autres, de faire de l'enseignement, de donner une plus belle qualité aux parents parce que tu sais comment tout ça fonctionne [...] et là il me semble que mes parents et mes patients sont gagnants.*

Avoir l'opportunité de jouer un rôle de soutien et d'accompagnement pour les parents est central dans le travail des infirmières interrogées. Lucie explique le plaisir qu'elle obtient quand elle doit faire de l'enseignement aux parents : « *Passer une journée quand j'ai un bébé que je sais que les parents vont venir pour la première fois, tu vois ça c'est une affaire que j'aime autant parce qu'on a tout à leur expliquer* ». Accompagner les parents à travers des situations plus difficiles fait également partie du rôle de l'infirmière. Malgré les difficultés émotives que cela peut comporter, cet accompagnement est central quant au sens du travail des infirmières.

Le patient étant au centre des préoccupations des infirmières, ces dernières se trouvent à ressentir beaucoup de satisfaction à constater l'évolution des patients dont elles se sont occupées par le passé. Par exemple, Annie nous raconte un moment où, après s'être occupée d'un patient en soins intensifs pendant plusieurs semaines, elle apprend après quelque temps que celui-ci obtient son congé de l'hôpital. Il s'agit également pour nos sujets de prendre conscience que ces patients ont une certaine qualité de vie malgré les difficultés des premiers mois de vie : « *cette enfant-là avait été très malade, ça a été très dur, mais tu vois où elle est rendue aujourd'hui, tu te dis que finalement on n'a pas sauvé un enfant qui va baver toute sa vie, je veux dire cette enfant-là va avoir des activités, des interactions* ». Il arrive parfois que certains parents rendent visite aux infirmières de la néonatalogie après que leur enfant ait eu congé de l'hôpital. Ces visites permettent ainsi aux infirmières de constater

l'évolution d'un patient dont elles ont eu la charge. Pour Isabelle, ces visites donnent un sens au cheminement difficile qui a été vécu avec la famille et le patient.

Parallèlement, nous avons pu relever au travers le discours de nos sujets que le soulagement de la souffrance des patients est ce qui constitue le cœur de leurs interventions. Lucie nous l'illustre ainsi :

*Juste naître à 25 semaines c'est une souffrance [...]. On essaye de rendre leur début de vie pas beau le plus beau possible, je pense que c'est ça notre rôle, mais en même temps il faut dealer avec le fait qu'on a choisi un département que c'est ça le but, à la base on sauve des bébés qui ne sont pas viables. [...] Je trouve qu'on a décidé de travailler sur un département qu'on le sait justement que c'est ça notre clientèle, je veux dire on veut pas les voir souffrir, on veut les voir souffrir le moins possible, mais c'est une éventualité.*

Leur rôle premier est d'abord et avant tout de protéger et soulager le patient. Diane nous en donne un exemple éclairant : « *ça fait partie de notre bien-être à nous [...]. Mettre un drain thoracique, c'est instantané, l'oxygène au lieu d'être à 100 elle est à 35, on vient de le soulager, c'est agréable ça [...]. On fait tout pour les soulager* ». Le bien-être de l'infirmière est donc directement lié à cette capacité de soulager ou non la souffrance du patient. Annie nous en donne ici un autre exemple :

*[...] D'autres plaisirs, donner un bain à un bébé, le rendre confortable. Soulager sa douleur. Savoir qu'est-ce qu'il a, faire l'exercice intellectuel de faire est-ce qu'il a faim, froid, chaud, est-ce qu'il a mal [...] de faire cet exercice-là et tout mettre en place et réussir, ça, c'est vraiment agréable. Quand je pars le soir, avoir le sentiment du travail bien fait ».*

Ce sentiment du travail bien fait est source de satisfaction et concerne donc essentiellement le soulagement de la souffrance de leurs patients.



#### 4.6.2 La souffrance au travail : Les conflits de valeurs

Le conflit de valeur étant le sujet principal de cette recherche, les situations de soins génératrices de malaises chez l'infirmière ont occupé une grande partie des récits. Nous présenterons donc dans un premier temps un tableau synthèse des différentes situations génératrices de conflits de valeurs de même que les sous-catégories liés à ces situations. Rappelons que la colère, la frustration et les malaises lorsque l'infirmière pose un acte de soin allant à l'encontre de ses valeurs sous-tendent le conflit de valeurs vécu. Ce sont donc les éléments qui ont retenu notre attention lors de l'analyse des récits. Nous avons également ajouté une catégorie émergente dans cette section et qui nous permet d'apporter un éclairage certain sur le conflit de valeurs, soit les éléments présents dans le contexte de soin qui influencent la perception de la souffrance.

**Tableau 4. 2**  
Situations sources de conflit de valeurs

<b>Catégories</b>	<b>Sous-catégories</b>	<b>Effets</b>
L'acharnement thérapeutique quand ça va trop loin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escalade de soin</li> <li>• Donner des médicaments de réanimation en traitement</li> <li>• Maintien d'un plateau</li> <li>• Souffrance prolongée du patient</li> <li>• Pas de qualité de vie du patient</li> <li>• Souffrance du patient et de la personne qui prodigue le soin</li> <li>• Souffrance constante et perçue comme inutile</li> </ul>	Perte de sens du curatif, impuissance, colère, remises en question du rôle, mouvement intuitif de recul et de fuite face à la souffrance
Changement de plan de soin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situations inacceptables</li> <li>• Changement de plan de soin du palliatif au curatif</li> </ul>	Remises en question du rôle, colère, frustration, culpabilité, doutes
Faire une intervention <i>pour la science</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention au nom de la science médicale</li> </ul>	Colère, frustration
La souffrance à cause d'une erreur médicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients qui restent hypothéqués pour cause d'erreurs médicales</li> <li>• Situations difficiles à accepter</li> </ul>	Culpabilité, regrets, colère
Patients mis dans les bras des parents trop tard	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfactions face à la manière d'encadrer certains décès</li> <li>• Patients mis trop tard dans les bras des parents</li> </ul>	Perte de sens du soin
Le contexte du soin modulant la perception de l'infirmière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perception des parents</li> <li>• L'expérience</li> <li>• Choix de poursuivre les soins pour des raisons religieuses</li> <li>• Contexte d'urgence</li> <li>• Rôle de l'infirmière</li> </ul>	Impression de subir la décision.

#### 4.6.2.1 *L'acharnement thérapeutique : la souffrance prolongée du patient*

Nous avons soulevé dans notre problématique la notion d'acharnement thérapeutique comme source de conflit de valeurs chez l'infirmière. Les sujets ont donc été interrogés sur ce qu'ils considèrent comme de l'acharnement thérapeutique. L'élément commun qui est ressorti des récits est la souffrance prolongée du patient et perçue comme inutile, car l'état de santé du patient ne s'améliore pas. L'infirmière a alors l'impression de donner un soin non pas pour soulager la souffrance, mais pour la maintenir et garder en vie un patient qui n'a plus de qualité de vie. La souffrance prolongée du patient, et perçue comme inutile, génère de la frustration et des malaises.

Par ailleurs, l'ambiguïté de l'état de santé de l'enfant génère parfois de la culpabilité chez certaines des infirmières interrogées lorsqu'elles en viennent à penser vouloir faire cesser la souffrance de l'enfant, donc de cesser les soins. Annie illustre cette dimension avec justesse :

*Par exemple, le fait de poser des gestes qui causent la souffrance, de ne pas savoir comment conserver son sentiment d'utilité dans une incertitude du devenir de l'enfant, tout cela engendre des sentiments de désespoir, d'impatience, de futilité, de frustration. D'avoir à se poser la question : " Mais pourquoi on ne le laisse pas partir cet enfant-là?" Peut causer de la culpabilité, de la frustration, de la fatigue.*

L'infirmière en arrive à remettre en question son rôle auprès du patient car effectuant des soins qui, selon elle, ne fait que maintenir une souffrance inutile. Quand l'infirmière a ce sentiment que c'est trop, elle ne voit plus de sens dans le curatif, donc plus de sens dans le traitement. Isabelle illustre ce vécu face à la souffrance du patient qui lui « rentre dedans » :

*Ce qui me rentre dedans, c'est plus de voir que le bébé il n'est pas bien, tu le vois là, tu le vois [...] quand il est crispé, que tu sais qu'il a mal, que ses signes vitaux ne sont pas beaux, qu'il n'a pas l'air confortable dans son lit, un bébé qui se ramasse en sueur il n'est clairement pas bien.*

Diane dira même que cette souffrance perçue comme inutile est inacceptable :

*Mais qu'est-ce qui es inacceptable c'est les 5-6 semaines que le bébé a souffert. Tu le vois souffrir, et là tu le piques. [...] Et nous on le sait que ça va finir comme ça [par un décès] alors on trouve que les 5 semaines de souffrance sont inacceptables.*

#### 4.6.2.2 Le changement de plan de soin

Une autre source importante de malaises est lorsque le plan de soin de leur patient est modifié drastiquement. L'infirmière développe un sentiment d'inutilité dans les soins effectués. Isabelle illustre ainsi cette frustration qui est vécue dans ces moments :

*La semaine on est avec une équipe médicale, la fin de semaine on change, même les parents des fois on leur dit quelque chose et ça change en 48h. Moi ça m'énerve. [...] Et puis le médecin est venu tout défaire ce que j'avais fait depuis le matin, c'est comme, ok, c'est lui qui a le dernier mot.*

Cette frustration est d'autant plus présente dans les cas où le patient passe d'un soin palliatif pour revenir au curatif. Ces situations sont génératrices de colère et d'incompréhension. Un extrait du récit d'Annie explique bien l'ambiguïté vécue dans de telles situations :

*On met la petite fille en soin palliatif, on l'accompagne dans le cheminement des parents, et du jour au lendemain on fait un revirement, non, non on est plus en soin palliatif, il y a encore quelque chose à faire, on est en curatif. [...] Au début c'était de la colère, voyons dont, tout le travail qu'on a fait, en même*

*temps j'avais 80% de colère et 20% de dire c'est vrai, quand j'ai décidé de mettre cette petite fille-là en kangourou parce qu'on savait qu'on la débranchait le lendemain, elle était mieux, elle est devenue rose bonbon et on a baissé ses besoins en oxygène parce que je l'avais mise sur sa mère. En fin de compte elle est quand même décédée.*

Les participantes mentionnent notamment le fait que les parents, qui ont été accompagnés pour aller vers le décès de leur bébé, se voient redonner espoir par les médecins, ce qui est vécu difficilement par les infirmières qui les accompagnent. Isabelle nous l'illustre de manière éclairante: « Ça va faire des jours que les parents cheminent, et là l'autre médecin va arriver, premier jour de garde : "peut-être qu'on n'a pas essayé ça, on devrait le faire". Ça exclut tout le cheminement qu'a fait l'autre équipe médicale. Ça, c'est frustrant ». Les infirmières se sentent impuissantes, leur rôle faisant en sorte qu'elles doivent répondre des décisions prises par les médecins.

#### 4.6.2.3 Les interventions au nom de la science

Les infirmières interrogées nous ont aussi fait part que les interventions effectuées pour des raisons d'essais scientifiques créent chez elles de l'inconfort. Pour Diane et Isabelle, ces décisions médicales diminuent la qualité de l'accompagnement offert aux familles dans le processus de décès de l'enfant. Comme nous a confié Isabelle :

*Juste l'envoyer en salle d'opération pour voir ce que ça donne, ça, je trouve ça ridicule [...] au lieu qu'il meurt sur la table, on peut le donner aux parents pour qu'il décède dans leurs bras [...] est-ce qu'on peut juste le mettre dans les bras des parents et faire un décès qui a du sens.*

Un patient se retrouvant dans une telle situation génère une grande frustration et de la colère chez nos sujets. Les infirmières désirent pouvoir accompagner les parents vers

un décès plutôt que d'épuiser le bébé et faire en sorte qu'il meure avant même d'avoir pu être mis dans les bras des parents. La dignité du patient et des familles est ici prise en considération et prend le dessus sur la dimension plus technique du soin.

#### 4.6.2.4 Les erreurs médicales

L'erreur médicale affectant considérablement la santé du patient est source importante de conflit de valeurs, essentiellement lorsque l'infirmière fait partie de l'équipe ayant effectué la procédure. Toutes les personnes interrogées ont fait mention d'un même cas au cours de leur entretien. Ce cas était survenu quelques semaines avant la tenue des premiers entretiens. Nous trouvons que les propos de Diane illustrent de manière éclairante le vécu de l'infirmière dans de telles situations. En effet, Diane nous raconte être restée amère de ce cas dont elle s'est occupée et qui a subi une intervention ayant hypothéqué le patient. Étant présente au moment de l'intervention, l'état de santé dans lequel s'est retrouvé le patient a généré chez elle de la frustration, des regrets et une remise en question de son rôle :

*C'est ça aussi. Il est où mon rôle d'infirmière là dedans, pour protéger le patient [...] Parce que toi tu es là comme intervenant, si tu es là comme intervenant, tu peux intervenir, tu n'es pas juste quelqu'un qui exécute, tu peux intervenir, dire si tu n'es pas d'accord, mais c'était comme du non-dit. [...] Je n'ai pas aimé ça comment les choses se sont passées, on se sent un peu coupable après.*

Cette culpabilité ressentie est liée à une impression de ne pas être intervenue auprès de son patient à temps pour éviter le drame. Elle nous confie aussi que sa longue expérience en néonatalogie nourrit cette amertume qu'elle a pu ressentir :

*Quand ça fait longtemps que tu es là et qu'une situation comme ça arrive, tu restes amère. Parce que tu sais que ce n'est pas comme ça que ça se passe*

*d'habitude. Ah c'était dur, c'était dur. Et c'est drôle à dire, mais même après 16 ans je suis encore un peu impressionnée quand des histoires comme ça arrivent.*

Son expérience est donc un des éléments modulant la perception de la souffrance et des situations de soins critiques.

#### *4.6.2.5 La perception de la souffrance : dimensions liées au contexte*

Plusieurs dimensions liées au contexte du soin vont venir moduler la perception de la souffrance du patient, de même que l'inconfort vécu par l'infirmière. L'expérience acquise en néonatalogie peut augmenter la frustration vécue par rapport à un soin perçu comme inutile. En effet, la plupart des personnes interrogées ont fait mention qu'en fonction des cas déjà vécus, elles vivent d'autant plus d'inconforts face à un soin si elles croient que le patient va éventuellement décéder. Isabelle nous illustre comment elle vit ce type de situations :

*À chaque fois que ça m'est arrivé que je trouvais que c'était trop, les patients sont décédés après. J'ai fait les décès, alors dans ma tête à moi c'était trop, on va trop loin, est-ce qu'on peut arrêter tout de suite avant que le bébé meurt au bout de son tube dans son nez et qu'on puisse le mettre dans les bras des parents [...] mais le médecin avait le dernier mot.*

Également, un soin perçu comme causant une souffrance inutile au patient sera générateur d'incompréhension et de colère si le choix de poursuivre est basé en fonction des croyances religieuses des parents. Lucie a été fort éloquente à ce sujet lors de son entretien :

*On a beaucoup plus de difficulté à accepter des parents qui prennent leur décision par rapport à leur religion versus une famille qui va nous dire qu'elle a besoin de temps. Je trouve qu'on est limité pour comment bien accompagner*

*les parents quand c'est des questions religieuses, on ne sait pas comment les amener avec ça, comment travailler avec ça. [...] Ça crée un inconfort.*

L'infirmière a alors l'impression de subir la décision. Parallèlement, Annie nous dit être en mesure de saisir ces dimensions religieuses dans une décision de soin, de par ses connaissances dans le domaine de la spiritualité et de la religion.

Outre la dimension religieuse, la manière dont la famille est perçue va modifier la perception du soin donné au patient. Annie nous éclaire à cet effet en mentionnant que le soin aura davantage de sens si elle perçoit les parents comme étant aptes à s'occuper de leur enfant versus une famille qu'elle juge comme n'ayant pas de compétences parentales : « *Pour expliquer le conflit de valeurs que j'ai, la mère, pourquoi elle fait ça? Pourquoi elle exige qu'on sauve cet enfant-là alors que selon mes critères à moi, elle a de la misère à prendre soin d'elle?* ». Cette perception des familles peut donc influencer la manière dont l'infirmière va vivre la situation de soin.

Malgré le fait que les personnes interrogées ont été en mesure de nous donner une définition de l'acharnement thérapeutique, elles ont tout de même nuancé leurs propos en cours d'entretien (surtout durant le second). Elles affirment que cette notion d'acharnement est plus une question de perception liée au rôle que du véritable acharnement. Le fait que l'infirmière passe 8 heures de temps auprès du patient l'amène à percevoir la souffrance différemment de tout autre professionnel de la santé qui prend en charge le patient. Cette différence de perception est entre autres dû au fait que c'est elle qui prodigue le soin, donc elle qui maintient le patient en état de souffrance. L'exigence d'un tel travail en continu peut donc influencer la perception du soin, comme l'a exposé Annie :



*Je crois que c'est l'exigence physique et psychologique du travail de l'infirmière au chevet de bébés très malades qui la prédispose à développer des perceptions plus dramatiques, mais légitimes, de tout ce qu'implique la situation de l'enfant.*

Pour Annie, cette perception d'acharnement est donc une illusion liée à un manque de recul sur la situation d'un patient dont l'état de santé est précaire depuis la naissance.

*Parce que nous sommes dans l'incertitude devant toutes les sphères de la situation de santé de l'enfant : son devenir, le résultat du traitement actuel, sa guérison et le temps que ça prendra, comment la famille s'attachera à cet enfant, comment elle s'adaptera à la situation actuelle et future, leurs ressources existantes et inexistantes, etc. [...] Cette illusion d'optique est en fait un manque de recul philosophique devant une situation de santé complexe d'un enfant qui reste entre la vie et la mort, dans une hospitalisation longue et ardue.*

Ce besoin de prendre un recul est donc nécessaire pour nos sujets. Il sera possible de le constater plus en détail dans la section concernant les stratégies utilisées.

Finalement, tous nos sujets ont fait mention du contexte d'urgence dans lequel elles se trouvent parfois, nourrissant l'ambiguïté des malaises ressentis. Dans l'urgence de la tâche, il y a peu d'espace pour réfléchir à ce qu'elles ressentent et elles sont donc dans l'impossibilité de prendre un recul. Diane nous illustre bien cette dimension du soin critique dans laquelle l'infirmière se sent prise entre son inconfort face au soin et l'urgence de la tâche : « *Un moment donné, tu ne peux pas dire dans un moment dramatique stop, ce qu'on fait ça n'a pas d'allure. C'est dur de trouver la petite fenêtre pour ça. Toi ton mental et ton physique il est pris sur des tâches aussi* ». C'est une fois l'intervention terminée qu'elles peuvent réfléchir à la situation et où il leur arrive de vivre de la frustration et de la culpabilité, se trouvant mal à l'aise avec les

gestes posés sur le patient. Diane ajoute que ce contexte ne permet donc pas d'exprimer le malaise vécu, ce qui cause de l'insatisfaction.

#### 4.6.3 Composer avec les malaises : la communication interpersonnelle

L'un de nos objectifs de recherche est de comprendre la place occupée par les communications interpersonnelles dans les situations de conflits de valeurs et aussi de découvrir si les stratégies utilisées dans cette sphère permettent ou non la création de sens au travail. Ainsi, parmi les stratégies utilisées par les infirmières pour composer avec les malaises et la colère que peut générer le conflit de valeur, il est ressorti, dans notre analyse, que la communication interpersonnelle occupe une place importante pour les sujets. Le tableau de la page suivante présente donc les stratégies communicationnelles utilisées de même que l'effet de celles-ci sur nos sujets.

**Tableau 4. 3**  
Stratégies de communication et effets sur les sujets

<b>Stratégies</b>	<b>Effets</b>
Se chercher des alliées par rapport au vécu, en parler à celles qui ont vécu la situation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valider son malaise</li> <li>• Légitimer ses actions</li> <li>• Valider le ressenti et les perceptions</li> <li>• Création de liens dans l'équipe de travail</li> </ul>
Parler à des collègues de confiance pour aller se chercher du soutien, du réconfort	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sentir moins seule</li> <li>• Se libérer</li> <li>• Diminution du malaise</li> </ul>
Communiquer avec les médecins pour agir sur la souffrance du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer l'inconfort lié à la souffrance du patient</li> </ul>
Questionner les médecins pour comprendre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre les décisions</li> <li>• Donner un sens à la souffrance</li> <li>• Diminuer l'inconfort</li> </ul>
Assister aux réunions de cas pour comprendre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventiler</li> <li>• Comprendre les décisions médicales</li> <li>• Voir les situations autrement</li> <li>• Percevoir les médecins autrement</li> <li>• Donner un sens aux soins prodigués</li> </ul>
S'engager dans une réflexion éthique avec les médecins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminue la souffrance</li> <li>• Prendre du recul</li> <li>• Donne un sens et une vision</li> <li>• Donne du courage</li> <li>• Voir autrement les situations</li> </ul>
Communiquer avec le chef d'unité pour aller se chercher du soutien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sentir écouté</li> <li>• Avoir l'impression de changer les choses</li> <li>• Trouver du réconfort</li> </ul>

#### 4.6.3.1 La communication dans l'équipe de travail

L'équipe de travail constitue une source importante de soutien et de réconfort dans les situations vécues plus difficilement. Ce soutien est effectivement présent pour nos sujets, dont Lucie qui nous l'explique ainsi : « *oui, j'ai eu des cas très difficiles, mais on dirait que chaque fois j'ai eu des outils ou quelque chose qui est arrivé et qui a fait en sorte que j'ai bien traversé ces situations-là [...] comme l'écoute, les gens avec qui je travaillais à ce moment-là* ». Les infirmières interrogées ont d'ailleurs fait part du fait qu'elles n'hésitent pas à échanger avec leurs collègues infirmières pour trouver du soutien, comme l'illustre Diane dans l'extrait suivant :

*Vraiment là, ton soutien premier c'est vraiment d'en parler avec tes collègues. Des fois, j'amène ça à la maison, j'en parle à mon mari, mais ce n'est pas réglé. [...] Tes collègues elles vont te comprendre, beaucoup plus, elles le vivent, elles ont déjà vécu la situation, ton mari ne l'a pas vécu.*

En parler aux collègues qui ont vécu la même situation sous-tend un besoin pour nos sujets de se trouver des « alliées » par rapport au vécu. En ce sens, quand elles sont plusieurs à se relayer auprès d'un même patient en situation critique, Diane a l'impression que la souffrance de ce patient est partagée entre les membres de l'équipe, ce qui rend la communication plus facile : « *Dans le fond peut-être que tu partages un peu la souffrance s'il y a une souffrance présente, ce qui fait qu'après on est capable de bien s'en parler* ».

Ces échanges permettent également de valider la légitimité de l'acte de soin étant la cause de l'inconfort. Lucie nous éclaire à ce sujet :

*Il faut justement beaucoup en parler parce que c'est quelque chose de dur, je veux dire quand c'est un bébé qui a une vie que de souffrance et que de choses désagréables, c'est difficile parce que tu ne souhaites ça à personne [...] Je*

*pense que c'est important d'en parler pour pas toujours sentir qu'on fait toujours des choses pas correctes.*

Le fait de ne pas comprendre les décisions qui ont été prises augmente le malaise ressenti, car les infirmières n'arrivent pas à donner sens à l'acte de soin; c'est pourquoi elles vont être amenées à échanger avec des collègues d'expérience ou avec celles en qui elles ont confiance pour prendre du recul sur le vécu de la situation et essayer de comprendre ce qui a pu motiver les décisions.

Les sujets interrogées s'entendent sur le fait que la communication occupe une place centrale pour être en mesure de rester travailler sur un département aussi exigeant physiquement et émotionnellement. Diane illustre bien toute son importance : « *Je pense qu'on survivrait pas ici sans pouvoir communiquer. [...] oui, je pense qu'il faut que tu ventiles, je pense que celles qui ne sont pas capables de ventiler elles s'en vont* ». Ventiler renvoie au fait pour nos sujets de s'exprimer sur leurs inconforts et les émotions vécues.

#### *4.6.3.2 Échanger avec les médecins*

Des réunions de cas sont parfois organisées par les médecins dans le cas de patients ayant généré beaucoup de malaises et de frustrations au sein de l'équipe. Ces réunions permettent de comprendre les décisions qui ont été prises et donnent l'occasion aux différents intervenants d'exprimer leur vécu et leur point de vue sur la situation conflictuelle. Par le fait même, ces réunions permettent parfois de diminuer les tensions au sein de l'équipe de travail. Lucie l'exprime ainsi :

*Je trouve que ça sert surtout à mettre les points sur les « i » si on veut, vraiment expliquer pourquoi. Souvent quand on sait pourquoi les décisions sont prises, ça aide à les accepter. Je trouve que ces rencontres-là expliquent justement*

*c'était quoi leur pensée derrière les décisions qui ont été prises. [...] des fois, c'est des choses qui vont désamorcer les tensions, et aussi les gens peuvent s'exprimer sur comment ils se sentent par rapport à ça.*

La plupart de nos sujets constatent que ces réunions ont un effet bénéfique sur eux, permettant de diminuer le malaise ressenti, car étant plus aptes à comprendre les décisions prises. Cette compréhension les amène aussi à légitimer leurs actions auprès de leurs patients. Ces réunions, organisées en dehors des heures de travail, ne sont toutefois pas toujours accessibles, ce qu'Isabelle déplore. La dernière réunion à laquelle elle a assisté, elle n'a pas eu le temps de s'exprimer ni d'entendre le point de vue de tout le monde. Diane compose toutefois avec cet inconvénient en questionnant une collègue de travail qui a pu assister à la réunion :

*Tu y vas c'est sûr. À moins que ta vie familiale t'amène d'autres priorités chez vous. Le motton est là, il va passer 24 heures chez vous, et tu vas le régler le lendemain. Quand tu dis « oui pis, la réunion, moi je n'ai pas pu y aller, comment toi tu as vécu ça? ». J'avais vraiment besoin de ventiler sur la situation, pour essayer de comprendre, pour m'aider à me démêler là dedans. Et ça a réglé 90% de mon problème, en l'espace de 3-4 heures les choses se sont rétablies.*

Subséquentement, le fait de comprendre la décision diminue grandement le malaise qui a été vécu concernant le soin prodigué.

Ces échanges avec les médecins permettent également de prendre du recul sur la situation vécue difficilement. Annie nous parle de l'importance pour elle de s'engager dans une réflexion éthique quand une situation de soin vient l'ébranler. Elle se tourne alors vers les médecins qu'elle considère ouverts et capables de poser un tel regard réflexif sur les situations afin d'échanger avec eux. Cette réflexion sert à plusieurs niveaux :

*C'est donner un sens à la situation et se donner une vision, un regard des choses qu'on ne voit pas. [...] à quoi ça sert cette réflexion-là, ça sert à dire il s'appelle un tel et il va guérir. Ce que je fais, ça a un sens dans le présent et dans le futur. Ça l'aide, faut pas lâcher. Ça donne du courage de le faire, et de donner le courage de dire aux parents, ce n'est pas ça votre bébé, ce ne sera pas ça votre bébé. Tout ce qu'on voit c'est un bébé qui n'a pas l'air d'un bébé parce qu'il est tellement enflé, il a plein de tubes, on ne voit plus son visage [...] le fait d'avoir cette réflexion là, tu vois au-delà de ce que tu vois concrètement.*

Cette réflexion lui permet de prendre un recul et de diminuer la souffrance liée au conflit de valeur vécu.

Parallèlement, que ce soit durant une technique de soin particulière ou dans le cas d'un patient dans une situation critique, les infirmières abordent les médecins afin de s'assurer que la souffrance de leur patient soit soulagée. Lucie précise à cet effet qu'elle s'assure d'avoir des faits, des signes cliniques clairs de la souffrance afin d'avoir les arguments nécessaires lorsque vient le temps de convaincre le médecin quant à la pertinence d'augmenter la sédation de son patient : « *Je ne dis pas que ça [la souffrance] vaut toujours la peine, je dis que le bébé mérite d'être vraiment bien sédationné [...] je vais vraiment très bien prendre en note tout ce que je fais pour le soulager, je vais les rappeler pour leur dire* ». Nous rappelons ici que la souffrance du patient reste constamment au cœur des préoccupations de l'infirmière.

#### *4.6.3.3 Le soutien et l'écoute du supérieur immédiat*

Le supérieur immédiat, qui est le chef d'unité, est également une personne vers qui les infirmières interrogées disent se tourner dans les cas d'inconforts importants. Elles disent aller vers leur supérieur lorsque les cas sont extrêmement difficiles et causant un inconfort généralisé dans l'équipe de travail. Diane nous dit qu'elle se sent rassurée de l'écoute de son supérieur lorsqu'elle vit des inconforts et de la manière

dont il tente de mettre des choses en place pour changer les choses. En ce sens, il tentera d'apporter des changements dans les manières de faire afin d'éviter les situations ayant causé du tort aux patients et la souffrance des infirmières.

Par contre, Lucie nous affirme le contraire en nous disant qu'elle n'a jamais trouvé de soutien dans la hiérarchie, étant fort insatisfaite des réponses qu'elle reçoit de ses supérieurs dans les situations plus difficiles. Ce qui nous amène à mettre en lumière les éléments de la sphère communicationnelle sources d'insatisfaction.

#### 4.6.4 Des communications interpersonnelles insatisfaisantes

Nous avons relevé, à travers le récit des sujets, des éléments liés à des communications insatisfaisantes dans les situations de soins critiques. Ces éléments nous permettant de répondre à nos questions de recherche, nous avons trouvé pertinent de les relever ici. Ces communications sont de deux ordres, soit les communications avec les médecins et la création de clans dans l'équipe de travail, dans les situations de patients en soins critiques.

Une source de frustration chez les infirmières interrogées est le manque d'écoute des médecins, lorsque les opinions et les connaissances du patient ne sont pas prises en compte quand vient le temps de prendre une décision médicale. Isabelle nous dit que cette écoute dépend du médecin avec qui elle travaille :

*Nous on le connaît le bébé et on le sait qu'il ne va pas tolérer. Des fois ils [ les médecins] ne nous écoutent pas en fait. C'est ça qui est le plus frustrant. [...] Aussi c'est des visions différentes qui font en sorte que des fois, tu n'as même pas envie de t'obstiner avec la personne. Dans ces cas là, je laisse faire, c'est comme si je parlais à un mur.*



Plus encore, de par leur rôle et leur statut d'infirmière, un certain inconfort peut être vécu au moment d'exprimer ses malaises aux médecins. Diane nous dit d'ailleurs qu'elle manque parfois de confiance pour aborder les médecins lorsqu'elle est inconfortable face à un soin : « *Devant un patron, dire "je trouve que vous y allez trop, je pense que notre patient on va le perdre", non, moi je ne me sentirais pas assez en confiance pour exprimer ça* ».

Les discussions de salle à café peuvent aussi générer des inconforts chez nos sujets. Celles tournant autour de cas critiques sont parfois considérées comme peu productives, un seul point de vue y étant véhiculé, créant par le fait même ce que Lucie nomme un « effet de masse ». L'infirmière peut en arriver à se faire une opinion d'un patient qu'elle ne connaît pas. Ce discours arrêté amène également la création de « clans », comme nous l'indique Lucie :

*C'est très souvent le clan des filles qui voudraient débrancher le bébé et les médecins étirent les soins. Je dirais que c'est très souvent les discours qu'il y a en fait, c'est très rare que les filles voudraient maintenir le bébé en vie et les médecins veulent le débrancher. [...] Je te dirais que moi je suis souvent dans le milieu [...] Mais je ne veux pas trahir, c'est con à dire, mais vu que la majorité des filles pensent ça c'est comme si je trahissais les gens de mon clan pour me rallier à l'autre. J'ai souvent cette espèce de tiraillement là.*

Ces discussions de salle à café peuvent donc devenir inconfortables si ce que l'infirmière pense réellement ne va pas dans le même sens que ce que disent ses collègues. Plus encore, ces discussions sont considérées par Diane et Isabelle comme « *peu reposantes* ». Isabelle nous a d'ailleurs confié prendre ses pauses à l'extérieur du département pour ne pas se laisser contaminer par l'effet négatif que peuvent avoir ces échanges. Les propos peu nuancés sont également considérés par Lucie et Annie comme étant très improductifs au niveau du travail d'équipe. Les opinions arrêtées et la fermeture d'esprit de certaines collègues ne servent en rien à l'avancement du cas

du patient, encore moins à permettre aux infirmières à mieux comprendre les prises de décisions.

Après avoir présenté les particularités du milieu de travail et certaines spécificités du moment où a été menée l'étude, nous avons présenté dans ce chapitre les données significatives recueillies dans chacun des récits. L'analyse transversale qui a suivi a permis de constater les éléments concordants et divergents entre les récits de nos sujets et qui nous permettront de répondre à nos questions de recherche. Nous avons également porter un éclairage sur des éléments nouveaux ayant émergé de cette analyse transversale et qui offrent des pistes de réponses à nos interrogations premières. À cet effet, le chapitre suivant mettra en relation les différentes dimensions soulevées avec la littérature.

## CHAPITRE V

### INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

Ce chapitre permettra de répondre à nos questions de recherche, en résonance avec nos objectifs de recherche qui nous ont guidés tout au long de notre processus. Nous verrons que certains des résultats viennent appuyer notre proposition de recherche tandis que d'autres les nuancent. Ces découvertes seront appuyées par les données qui ont été recueillies et seront mises en relation avec le corpus théorique présenté dans le second chapitre. L'utilisation des écrits d'auteurs que nous n'avons pas présentés dans notre cadre théorique fournira un éclairage nouveau sur des éléments qui ont émergé de nos analyses.

#### 5.1 Rappel des objectifs et de la proposition de recherche

Après avoir contextualisé la problématique du conflit de valeurs pour l'infirmière en soins intensifs néonataux, nous l'avons positionné sous un angle communicationnel. Nos questions de recherche étaient les suivantes : quelles stratégies de communication interpersonnelle sont utilisées par les infirmières travaillant sur une unité de soins intensifs néonataux suite à une situation de conflit de valeurs impliquant le soin au patient? De quelle manière les stratégies de communication interpersonnelle contribuent-elles à la création de sens relatif au travail en situation de soins critiques générant un conflit de valeurs? Pour répondre à ces interrogations, nous avons les objectifs de recherche suivants : mieux comprendre le vécu de l'infirmière travaillant en soins intensifs néonataux lorsqu'elle se trouve aux prises avec un conflit de valeurs et faire émerger les stratégies de communication interpersonnelle utilisées dans de telles situations tout en nous demandant si ces stratégies permettaient ou non la création de sens au travail. Suite à ce qui a été présenté dans le second chapitre, nous avons proposé que l'infirmière qui vit un

conflit de valeurs lié à une situation de soins fera usage de stratégies de communication interpersonnelles au sens entendu par Marc et Picard (2015) afin de répondre à des besoins d'ordre identitaires ou relationnels. Nous avons avancé que ces stratégies lui permettent, d'une part, de redonner sens à son travail en légitimant l'acte de soin à l'origine du conflit de valeurs ou qu'elles peuvent, d'autre part, être sources d'insatisfaction et entraîner à long terme, si vécues de façon répétée, de la souffrance psychologique, physique et/ou psychique.

L'interprétation des résultats sera présentée en trois temps : nous discuterons d'abord des rapports statutaires entretenus par les infirmières avec les médecins et des dimensions liés au rôle de l'infirmière l'amenant à vivre le conflit de valeurs. Ensuite, la notion de perception du soin et de la souffrance du patient sera amenée et discutée, nous permettant par le fait même de mieux comprendre les stratégies qui sont utilisées par les infirmières en situation de conflit de valeurs. Finalement, nous établirons la pertinence du dialogue réflexif dans une visée de réflexion éthique afin d'aider les équipes de soins à mieux gérer la souffrance pouvant découler du conflit de valeurs. Avant d'aller au cœur de l'interprétation de nos résultats, nous trouvons pertinent d'apporter quelques nuances concernant certains éléments qui ont été présentés dans notre problématique.

## 5.2 Éléments nouveaux ayant émergé lors des entretiens

Suite aux entretiens réalisés avec les infirmières de l'unité de soins intensifs néonataux du CHU et de l'analyse qui en a découlé, nous trouvons nécessaire de relever une dimension importante concernant un élément présenté dans notre problématique comme étant source du conflit de valeurs. Dans notre problématique, en lien avec ce que nous avons soulevé dans la littérature (Langlois, 2009; Charland et Vallée, 2003; Séguin, 2000; Sawatzky, 1996), l'acharnement thérapeutique avait été identifié

comme source de conflit de valeurs important. Il est à noter que les sujets n'ont pas utilisé le terme d'acharnement par eux-mêmes. Nous les avons-nous même questionnés sur leur définition d'acharnement. Les réponses que nous avons obtenus dans un premier temps concordent avec la définition de Langlois (2009) telle que présentée dans le premier chapitre (p.12). Au fil de l'entretien, les infirmières interrogées ont toutefois fait preuve de davantage de nuance lorsqu'elles ont répondu à notre question. Elles ont notamment relevé des éléments contextuels qui viennent modifier leur perception du soin et par le fait même, nuancer leur perception de l'acharnement. Leur rôle et les rapports statutaires entretenus avec les médecins ont occupé une grande place dans les entretiens et influencent également la manière dont le conflit de valeurs est vécu et module cette perception d'acharnement thérapeutique. Pour tous nos sujets, le second entretien a permis d'aller chercher ces nuances et davantage de précisions quant aux situations vécues et à la perception de ces situations. Nous avons donc accordé dans le présent chapitre une section particulière nous permettant de mieux comprendre comment la perception du soin vient influencer les malaises et inconforts vécus.

Par ailleurs, en résonance avec nos intuitions de recherche de départ, nos résultats démontrent que les infirmières font effectivement usage de stratégies de communication interpersonnelle, surtout au sein de l'équipe de travail, afin de diminuer l'inconfort généré par le conflit de valeurs. Les principales stratégies utilisées par les personnes interrogées sont : parler aux collègues qui ont vécu la même situation conflictuelle, afin de se chercher des alliées par rapport au vécu; chercher du soutien auprès de collègues en qui elles ont confiance; questionner les médecins pour essayer de comprendre les décisions qui ont été prises; Assister aux réunions de cas, pour tenter de comprendre et de donner sens aux décisions de soin; s'engager dans une réflexion éthique avec les médecins et finalement, aller chercher du soutien de son supérieur.

Certaines de ces stratégies permettent de venir légitimer l'inconfort vécu et, plus encore, de donner un sens aux actions posées qui, de prime abord, semblaient incohérentes aux yeux des infirmières. Nos résultats nous permettent également d'affirmer que ces stratégies évoquées donnent l'occasion aux sujets de répondre à des besoins d'ordre identitaires et relationnels comme les besoins de reconnaissance et de soutien (Alderson, 2004; Marc et Picard, 2015). Certaines servent également à modifier la perception de la situation source du conflit de valeurs. Nous avons par ailleurs soulevé une stratégie défensive, d'ordre communicationnelle, présente dans le collectif de travail et qui génère de l'insatisfaction et qui sera présentée plus bas.

### 5.3 Le conflit de valeurs en soins intensifs néonataux : Le rôle infirmier dépossédé de son sens premier

La présente section mettra en relief les spécificités du rôle de l'infirmière et les difficultés rencontrées à mettre en pratique les valeurs associées à ce rôle, notamment devant les conflits mettant en jeu des rapports statutaires. Marc et Picard (2015) soulignent que les interactions dans un rapport statutaire sont « dictées par des règles et des habitudes internes à une institution » (p.37). Les réactions des individus concernant leurs rôles et les statuts prennent sens en rapport au contexte dans lequel elles s'inscrivent. Dans le cas qui nous intéresse, la problématique se situe dans un milieu de soins critiques néonataux, au sein d'une équipe de soin composé de différents professionnels de la santé. Le rapport entre les infirmières et les médecins, de même que le rôle spécifique de l'infirmière, ont retenu notre attention ici.

Suite à notre analyse, il a été possible de constater que la principale raison qui soutient les actions des infirmières est le soulagement de la souffrance des patients. Ce rôle de protection du patient contribue directement pour tous nos sujets à leur plaisir au travail. Ce plaisir est le résultat du sentiment d'accomplissement de soi dans leur

travail, tel qu'entendu par la psychodynamique du travail : « tout individu est habité par le désir de s'accomplir lequel s'inscrit dans la quête d'identité qui l'anime, qu'il poursuit et qui le porte à vouloir offrir sa contribution à la création sociale ou à la construction d'une oeuvre commune » (Alderson, 2004, p.252). Les infirmières sont toutefois conscientes que leur travail les prédisposent à faire face à des situations complexes de soin impliquant parfois qu'elles doivent infliger une certaine forme de souffrance au patient pour un bien-être futur. Le problème pour les infirmières ne relève donc pas du fait d'infliger la souffrance, mais plutôt d'avoir l'impression que celle-ci est inutile, car l'état de santé de l'enfant reste le même, sans évolution. En effet, l'évolution de l'état des patients est centrale dans le bien-être des infirmières et donne un sens à leur travail. Cette perception de la souffrance inutile, où parfois les infirmières en arrivent à vouloir « laisser partir » l'enfant, comme nous le mentionne Annie, dépossède l'infirmière du sens premier de son rôle auprès du patient. Dans de telles situations, la souffrance qui peut en découler peut être expliquée par Béland (2009) par le fait l'infirmière en arrive à se donner la responsabilité de cette souffrance, générant ce qu'il nomme une « souffrance de l'impuissance » :

La personne soignante, tout en étant consciente des contraintes en cause et en dépit de ce que celles-ci peuvent représenter de négatif, tente désespérément d'avoir un agir professionnel conforme à l'exigence implicite d'humaniser les soins offerts au soigné. N'y parvenant pas, elle s'en attribue la responsabilité et peut se blâmer devant : une souffrance de l'impuissance et de la désillusion face à la mort des soignés; une souffrance de l'impuissance et de la perte de sens face aux conflits de valeurs ou dilemmes éthiques en milieu de travail (p.2)

Ces propos trouvent résonance avec les propos de nos sujets, concernant la culpabilité ressentie face aux diverses situations de soins. Cette notion de « souffrance de l'impuissance » permet d'expliquer le conflit de valeur vécu par le fait que l'infirmière ressent un fort sentiment de responsabilité vis-à-vis du patient souffrant.

Plus encore, Blondeau (2013) et Langlois (2009) parleront du rôle d'*advocacy* qui constitue une part importante du travail infirmier, qui sous-tend la défense des intérêts et le bien-être du patient. Ce rôle est difficile à jouer dans le cas des patients prématurés, de par leur incapacité à exprimer clairement leur volonté. C'est donc l'infirmière qui, par les indicateurs cliniques de souffrance du patient, tentera de protéger le patient lorsque les décisions qui sont prises par les médecins ne répondent pas à ce qu'elles considèrent comme étant dans le meilleur intérêt du patient. Dans de tels cas, il est avéré que l'infirmière vit un conflit de valeur lié à l'organisation du travail : elle doit répondre aux exigences du médecin et effectuer le soin prescrit. Cet élément, qui est ressorti à de nombreuses reprises dans nos entretiens, concorde avec les écrits de Langlois (2009). Cet auteur stipule en effet que dans une situation où l'infirmière se trouve à être en désaccord avec le soin à prodiguer, elle passera à l'action en justifiant ses actions par la valeur organisationnelle, qui est de respecter les prescrits des médecins étant donné leur statut vis-à-vis de l'infirmière. Elle vit tout même de l'inconfort, car la valeur ayant motivé l'action n'est pas celle qu'elle aurait voulu mettre en pratique.

Dans le même ordre d'idées, nos sujets ont l'impression de subir certaines décisions prises par l'équipe médicale, notamment lorsque la vision du soin diffère d'un médecin à l'autre et que les plans de soins des patients sont modifiés drastiquement. En plus de vivre de la colère et de la frustration dans de telles situations, le fait de ne pas être consultée avant ces changements vient également remettre en question son rôle auprès du patient, parfois même son identité. Alderson (2004) explique que ces éléments font partie de la dimension sociale de l'identité de la personne au travail, comme « la manière dont il est reconnu ou considéré, le fait d'être consulté ou non, la part de pouvoir décisionnel détenu, le caractère significatif des tâches accomplies et la reconnaissance sociale dont bénéficie l'activité professionnelle réalisée » (p.248).



Ce rôle auprès du patient va notamment venir modifier la perception que l'infirmière a du soin et de la souffrance du patient.

#### 5.4 La perception du soin

La notion d'acharnement thérapeutique, largement discuté dans la littérature, sous-tend un soin perçu comme inutile et considéré comme mauvais pour la santé du patient (Langlois, 2009). C'est cette perception du soin et de la souffrance qui génère de la frustration, colère, etc. chez l'infirmière. En lien avec notre principal sujet de recherche, les valeurs qui sous-tendent le rôle influent sur cette perception, en ce sens que ce sont ces valeurs qui permettent de donner un sens aux expériences qui sont vécues (Gutierrez, 2005). La notion d'acharnement thérapeutique est ici mise en perspective par le fait que nous avons relevé dans les récits de nos sujets des éléments nous permettant de croire que l'infirmière qui comprend les raisons des décisions médicales, donc qui change sa perception du soin, verra son malaise diminuer.

En ce sens, tous nos sujets ont fait mention du fait que leur rôle au chevet du patient pendant 8 heures, parfois 12 heures de temps, les amènent à développer une perception particulière de la souffrance du patient. Ajoutons à cela que le contexte de soins critiques, où les décisions se prennent parfois en situation d'urgence, ne permet pas de prendre un recul nécessaire pour réfléchir aux actions posées. Selon Langlois (2009), les interventions devant être effectuées rapidement ne donnent pas l'occasion d'agir en toute connaissance de cause. C'est seulement après avoir posé le geste causant la souffrance que la personne ressent le malaise lié à l'incohérence entre ses actions et ses valeurs.

Ces éléments de contexte liés à l'organisation du travail en soins intensifs néonataux vont donc avoir, comme l'ont confirmé nos sujets, un impact sur la perception de l'état de santé du patient. Certaines des stratégies utilisées pour tenter de redonner sens au travail serviront donc à venir modifier cette perception, au sens entendu par la psychodynamique du travail. À cet effet, les stratégies défensives permettent de modifier la perception de l'événement source de souffrance (Vézina, 1996). Même si nos interrogations premières portent sur les stratégies de communication, le concept de stratégies défensives reste fort pertinent ici pour expliquer comment l'infirmière tente d'éviter la souffrance, en cohérence avec ce que nous avons relevé des récits de nos sujets. Il reste que ces stratégies défensives se placent dans la sphère communicationnelle. Le peu d'espace de paroles lié à l'organisation du travail fait en sorte que l'infirmière doit elle-même trouver une manière de régler ses malaises et inconforts, en se tournant vers les membres de son collectif de travail, tel qu'employé en psychodynamique du travail.

### 5.5 Le partage de la souffrance à travers le collectif de travail

Face à une organisation du travail pouvant être déstructurante pour l'identité (Vézina, 2000), les individus développent des stratégies collectives afin d'éviter la souffrance. Ces stratégies prennent place au sein du collectif de travail qui se veut être un groupe de travailleurs solidaires, où des règles de métier (ou de profession, dans le cas des infirmières) sont à respecter (Alderson, 2004). En tant que système social, le collectif de travail nécessite, afin de se maintenir, « l'engagement, la mobilisation, la collaboration, la solidarité, d'authentiques liens de confiance réciproques et la loyauté de ses membres » (Alderson, 2004, p.251). De nombreux éléments relevés dans les récits de nos sujets nous permettent d'affirmer que l'équipe d'infirmières de l'unité de soins intensifs néonataux constitue bel et bien un collectif de travail. Entre autres, la présence du soutien dans les situations difficiles, la collaboration et l'entraide, qui

sont présentes même en situation de conflits personnels, l'écoute, la confiance, etc., en sont des exemples concrets.

Une des stratégies collectives qui a émergé dans les propos des infirmières que nous avons interrogés repose sur le développement d'un discours homogène et hermétique chez les infirmières, où celles qui pensent différemment se trouvent mises à l'écart. Lucie mentionnera même l'impression de création de « clans » dans les situations de soins les plus critiques, et la peur de « trahir son clan » si elle n'adopte pas la même opinion que ses collègues. Selon Alderson (2004), les membres d'un collectif de travail vont développer des stratégies défensives collectives pour tenter de diminuer la souffrance provenant d'une organisation du travail pouvant être génératrice de souffrance individuelle : « S'unir dans l'adversité [...] préserve la vulnérabilité individuelle. Le principe est collectif, mais la souffrance reste toujours singulière » (Canouï et Mauranges, 1998, p.85). Dans ce cas-ci, la stratégie utilisée ne fait que masquer la souffrance (Alderson, 2004) sans pour autant régler le conflit de valeurs qui la sous-tend. Nos sujets affirment d'ailleurs trouver peu reposant ce genre de discussions dans la salle à café.

Le collectif de travail peut par ailleurs offrir le soutien, la réciprocité et des liens de confiance permettant au travailleur de donner sens à son travail (Alderson, 2004; Dejours, 2003; Pomerleau et *al.*, 2013). Notamment, les travaux de Carpentier-Roy (1991), effectués en milieu hospitalier, ont su exposer l'importance du collectif de travail quant au maintien du sens et du plaisir au travail. En effet, cette auteure soutient que « solidarité, collaboration, complicité (même dans la tricherie) viennent cimenter le collectif et le protéger contre la déstructuration des rapports affectifs » (Carpentier-Roy, 1991, p.88). Tous nos sujets ont d'ailleurs fait mention de la présence de ce soutien et de l'importance des relations de confiance dans les situations où les malaises et la culpabilité sont présents. Diane parlera même d'un

certain partage de la souffrance dans les situations difficiles, facilitant par le fait même les échanges sur les malaises ressentis.

Les infirmières interrogées sont portées à se tourner vers leurs collègues, notamment celles en qui elles ont confiance, lorsqu'elles vivent le conflit de valeurs. Marc et Picard (2015) nous éclairent à cet effet en affirmant qu'entrer en relation, malgré les risques que cela comporte au niveau identitaire, permet de répondre au besoin de reconnaissance : « la conscience que nous avons de nous-mêmes est largement médiatisée par le regard d'autrui; ce regard influe profondément sur l'image et l'estime de soi; c'est souvent à travers lui que nous recherchons une confirmation de ce que nous sommes » (p.24). En ce sens, l'infirmière est motivée par un besoin de se voir confirmée par l'autre que son malaise et ses inconforts sont légitimes en regard de son vécu. Par le fait même, elle tente de redonner sens à son travail. Plus encore, plusieurs de nos sujets nous ont également confiés que d'échanger avec les collègues leur permet de se sentir moins seuls face à la souffrance ressentie, diminuant par là même le malaise. Ces rapports, répondant au besoin de reconnaissance de la personne, permettent également de nourrir le sentiment d'accomplissement au travail :

Le travail de soin est un travail relationnel avec des êtres humains, donc incertain et singulier [...] le soutien des collègues pour garantir que c'est bien le malade ou le manque de moyens (et non la compétence du soignant) qui sont en cause est indispensable au maintien du sentiment d'accomplissement professionnel (Loriol, 2013, p.2).

## 5.6 Les espaces de parole : les réunions de cas

De plus en plus d'études (dont Pomerleau et *al.*, 2013; Blondeau, 2004; Béland, 2009; Pauchant, 2002; Girard, 2009) s'intéressent aux espaces de parole légitimés par

l'organisation, où l'on tente de démontrer que ceux-ci sont nécessaires pour redonner sens à des situations parfois fort complexes et exigeantes émotionnellement. Pour trois de nos sujets, les réunions de cas organisés par les médecins responsables sont fort éclairantes et permettent de diminuer considérablement les inconforts du conflit de valeurs. Ces rencontres permettent d'échanger avec les divers professionnels et médecins ayant été impliqués dans la décision et le soin du patient. Elles permettent notamment aux infirmières de comprendre et donner un sens à la souffrance qui de prime abord était perçue comme inutile. Selon Carpentier-Roy (1991), la confrontation des idées et le regard des autres sont nécessaires pour l'individu qui désire évoluer dans son travail. Selon Marc et Picard (2015) :

la parole [...] a la capacité de mettre en relation l'intérieur et l'extérieur, l'intime et le social. Elle peut apparaître, dans ce sens, comme un phénomène transitionnel : capable à la fois de traduire le vécu subjectif de celui qui s'exprime et de susciter une réaction émotionnelle chez celui qui écoute (p.80).

### 5.7 Une ouverture sur le dialogue éthique

Un seul de nos sujets a fait mention de la discussion éthique comme stratégie utilisée, ce que nous attribuons au fait qu'elle ait suivi deux cours de deuxième cycle en éthique clinique. Qui plus est, ces cours ont été suivis avec certains des néonatalogistes travaillant sur le département. Malgré qu'elle soit la seule à avoir soulevé cette dimension, nous y accordons ici un intérêt particulier étant donné la grande place occupée par les communications interpersonnelles lorsque l'infirmière vit le conflit de valeurs en situation de soin. Plus encore, un des éléments forts ayant ressorti de tous nos entretiens est le besoin de comprendre les décisions prises; comprendre les motivations des médecins concernant un acte de soin permet en effet de diminuer les inconforts et les malaises.

En concordance avec les écrits sur le sujet (Girard, 2009; Béland, 2009; Langlois, 2009; Gutierrez, 2005), le dialogue réflexif, avec comme visée la réflexion éthique, semble être une piste intéressante pour les équipes de soins intensifs néonataux afin d'aider les soignants à maintenir le sens de leur travail. Richard et Lussier (2005) définissent le dialogue comme un processus particulier de communication où les individus se rencontrent dans le but « de changer et d'être changé » (p.11). Selon la perspective de l'éthique appliquée, le dialogue est utilisé dans une visée de partage, entre les individus, des conflits de valeurs qui sont vécus de même que du sens sous-jacent aux actions qui seraient, ou ont été, posées dans une situation difficile (Girard, 2009). Cela nécessite de part et d'autre une position d'ouverture, d'écoute et d'accueil de l'autre dans ce qui est vécu subjectivement. Pour les infirmières ayant participé à notre recherche, les rencontres de cas avec les médecins permettent de diminuer les inconforts. Les propos de Girard (2009) viennent appuyer ce fait :

Le dialogue peut également aider à réduire les tensions, et donc la souffrance qui en découle, lorsque le conflit de valeurs oppose deux ou plusieurs personnes : si elles arrivent à prendre une distance réflexive par rapport à la situation dans un premier temps, puis à s'entendre pour amorcer un processus de dialogue à ce sujet, elles pourront dépasser le jugement sur l'autre et le conflit personnel (« mes » valeurs contre « tes » valeurs, ma façon de faire contre ta façon) (p.136).

Le dialogue éthique permet ainsi de discuter des valeurs en jeu dans des situations complexes et sert à orienter l'action et donner sens aux actions des individus (Ntetu et Tremblay, 2014).

## CONCLUSION

Nous avons mis de l'avant, dans notre problématique, l'importance des liens collectifs quant au sens accordé au travail pour l'individu. L'organisation du travail des milieux de la santé, influencée par des changements organisationnels visant la rationalisation et priorisant des valeurs individuelles, déstructure ces liens collectifs, déstabilisant le rapport qu'entretient l'individu avec son travail. Cela est d'autant plus avéré pour les soignants travaillant sur des unités de soins critiques, avec l'exigence des tâches, l'urgence de l'action et la présence de la maladie et de la mort au quotidien. Dans un tel contexte, la souffrance des soignants devient une préoccupation grandissante.

Nous avons tenté de mieux comprendre l'expérience du conflit de valeurs en situation de soin de l'infirmière travaillant en soins intensifs néonataux, de même que les stratégies de communication utilisées pour diminuer la souffrance. Pour ce faire, la stratégie du récit de vie a été préconisée avec comme outil d'investigation l'entretien semi-dirigé. Nous avons fait deux entretiens avec chacun de nos quatre sujets. L'analyse de ces entretiens nous a permis de faire plusieurs constatations. Malgré une organisation du travail contraignante, les infirmières trouvent tout de même des espaces pour échanger, surtout avec leurs collègues, et font usage de stratégies communicationnelles et défensives afin de tenter de redonner sens à leur travail. Ce besoin de sens sous-tend des enjeux liés au rôle et à l'identité de l'infirmière. Également, une des dimensions à laquelle nous avons accordé de l'importance, de par sa récurrence dans les récits de nos sujets, est le besoin pour les infirmières de comprendre les décisions médicales qui ont été prises et qui, de prime abord, ne font pas sens pour elles. En effet, le fait de comprendre les décisions vient modifier la perception de la situation source de souffrance, et diminue par le fait même les tensions présentes. Cette notion de perception de la souffrance, influencée par

l'organisation du travail et le rôle de l'infirmière, constitue le cœur de notre analyse. En effet, si l'infirmière considère une situation de soin comme étant de l'acharnement thérapeutique, le malaise qui y est associé se voit grandement diminué lorsqu'elle modifie cette perception. Les stratégies utilisées pour ce faire seront de prendre un recul, en échangeant avec leurs collègues et en participant aux réunions de cas afin de comprendre le point de vue des médecins sur la situation de soin. C'est pourquoi une ouverture sur l'éthique a été proposée. Étant donné les enjeux d'ordre éthiques sous-jacents au conflit de valeurs, nous considérons comme pertinent d'explorer cette voie pour les équipes soignantes de la néonatalogie. Il est donc proposé de tenter de trouver comment une réorganisation du travail pourrait permettre de tels échanges à teneur éthique.

L'une des limites à cette recherche relève de notre implication et investissement personnel auprès des sujets et du terrain de recherche. En effet, travaillant depuis huit ans sur l'unité de soin étudiée, nous sommes particulièrement impliqués quant au bien-être des infirmières qui se trouvent être nos collègues de travail. Étant conscients de ce biais dès le début de la recherche, nous avons fait preuve de rigueur en faisant de constants aller-retour à notre corpus théorique lors de notre analyse, afin de rester le plus objectif possible. Également, une autre limite de cette recherche renvoie à sa nature qualitative et compréhensive, où nous ne pouvons prétendre à une généralisation de nos résultats étant donné le peu de sujets interrogés. Toutefois, la concordance avec d'autres recherches et les dimensions ayant émergé de manière significative dans nos quatre récits nous permettent d'affirmer que nos résultats peuvent sembler cohérents avec la réalité du travail telle que vécue par les infirmières de l'unité de soin étudiée. Afin de valider nos propos, il serait pertinent de mettre en place des groupes de discussion avec les infirmières. Ces groupes de discussions auraient comme objectif d'investiguer auprès d'un plus grand nombre d'infirmières



les stratégies communicationnelles utilisées en situations de conflits de valeurs et l'effet de ces stratégies sur les malaises vécus en situation de soin.

Une piste de recherche qui nous semble être en continuité avec la présente recherche concerne la réflexion éthique, telle que mentionnée à la fin de notre dernier chapitre. En ce sens, il serait pertinent de voir comment la réflexion éthique, dans l'équipe de travail et surtout, en dialogue avec les médecins, peut venir influencer le bien-être et la santé des infirmières de la néonatalogie. Dans un contexte de travail où les liens collectifs se voient appauvris, le dialogue semble, comme l'affirment plusieurs auteurs, un lieu d'échange où il serait possible de restructurer les liens entre les différents professionnels de la santé et permettre une coexistence des différentes façons de faire. Ces liens collectifs, qui sont d'importants vecteurs de sens dans le travail, constituent donc une dimension importante quant à la santé et au bien-être du personnel infirmier.

## APPENDICE A

### GUIDE D'ENTRETIEN-PHASE 1

#### **Introduction/ Prise de contact**

Présentation du sujet et des objectifs de recherche :

- Mieux comprendre l'expérience du conflit de valeurs telle que vécue par les infirmières de l'unité de soins intensifs néonataux;
- Faire émerger les stratégies de communication interpersonnelles utilisées par les infirmières dans ces situations et découvrir si ces stratégies permettent ou non la création de sens au travail.

#### **Thème I : Sens au travail**

1. Qu'est-ce qui te plait le plus dans ton métier? À l'opposé, nomme-moi des éléments ou des situations qui t'inciteraient à quitter ce métier?
2. Explique-moi ce qui t'a amené à choisir la néonatalogie
3. D'après toi, qu'est-ce que tu recherches dans ce travail? Quels sont les éléments ou situations qui t'apportent de la satisfaction dans ton quotidien?
4. Au contraire, quels sont les éléments qui t'amène des frustrations, inconforts, malaises?

#### **Thème II: L'expérience du conflit de valeurs**

5. Est-ce que tu t'es déjà retrouvé dans une situation de soins où tu n'étais pas en accord avec la décision des soins à donner au patient?
6. Décrivez-moi comment tu t'es sentie à ce moment-là.
7. Qu'est-ce qui t'aide à te sentir mieux dans de telles situations?

**Thème III: Stratégies de communication interpersonnelle**

8. Dans le cadre de ta pratique professionnelle, y'a-t-il des situations ou évènements où tu as senti le besoin de parler avec une autre personne? Si oui, vers qui te tournes-tu pour en parler?
9. De quoi parlez-vous durant ces moments? Décris-moi comment tu vis ces rencontres.
10. Comment te sens-tu suite à ces rencontres?

**Conclusion**

Nous arrivons au terme de ce premier entretien. Souhaites-tu ajouter autre chose?

Explique-moi ce qui t'as motivé à participer à ce projet de recherche.

D'ici notre prochaine rencontre, je t'invite à noter tout autre élément qui émergerait concernant ce dont nous avons discuté aujourd'hui.

## APPENDICE B

### LETTRE D'INVITATION À LA PARTICIPATION

**OBJET :** Invitation à participer à un projet de recherche

**TITRE DU PROJET :** Les stratégies de communication interpersonnelle utilisées par les infirmières de l'unité de soins intensifs néonataux, suite à une situation de conflit de valeurs.

**RÉSUMÉ DU PROJET :**

Vous êtes invitées à prendre part à un projet de recherche ayant comme objet principal de mieux comprendre le rôle de la communication interpersonnelle dans l'équipe de travail afin d'éviter la souffrance pouvant émerger de situations de conflit de valeurs, plus précisément les situations considérées comme étant de l'acharnement thérapeutique. Votre implication dans ce projet consistera à participer à deux entretiens individuels d'environ une heure trente. N'hésitez pas à me contacter pour toute question et pour me faire part de votre intérêt à participer.

Les personnes invitées à participer sont donc des infirmières travaillant sur l'unité depuis plus d'un an et ce, afin qu'elles aient une expérience suffisante de la pratique en néonatalogie. Les infirmières des trois quarts de travail sont invitées à participer.

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre d'une maîtrise en communication, sous la direction de Michèle-Isis Brouillet, professeure au département de communication sociale et publique de l'UQÀM. Ses coordonnées ainsi que celles de l'étudiante sont indiquées ici-bas.

Bien à vous,

Mylène Boisvert (Responsable du projet)  
Étudiante à la maîtrise en communication, UQÀM  
[boisvert.mylene@hotmail.com](mailto:boisvert.mylene@hotmail.com)

Directrice de recherche :  
Michèle-Isis Brouillet,  
Département de communication sociale et publique, UQAM  
[brouillet.m-isis@uqam.ca](mailto:brouillet.m-isis@uqam.ca)

## APPENDICE C

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

#### **Titre de l'étude**

Les stratégies de communication interpersonnelle utilisées par les infirmières d'une unité de soins intensifs néonataux, suite à une situation de conflit de valeurs.

#### **Chercheure responsable (directeur de recherche)**

Michèle-Isis Brouillet, professeur au département de communication sociale et publique

(514) 987-3000 poste 8540

brouillet.m-isis@uqam.ca

#### **Étudiante chercheure**

Mylène Boisvert

Maîtrise en communication

(514)996-8802

boisvert.mylene@hotmail.com

#### ***Préambule***

*Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique deux entretiens d'environ une heure trente. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons également à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.*

#### **Description du projet et de ses objectifs**

Vous êtes invités à prendre part à un projet de recherche qui vise à comprendre l'articulation entre les conflits de valeurs qui peuvent survenir dans le cadre de la pratique professionnelle infirmière et les stratégies de communication utilisées afin d'éviter la souffrance pouvant émerger de ce type de situations.

Les personnes invitées à participer à la recherche sont donc des infirmières travaillant sur l'unité depuis plus d'un an et ce, afin qu'elles aient une expérience suffisante de la pratique en néonatalogie et ayant eu l'opportunité de vivre ou d'être témoin de situations de soins complexes impliquant un conflit de valeurs. La participation

d'infirmières travaillant sur les trois quarts de travail est sollicitée, étant donné que toutes sont impliquées dans les soins aux patients.

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre d'une maîtrise en communication, sous la direction de Michèle-Isis Brouillet, professeur au département de communication sociale et publique de l'UQÀM. Ses coordonnées ainsi que celles de l'étudiante sont indiquées ci-haut.

#### **Nature et durée de votre participation**

Vous serez amenées à rencontrer la responsable du projet à deux reprises pour des entrevues individuelles d'environ une heure trente, qui seront enregistrées sur bande audio numériques avec votre permission. Vous serez, par la suite, amenées à valider le contenu des entretiens qui seront transcrits et traités de manière à ce que vous ne puissiez pas être identifiées. La date et l'heure des entrevues seront à fixer avec la responsable du projet. Un bureau dans l'hôpital sera à sa disposition afin de fournir un lieu calme pour l'entrevue. Toutefois, celle-ci pourrait avoir lieu dans un endroit de votre choix si vous le désirez.

#### **Avantages liés à la participation**

Dans un premier temps, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances dans le domaine des communications interpersonnelles et de la santé. Également, l'entrevue peut offrir un espace de parole qui est peu accessible dans le cadre du travail. Ce type d'entretien peut également donner la possibilité de rendre à la conscience des comportements inconscients concernant votre pratique professionnelle.

#### **Risques liés à la participation**

Il n'y a aucun risque important relié à votre participation à la recherche. Toutefois, il est possible que les sujets abordés fassent ressurgir des malaises ou frustrations vécus lors de situations antérieures.

#### **Confidentialité**

Il sera entendu que seul la responsable du projet et sa directrice de recherche auront accès à l'intégralité des informations recueillies. Un pseudonyme sera utilisé pour éviter l'identification des participantes et toute autre information permettant de les identifier sera retirée.

#### **Participation volontaire et retrait**

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser la chercheuse verbalement; toutes les données vous concernant seront alors détruites.

**Indemnité compensatoire**

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue. Un résumé des résultats de la recherche vous sera transmis au terme du projet et vous aurez également l'occasion de demander une copie du mémoire à la fin du processus.

**Clause responsabilité**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

**Des questions sur le projet?**

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet. Leurs coordonnées se trouvent tout en haut du présent document.

**Des questions sur vos droits?**

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CÉRPÉ) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidente du CÉRPÉ Emmanuelle Bernheim, (514) 987-3000, poste 2433 ou [bernheim.emmanuelle@uqam.ca](mailto:bernheim.emmanuelle@uqam.ca).

**Remerciements**

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

**Consentement**

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom, Nom: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Engagement du chercheur**

« Je, soussigné (e) certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom, Nom: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



## BIBLIOGRAPHIE

- Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243-260.
- Aubert, Nicole. (2003). *Le culte de l'urgence: La société malade du temps*. Paris: Flammarion.
- Austin, E., Rankel, M., Kagan, L., Bergum, V. et Lerner, G. (2005). To Stay or To Go, To Speak or Stay Silent, To Act or Not To Act: Moral Distress as Experienced by Psychologists. *Ethics & Behavior*, 15(3), 197-212.
- Avarquez, S. (2009). Travail prescrit, travail réel, travail vécu : trois dimensions constitutives de l'activité. L'emprise des prescriptions sur le travail. *Journée du séminaire du chantier Travail, Institut de recherche de la FSU*.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives*, hors-série (2), 98-114.
- Béland, J.P. (dir.). (2009). *La souffrance des soignants*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Bergeron, P. et Gagnon, F. (2006). La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations. Dans Lemieux, V., Bergeron, P., Bégin, C. et Bélanger, G. (dir.), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux* (p. 7-33). Saint-Nicolas : Presses de l'Université Laval.
- Bernard, M.-C. (2011). Interaction, temporalité et mémoire : analyse de récits d'enseignants et d'enseignantes de biologie. *Recherches qualitatives*, 30(1), 131-157.
- Bertaux, D. (2013). *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie* (3<sup>e</sup> ed.). Paris : Armand Colin.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blondeau, D. (dir.). (2013). *Éthique et soins infirmiers*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Blondeau, S. (2004). Du groupe de parole à l'hôpital. *Revue Connexion*, 2 (82), 19-48.
- Boivin-Desrochers, C. et Alderson, M. (2014). Les difficultés /souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers*, 118, 85-96.
- Bonneville, L., Grosjean, S. et Lagacé, M. (2007). *Introduction aux méthodes de recherche en communication*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M. et Côté, N. (2000). Le travail infirmier sous tension. Une approche compréhensive du travail infirmier en période de transition. Équipe de recherche RIPOST.
- Canoui, P. et Mauranges, A. (1998). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses*. Paris : Masson.
- Carpentier-Roy, M-C. (1991). *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*. Québec : Liber.
- Carpentier-Roy, M-C. et Vézina, M. (2000). *Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Chanfrault-Duchet, M-F. (1987). Le récit de vie, donnée ou texte? *Cahiers de recherche sociologique*, 5(2), 11-28.
- Charland, S. et Vallée, D. (2003). La souffrance des soignants et l'arrêt des traitements en soins intensifs pédiatriques. *Revue internationale de soins palliatifs*, 2(18), 85-87.
- Cormier, S. 2008. *La communication et la gestion* (2<sup>e</sup> éd.). Québec : Presses de l'Université du Québec
- De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de gestion*. Paris : Éditions du Seuil.
- (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Paris : Éditions du Seuil.
- Dejours, C. (1980). *Travail : usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Paris : Éditions du centurion.
- (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique: deux dimensions méconnues du travail réel. *Comprendre le travail, Éducation permanente*, 116, 131-156.

- (2003). Effet de la désorganisation des collectifs sur le lien à la tâche et à l'organisation, *ERES revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(61), 11-18.
- (2009). *Travail vivant 2 : travail et émancipation*. Paris : Éditions Payot & Rivages.
- Dejours, C. et Abdoulechi, E. (1990). Le concept de psychopathologie du travail, *Prévenir*, 20, 127-151.
- Desmarais, D. (2009). L'approche biographique. Dans Gauthier, B. (dir), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données (p.361-390)*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (2005). *Handbook of qualitative research* (3e ed.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Dolbec, A. (1993). Assurer la scientificité de sa recherche. Texte inédit produit dans le cadre d'une recherche multidisciplinaire subventionnée par la Communauté Scientifique Réseau portant sur la triangulation en recherche qualitative. (FODAR) Deaudelin, C., Brouillet, M.I. et autres.
- Druon, C. (2005). *À l'écoute du bébé prématuré*. Québec : Éditions Flammarion.
- Estryn-Behar, M. (1997). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention*. Paris : Les éditions ESTEM.
- Girard, D. (2009). Conflits de valeur et souffrance au travail. *Éthique Publique*, 11(2), 129-138.
- Gravel, C. (2005). *Le défi du monde de la santé. Comment humaniser les soins et les organisations*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Guignon, S. et Morissette, J. (2006). Quand les acteurs mettent en mots leur expérience. *Recherches Qualitatives*, 6(2), 19-38.
- Guiho Bailly, M.P. et Guillet, D. (2005). Psychopathologie et psychodynamique du travail. *EMC-Toxicologie Pathologie*, 2, 98-110.
- Gutierrez, K. (2005). Critical care nurses, perceptions of and responses to moral distress, *Research dimension*, 24(5), 229-241.

- Janvier, A., Nadeau, S., Deschênes, M., Couture, E. et Barrington, K.J. (2007). Moral distress in the neonatal intensive care unit : caregiver's experience. *Journal of Perinatalogie*, 2(17), 203-208.
- Lacoste, M. (2005). Peut-on travailler sans communiquer? Dans Borzeix, A. et Fraenkel, B. : *Langage et travail. Communication, cognition, action*. Paris : CNRS éditions.
- Langlois, L., Dupuis, R., Truchon, M., Marcoux, H. et Fillion, L. (2009). Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs. *Étique Publique*, 11(2), 20-30.
- Loriol, M. (2013). Travail émotionnel et soins infirmier. *Contact Santé*, 23, 1-5.
- Marc, E. (2008). Pour une psychologie de la communication. Dans Cabin, P. et Dortier, J-F.(dir.) : *La communication. État des savoirs*. Auxerre Cedex : Éditions sciences humaines
- Marc, E. et Picard, D. (1989). *L'interaction sociale*, Paris : Presses universitaire de France.
- , (2006). *L'école de Palo Alto. Un nouveau regard sur les relations humaines*. Paris : Éditions Retz.
- , (2015). *Relations et communications interpersonnelles*. (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Éditions Dunod.
- Martel, M-J. et Millette, I. (2006). *Les soins du développement. Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Montréal : Éditions du CHU sainte-Justine.
- Meltzer, L.S. et Huckabay, L.M. (2004). Critical care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout. *American journal of critical care*, 13, 202-208.
- Meylan, S., Boillat, P. et Morel, A. (2009). Épuisement professionnel en contexte policier : le rôle des valeurs. *Revue éthique publique*, 11( 2), 31-43.
- Molinier, P. (2010). Formaliser et politiser les récits du care. *Revue Interrogations*, 11(Varia), <http://www.revue-interrogations.org/Formaliser-et-politiser-les-recits>.
- Moriette, G., Rameix, S., Azria, E., Fournié, A., Andrini, P., Caeymaex, L., Dageville, C., Gold, F., Kuhn, P., Storme, L., Siméoni, U. (2009). Naissances très prématurées : dilemmes et propositions de prise en charge. Première partie :

- pronostic des naissances avant 28 semaines, identification d'une zone grise. *Archives de pédiatries*, 528-526.
- Morin, E. et Aranha, F. (2008). Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel. *Santé psychologique, études et recherches*, Rapport IRSST.
- Morin, E. et Gagné, C. (2008). Donner un sens au travail. *Promouvoir le bien-être psychologique*, Rapport IRSST..
- Ntetu, A.-L. et Tremblay, M.-A. (2014). Les valeurs, un outil d'appropriation par les soignants d'une démarche éthique en contexte de soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 3(9), 77-84.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Pauchant, T. (2002). *Guérir la santé. Un dialogue de groupe sur le sens du travail, les valeurs et l'éthique dans le réseau de la santé*. Québec : Éditions Fides.
- Piquemal-Vieu, L. (2001). Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 84-98.
- Poirier, D. (2009). De la souffrance au dialogue. Dans Béland, J.P. (dir.): *La souffrance des soignants*. Québec : Les Presses de l'Université Laval. 21-42.
- Poirier, J., Clapier-Valladon, S. et Raybaut, P. (1983). *Les récits de vie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Poisson, C., Alderson, M., Caux, C. et Brault, I. (2014). La détresse morale vécue par les infirmières : état des connaissances. *Recherche en soins infirmiers*, 2(17), 65-74.
- Pomerleau, D., Alderson, M. et Décarie, S. (2013). L'espace de parole au service des collectifs de travail : pour un milieu plus satisfaisant chez les infirmières dispensant des soins à domicile. *L'infirmière clinicienne*, 10(1), 96-105.
- Poupart et collaborateurs. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Queneville, A., Clavet, M. et Dubé, F. (2008). L'évolution du système de la santé et des services sociaux : étapes et enjeux. *Santé, société et solidarité*, (2), 53-60.
- Richard, C. et Lussier, M-T. (2005). *La communication professionnelle en santé*, Québec : Édition du renouveau pédagogique.

- Rhéaume, J. (2008). Santé mentale et travail, entre plaisir et souffrance : quand le normal devient pathologique. *Revue Internationale de Sociologie*, 18(3), 457-467.
- Sabourin, Paul. (2009). L'analyse de contenu. Dans Gauthier, B. (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (p. 415-444). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Sanséau, P-Y. (2005). Les récits de vie comme stratégie d'accès au réel en sciences de la gestion : pertinence, positionnement et perspectives d'analyse. *Recherches qualitatives*, 25(2), 33-57.
- Savoie-Zajc, L. (2000). L'analyse des données qualitatives : pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUDIST. *Recherches qualitatives*, 21, 99-123.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans Gauthier, B.(dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (p. 337-360). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Sawatzky, J.A. (1996). Stress in critical care nurses : actual and perceived. *Heart and Lung*, 25(5), 409-417.
- Schwartz, S.H. (2006). Les valeurs de base de la personne : Théorie, mesures et applications. *Revue Française de sociologie*, 47(4), 929 à 968.
- Secrétariat du Conseil du Trésor. (2012). *Guide sur la gestion axée sur les résultats*. [Document PDF]. Dépôt légal Bibliothèque nationale du Québec Bibliothèque nationale du Canada. Québec : gouvernement du Québec.
- Torjuul, K. et Sorlie, V. (2006). Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units. *Philosophical and medical Issues*, 404-413.
- Vézina, M. (1996). La santé mentale au travail : pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 117-138.
- Vézina, M. (2000). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans Carpentier-Roy, M-C. et Vézina, M., *Le travail et ses malentendus. Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (p. 29-42). Québec : Presses de l'Université Laval.