

Le travail infirmier sous tension

Une approche compréhensive du travail infirmier en période de transition

Renée Bourbonnais
Département d'ergothérapie
Université Laval

Romaine Malenfant
CLSC-CHSLD Haute-Ville–Des-Rivières

Chantal Viens
Faculté des sciences infirmières
Université Laval

Michel Vézina
Département de médecine sociale et préventive
Université Laval

Nancy Côté
CLSC-CHSLD Haute-Ville–Des-Rivières
Avec la collaboration de Caroline Arsenault

Équipe de recherche RIPOST
CLSC-CHSLD Haute-Ville–Des-Rivières (secteur CLSC, centre affilié universitaire) Québec
Université Laval, Sainte-Foy

Août 2000

Cette recherche a été subventionnée par le
Programme national de développement en matière de santé (PNRDS) et par le
Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)

Vous pouvez vous procurer ce document, au coût de 10 \$, en faisant votre chèque à l'ordre du CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières et en le faisant parvenir à l'adresse suivante :

Madame Renée-Claude Landry
Centre de documentation
CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivieres
55,chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1R 1S9

Téléphone : (418) 641-2572, poste 551
Télécopieur : (418) 522-5437
Courriel : reneeclaude.landry@ssss.gouv.qc.ca

Toute citation doit identifier la source.

Dépôt légal : 2000
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-9804575-7-4

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
1. L'INTENSITÉ DU CHANGEMENT	6
1.1 La dimension objective du changement	6
a) Au plan individuel.....	6
b) Au plan organisationnel.....	8
2.1 La dimension subjective du changement.....	15
2. LES STRATÉGIES FACE AUX CHANGEMENTS	18
2.1 Préserver la vie d'équipe et la qualité des soins.....	18
2.2 S'adapter aux changements	20
2.3 Saisir l'occasion d'améliorer sa situation en emploi.....	22
2.4 Stratégies individuelles et stabilité d'emploi	23
2.5 Les stratégies organisationnelles.....	27
3. LE CONTEXTE DE VIE HORS TRAVAIL	28
3.1 La vie familiale	28
a) S'occuper de jeunes enfants.....	29
b) S'occuper d'adolescents	30
c) S'occuper de jeunes adultes.....	31
3.2 Le soutien de l'entourage.....	31
3.3 L'âge.....	35
4. L'AVENIR PROFESSIONNEL.....	37
4.1 Être reconnues.....	38
4.2 Se faire reconnaître.....	41
5. LES IMPACTS DE LA RESTRUCTURATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ : UNE ANALYSE COMPRÉHENSIVE.....	45
5.1 La rupture des communications	45
5.2 Les exigences du travail	47
5.3 Et la santé.....	49
6. TABLEAU-SYNTHESE DES RÉSULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE	51

Introduction

La crise économique des années 1990 a précipité, au Québec, la refonte des orientations et de l'organisation des services publics. Le système de santé québécois a subi une restructuration majeure dont les impacts sur la santé au travail se devaient d'être documentés. Les résultats de mesures quantitatives d'effets sur la santé mentale entraînés par les fusions d'établissements et les changements de mission ont montré une augmentation de la détresse psychologique et de la consommation de médicaments psychotropes chez les infirmières. C'est en complémentarité à ces mesures, pour mieux comprendre les processus de déstabilisation et de détérioration de l'état de santé, que nous avons entrepris cette recherche qualitative.

Des entretiens individuels en profondeur réalisés entre octobre 1998 et mai 1999 auprès d'une quarantaine d'infirmières et une dizaine d'entrevues de groupe ont mis en évidence l'impact majeur de la recomposition des équipes de travail sur les rapports sociaux. La cohabitation de cultures de travail, de formation professionnelle et de corps professionnels variés ont ébranlé l'identité professionnelle, le sentiment d'appartenance et les routines de travail; par ailleurs, la précarité de l'emploi et l'incertitude qui ont traversé le marché du travail des dernières années ont affecté les relations entre les travailleuses et travailleurs de statuts d'emploi différents. Ainsi, ces changements ont touché d'une part, les équipes de travail et les relations qui s'étaient tissées au fil du temps et d'autre part, le rapport au travail et les règles qui régissent l'organisation du travail. Il ressort des entretiens que nous avons effectués que la mise en place de changements organisationnels d'envergure impliquent des hommes et des femmes qui ont une histoire professionnelle, une mentalité, une culture, une dynamique d'équipe et des pratiques de travail qui se sont construites dans un contexte donné et qui se sont vus déstabilisés par ces changements structurels.

Notre objectif ne visait pas seulement à décrire les faits mais également à saisir l'importance et le sens subjectif de ces changements pour les infirmières qui les ont vécus et d'en comprendre les impacts. Nous traiterons donc dans les pages qui suivent de l'intensité du changement qui a secoué le réseau de la santé, de ses dimensions objectives et subjectives, des réactions des

infirmières qui ont été directement touchées dans leur pratique quotidienne, de leur contexte de travail et de vie hors travail et enfin, du regard qu'elles posent sur leur profession et sur l'exercice de leur métier.

1. L'intensité du changement

Les conditions de travail des infirmières ont été passablement modifiées par un accroissement de la charge de travail, la complexification des tâches et leur technicisation, entre autres dû à l'introduction de nouvelles technologies, de même qu'à une réduction importante des ressources et à une accélération du rythme de travail. Nos résultats mettent en évidence comment les infirmières ont eu à composer avec de multiples pertes au niveau de leurs collègues, de leur philosophie et pratique de soins et de leurs ambitions professionnelles et comment elles ont dû « réapprendre » à travailler alors qu'elles ne se sentaient pas prêtes à affronter de tels changements.

1.1 La dimension objective du changement

Au plan individuel

La dimension la plus immédiatement visible des effets des changements engendrés par la restructuration du réseau de la santé a été les nombreux déplacements de personnel. À titre d'exemple, parmi les 41 infirmières que nous avons rencontrées, 13 seulement n'ont vécu aucun changement de leur équipe de travail. Parmi les autres, 18 ont changé d'unité et/ou de supérieur immédiat, 16 de collègues de travail et/ou de clientèle et enfin, 11 d'horaire. Au moins le tiers ont changé plus d'une fois soit d'équipe, de clientèle, d'unité, etc. Les nouvelles arrivées dans les équipes de travail ont vécu la situation beaucoup plus difficilement que celles qui les accueillait. Il semble évident que celles qui ont eu à vivre des changements à de multiples niveaux ont été plus affectées par la réforme du réseau de la santé. Les infirmières qui avaient cumulé moins d'ancienneté, donc moins d'années de travail ont été particulièrement vulnérables aux changements fréquents et répétés en plus de l'insécurité liée à cette situation. Même avec un poste, à temps complet ou à temps partiel, le processus de supplantation et la règle d'ancienneté pouvaient les obliger à changer de département ou encore réduire significativement le nombre d'heures de travail sur appel, pour celles qui complétaient ainsi leur temps partiel.

En plus des exigences de l'adaptation à une nouvelle équipe ou à de nouveaux environnements de travail, les infirmières directement touchées par ces nombreux changements ont dû apprendre de nouvelles façons de faire, d'autres façons de soigner, d'autres routines et techniques de soins. Elles se devaient d'être efficaces et de fonctionner rapidement dans leurs nouvelles tâches et responsabilités tout en sachant qu'elles restaient vulnérables à d'autres déplacements provoqués par la chaîne de supplantations.

Précisons que les infirmières rencontrées avaient leur sécurité d'emploi. La sécurité d'emploi réfère à un statut d'emploi protégé, à des acquis permanents. Nos répondantes avaient un poste protégé à temps plein ou à temps partiel. Parmi ces dernières, celles qui cumulaient le plus années d'ancienneté et qui complétaient leur semaine par des journées de travail sur appel, s'étaient construites au fil des ans une certaine forme de sécurité quant au nombre d'heures de travail sur lequel elles pouvaient compter et planifier l'organisation de leur vie. Elles gardaient aussi une certaine maîtrise sur leur temps de travail en décidant de leur disponibilité. Ces heures de disponibilité n'étaient toutefois pas protégées. Les changements provoqués par la restructuration du réseau sont venus perturber les chaînes de priorité d'appel de même que les avantages qui y sont reliés. (...) *il y a des jours que l'on complète sur appel, si d'autres changements ont lieu, on ne sera pas nécessairement au même rang de la liste de rappel.* Le poste de travail n'est pas protégé non plus par la sécurité d'emploi ni le quart de travail. Plusieurs avaient la hantise de devoir retourner travailler de nuit après avoir attendu de longues années avant d'obtenir un poste de jour. Lorsque Rose parle de la restructuration, elle dit : *C'est une moyenne révélation.*

S'ils font une autre chaîne de « bumping », je vais me retrouver de nuit, je suis la plus jeune du département de jour. Si je veux rester dans mon unité, je m'en retourne de nuit. (...) Mais moi rester de jour et me ramasser sur une unité de soins comme en chirurgie, j'ai jamais voulu travailler là. La routine de travail je ne l'aime pas. Mais je ne veux rien savoir de retourner de nuit. Je verrai... Je verrai... Il n'y en a plus de sécurité. (Rose, CH)

Avec la réforme et les séries de supplantations successives, obtenir un poste à temps complet ne veut plus nécessairement dire avoir une plus grande stabilité d'emploi. La seule stabilité qui existe à ce moment, c'est le nombre d'heures protégées.

C'est également le cas de Laurence qui n'a plus d'intérêt dans son travail même si elle a déjà été passionnée par qu'elle faisait. Elle ne voit pas où elle pourrait travailler et avoir d'aussi bonnes conditions. Le climat de travail n'est pas mieux sur les autres départements. Ils appellent certains étages *la Bosnie, le Vietnam. ... si je retourne sur un département, je me retape des fins de semaine, je me retape des Noëls et des Jours de l'An et toutes ces choses-là. Je perd ces privilèges et ça a des répercussions sur toute ma vie. Ça a des répercussions sur toute ta vie quand tu travailles les fins de semaine et que tu ne vois plus tes enfants.*

Les changements apportés par la réforme obligent les infirmières à penser différemment la sécurité d'emploi. Compte tenu du contexte, il apparaît pour certaines plus avantageux de ne pas perdre certains acquis plutôt que de tenter d'améliorer leurs conditions par une plus grande sécurité d'autres refusent de devoir recommencer à zéro à tous les niveaux, compétences et avantages, en changeant de poste de travail.

Enfin, les procédures de supplancements ont contribué significativement à intensifier les impacts négatifs des nombreux changements. En effet, la façon impersonnelle voire cavalière dans certains cas dont ont été faites les annonces de supplancements a été vivement dénoncée. L'absence de contact personnalisé, la rapidité de prise d'effet de la décision, le manque de soutien entourant les procédures de la part des supérieurs immédiats ont été vécus péniblement par les infirmières qui ont été touchées. Le sentiment de nombreuses infirmières d'avoir été froidement et simplement traitées comme une "fonction" a largement contribué à la lourdeur du climat de travail dans lequel la réforme a baigné.

Au plan organisationnel

Toutes les infirmières ont témoigné de l'importance de l'équipe de travail, plus spécifiquement de l'équipe de soins, comme lieu d'appartenance et comme structure essentielle pour donner un sens et une orientation à leur travail auprès des patients. Depuis la réforme, les infirmières sentent qu'elles sont davantage laissées à elles mêmes et, conséquemment, leur pratique s'est individualisée, signifiant pour elles un changement drastique dans la façon de percevoir et d'effectuer leur travail.

Au plan organisationnel, nous pouvons aborder l'analyse du discours que portent les infirmières sur leur pratique à travers trois principales dimensions : 1) la vision des soins qui guide la pratique infirmière et donne les paramètres de décisions sur les priorités de soins ; 2) la gestion des soins qui implique à la fois les supérieurs et les infirmières dans l'organisation quotidienne des soins et dans laquelle la circulation verticale et horizontale de l'information joue un rôle déterminant. C'est en effet dans la façon de gérer le processus de soins que s'opérationnalise la vision des soins, les valeurs auxquelles adhèrent l'équipe et finalement, 3) la dynamique d'équipe qui traduit les relations entre les personnels soignants qui ont la responsabilité des soins directs aux patients. Selon ce qui ressort du discours des participantes à la recherche, ces trois dimensions du processus de soins s'articulent difficilement depuis la réforme, principalement parce que la vision globale, voire le sens même des soins ont été perdus.

• La vision des soins

La vision des soins fournit les grandes lignes de l'organisation et de la pratique des soins : leur orientation, les décisions, l'élaboration de projets. Elle est une source de motivation et de valorisation professionnelles lorsqu'elle correspond à des valeurs partagées par la majorité des membres de l'équipe. Ainsi, l'un des premiers problèmes que les infirmières soulèvent à propos de la réforme, c'est le changement dans la philosophie de soin. Compte tenu du contexte qui a entouré les changements, l'objectif de réduction budgétaire ne laisse plus de place à l'approche holiste, globale, intégrée qui prévalait avant la réforme. Toutes les infirmières que nous avons rencontrées en témoignent. Les soins sont maintenant axés sur la performance, la rapidité, les statistiques, dans le but avoué de rationaliser les dépenses au maximum. *Moi c'est ça qui me dérange vraiment qu'on travaille à la limite de nos capacités pour sauver du budget, c'est ça* (Carole, CH). (...) *c'était comme le mot d'ordre, il faut respecter le budget. Peu importe comment ça fonctionne du moment qu'on arrivera là-dedans* (Sandrine, CH).

Les infirmières trouvent cette situation particulièrement difficile puisqu'elle ne correspond plus à l'idée qu'elles se faisaient de leur travail. L'orientation actuelle va à l'encontre de leurs valeurs professionnelles. Avant la réforme, la vision des soins englobait, en complémentarité, le *care* et le *cure*, deux dimensions essentielles à la qualité. *Quelques années avant, on était axé sur la*

qualité des soins. On avait des réunions, il y avait un comité qui s'occupait de la qualité des soins et c'était vraiment devenu une priorité (Diane, CH). Pour l'ensemble des infirmières, la dimension du care a été négligée. On a perdu le sens de donner et de prendre soin. (...) On fait des techniques mais on n'a plus le temps de faire ventiler le patient (Focus group #3).

Selon les infirmières, une vision strictement économique des soins nuit également au *care*. Les infirmières arrivées depuis peu sur les départements manquent de formation et d'encadrement, ce qui affecte à court et à long terme la qualité technique des soins. Depuis la réforme, plusieurs infirmières nous ont dit ne pas avoir reçu la formation nécessaire pour être fonctionnelles sur les départements. *On m'a dit on va te former pendant 15 jours alors que normalement les initiations au bloc opératoire ça dure des mois et des mois (Jeanne, CH). Le problème est plus aigu sur les départements spécialisés où la technologie de pointe occupe une place importante.*

Les infirmières reconnaissent toutefois que le système de soins devait être réformé. Ce qu'elles dénoncent, ce sont le rythme trop rapide des changements et les objectifs qui les sous-tendent. Les prises de position sont aussi devenues plus ambiguës parce qu'aux changements de pratique obligés par la réforme se juxtaposaient des changements souhaités consécutifs à certains effets pervers d'une définition trop étendue des soins globaux. Les infirmières reconnaissent en effet l'importance de redéfinir ce qui relève des soins globaux et les responsabilités inhérentes. Cette redéfinition passe par un questionnement sur la nature des tâches actuellement effectuées par des infirmières au nom du bien-être global du patient. Si l'approche globale est une source de reconnaissance professionnelle, elle peut aussi devenir un prétexte pour déléguer des tâches déqualifiantes lorsqu'elle est mal délimitée. *En tant qu'infirmière je crois qu'on n'a pas de tâches délimitées! Nous, on est capables de faire n'importe quoi! (...) On est capable de faire le travail d'entretien ménager, la préposée aux bénéficiaires. (...) Parce que toi ton travail c'est le bien-être du patient. Le bien-être du patient, c'est large (Jeanne, CH). Les infirmières affirment, entre autres, qu'il y a trop de maternage. C'est comme les bains, (...) les patients qui sont capables de se laver tout seul, s'il vous plaît, laissez-les se laver tout seul. (Céline, CH). Plusieurs infirmières refusent dorénavant d'effectuer les tâches qui relèvent par exemple des préposés. Elles veulent se concentrer davantage sur des tâches plus spécifiques aux soins infirmiers. (...) Moi je dis qu'il faut laisser nos vieilles habitudes de tout faire, parce que nous*

autres les infirmières, on fait tout. On passe les cabarets, on fait les tournées, on prépare nos médicaments, on fait nos dossiers, on fait notre révision. On fait tout ! (Céline, CH).

• La gestion des soins

L'intensité du changement a été d'autant plus forte qu'il s'est effectué simultanément au niveau des équipes de soins et au niveau de la structure d'encadrement exigeant ainsi, des équipes de soins une grande part d'autonomie, de responsabilisation et une performance accrue.

Bien que les infirmières rencontrées n'attribuent pas l'entière responsabilité de l'orientation actuelle du système de santé à leurs supérieur/es immédiats, ce sont ces derniers qui, au sein de leur équipe de soins, veillent à ce que les nouvelles règles financières et les objectifs de restriction budgétaire soient respectés. Le rôle du supérieur devrait être, selon elles, de planifier, de développer, d'administrer et de motiver en fonction d'une vision commune de la qualité des soins. Il semble que ce ne soit plus la priorité et que la gestion des soins va maintenant à l'encontre de ces responsabilités, soulevant des tensions entre les niveaux hiérarchiques. La gestion s'est éloignée de la pratique : les objectifs de gestion passent avant les objectifs de la pratique professionnelle.

Ainsi, avant la réforme, la communication verticale entre supérieurs et personnel soignant assurait la transmission d'informations nécessaires à une vision partagée du travail et à la coordination des tâches pour assurer le bien-être du patient. Les infirmières se sentaient soutenues et légitimées dans leur façon d'effectuer leur travail. Le personnel d'encadrement était disponible et *connaissait* son équipe et la charge de travail. *Avant tu avais ton directeur, ta directrice des soins. Tu pouvais les rencontrer n'importe où, à la cafétéria. On pouvait échanger.* (Focus group # 6). Lorsque le besoin s'en faisait sentir, une urgence ou une situation problématique par exemple, une aide d'appoint pouvait être apportée par ce personnel. Son rôle était davantage centré sur l'organisation des soins. *Avant t'avais une assistante de soir qui était là justement pour superviser les filles, aider sur le plancher, faire de la paperasse et tout ça.* (Suzanne, CH). Depuis la réforme, les infirmières ressentent une vive coupure entre leurs priorités et celles des gestionnaires qui sont eux-mêmes débordés par leur travail administratif. Plusieurs gestionnaires ont d'ailleurs à leur charge plus d'un département, parfois même dans des

centres hospitaliers différents. (...) *On ne la (l'infirmière-chef) voit pas souvent* (Line, CH) Les supérieur/es sont beaucoup moins présents auprès des infirmières pour écouter et régler les problèmes qui surviennent sur les lieux de travail. *Nos supérieurs immédiats sont pris dans la gestion jusqu'aux oreilles et n'ont plus de temps à nous accorder.* (Rose, CH). *Il n'y a d'ailleurs pratiquement plus de réunions d'équipe qui sont organisées. Avant, il y avait toujours des réunions (...). Tout le monde, une fois par mois il y avait des réunions, on parlait des problèmes qu'il pouvait y avoir entre les services, sur les différents services, et on recommuniquait les résultats de ces choses-là. Il n'y a plus rien rien rien qui se fait. Aucune réunion de département, aucune. Ça a été demandé! On y a jamais donné suite* (Sandrine, CH).

Les infirmières n'ont donc plus de lieu pour transmettre et recevoir l'information, ce qui nuit au bon fonctionnement de l'équipe. La communication verticale est bloquée et se résume à de rares rencontres individuelles entre infirmière et supérieur qui sont souvent peu satisfaisantes et qui, selon les infirmières, n'apportent que rarement des résultats concrets. Pourtant, les infirmières disent avoir besoin plus que jamais d'encadrement et de la présence du supérieur puisque les changements rapides et nombreux apportent un nombre important de conflits dont les solutions relèvent de son autorité. *On est laissé à nous-mêmes.* (Focus group # 2). Les infirmières se retrouvent seules pour régler, comme elles le peuvent, les problèmes de relations interpersonnelles et d'organisation du travail, mais elles considèrent leur marge de manoeuvre restreinte. Cette situation crée un climat hostile envers le supérieur, propice à l'émergence de conflits. Ce ne sont pas toutes les infirmières qui blâment leurs supérieurs de la situation actuelle sur les départements, mais toutes affirment le manque de pouvoir de ces derniers pour corriger la situation. (...) *ce qui m'étonne le plus dans le virage, c'est l'impuissance des cadres.* (Gabrielle, CLSC). (...). *Les coordonnatrices, la première décision c'est pas elles qui la prennent. Les décisions ça vient d'en haut* (Jeannette, CH).

Par ailleurs, les infirmières disent recevoir peu de marques de reconnaissance de la part des supérieurs et de l'institution en retour des efforts pour assurer un travail de qualité auprès des patients. Certains supérieurs remettraient même en question le jugement des infirmières lorsqu'elles se plaignent de l'augmentation de leurs tâches. *C'est difficile d'avoir de bonnes*

relations quand on sait qu'ils (les supérieurs) ne nous croient pas (par rapport au manque de personnel). C'est comme si notre parole n'avait pas d'importance. (Carole, CH)

Ce manque de reconnaissance, les infirmières le décèlent également dans la philosophie de gestion qui laisse croire qu'elles peuvent être remplacées dans l'équipe de soins par n'importe quelle autre infirmière, peu importe ses compétences et son champ d'expertise. (...) *tu n'as plus senti ton importance comme personne. C'était vraiment, il y a un trou à boucher et peu importe qui va le faire et de la façon dont ça va être fait, ça prend quelqu'un là c'est tout. C'est pas important que tu sois compétente pour faire ça ou pas, ça prend ça et on doit fonctionner comme ça (Sandrine, CH). Tu penses que tu es, que tu fais partie de l'équipe. Et quand tu te fais dire comme ça, "Si t'es pas contente, tu vas appliquer ailleurs". Tu vois l'importance que tu as (Laurence, CH).*

Le manque de communication et de confiance ont contribué à établir un climat de confrontation dans les relations entre les infirmières et les supérieurs. Ce climat constitue en soi un problème à gérer en plus de l'augmentation du travail à effectuer. L'ensemble de la dynamique d'équipe et des relations entre les membres de l'équipe soignante s'en trouve affecté.

• La dynamique d'équipe

Pour la plupart, l'équipe de travail représentait une "petite" famille. Les infirmières se connaissaient bien, elles étaient des amies. La collaboration nécessaire entre les membres de l'équipe contribuait ainsi à créer des liens d'amitié solides entre collègues. (...) *Aux soins infirmiers, et tout ça, c'était beaucoup plus humain. Me semble qu'on avait comme ...on faisait partie comme d'une famille et tout ça. (Agnès, CH). La collaboration et l'entraide rendaient le travail plus facile, plus intéressant, plus motivant. Avant on avait du plaisir à travailler. Maintenant, elles [les infirmières] sont beaucoup moins rieuses, moins tolérantes aussi face aux patients, face à nous autres [les nouvelles]. On sent qu'il y a de la frustration. On n'est plus un groupe uni comme avant (Jeanette, CH). Cet esprit avait également comme bénéfice de souder davantage l'équipe, les unes compensant pour les autres à certaines occasions. Ce n'est plus le cas dans plusieurs départements où les équipes de soins ont été disséminées, où le travail est beaucoup plus individualisé et où l'entraide est moins apparente. Ça fait que veut veut pas, ça*

devient moins personnel, ça devient moins amical parce que c'est chacun pour soi, puis il n'y a plus la tolérance qu'il pouvait y avoir avant ou quand quelqu'un ralentit parce qu'il est malade ou qu'il veut pas faire telle affaire, ben, avant ça ils [les supérieurs] disaient Ah! c'est pas grave, on va te faire faire juste de la clinique ou des choses comme ça. Maintenant c'est, tout le monde se surveille, il faut que tu fasses tant de jours de bloc et c'est t'en as fait un de moins que moi t'es pas correct, c'est sûr que c'est moins humain qu'avant (Laurence, CH).

En plus d'une rupture des liens de collaboration, de nouvelles règles administratives dans certains établissements agissent comme un frein à d'autres formes de solidarité qui existaient avant la réforme. Compte tenu des particularités des horaires de travail des infirmières (travail de soir, de nuit, de jour, les fins de semaines), plusieurs infirmières nous disent qu'avant, il était possible de se faire remplacer au travail lors d'occasions spéciales; il n'était pas rare de voir les infirmières s'échanger entre elles des journées pour accommoder une collègue. Depuis la réforme, les règles ont été resserrées. Il faut noter que les nombreuses prises de retraite ont causé une "saignée" au coeur des équipes de soins. Le nombre de congés fériés consécutifs a été limité. Les règles de la liste de rappel sont appliquées plus sévèrement dans certains établissements. *On nous mettait un petit peu comme des enfants de maternelle, que tu n'as plus le droit de. On t'appelle, tu donnes une disponibilité, t'as pas le droit de refuser ou si tu refuses, ça va à ton dossier et après tant de refus, tu t'en vas en bas de la liste de rappel. Un système punitif auquel on n'était pas habitué. (...) Avant, (...) on s'arrangeait mieux entre nous-autres (..) ils ont même défendu ça . (Sandrine, CH).* Pour certaines infirmières aux prises avec des horaires plus contraignants, la souplesse de l'organisation du travail pouvait réduire, dans une certaine mesure, les difficultés de conciliation avec la vie sociale et familiale.

Le sentiment d'appartenir à une équipe est difficile à reconstruire. *Nous on l'a perdu même si ça fait 20 ans qu'on travaille ici. Mais c'est parce que les équipes ont tellement été défaites (Focus group # 2).* Plusieurs infirmières nous disent qu'elles ont de la difficulté à se faire confiance entre elles, d'autant plus que des réactions de méfiance ont été engendrées par des niveaux d'expérience très différenciés, par l'instabilité du personnel et par la charge de travail importante. La pénurie d'infirmières d'expérience générée par les prises de retraite précoces a été l'amorce de ce type de réactions. Les infirmières expérimentées restantes ayant de la difficulté à faire

confiance aux « jeunes nouvelles » ont tendance à prendre à leur compte la responsabilité du travail de ces dernières et les risques d'erreurs professionnelles se mettant ainsi en surcharge de travail. Les plus vulnérables se sont retrouvées en épuisement professionnel et contraintes à l'arrêt de travail. Ce climat de méfiance entre collègues est peu propice au développement d'une dynamique d'équipe.

Par ailleurs, l'augmentation importante de la tâche a exacerbé les tensions dans les équipes de soins. Plusieurs infirmières constatent que lorsqu'il y a plus de travail, il y a plus de pression et les gens deviennent impatients, moins tolérants face aux collègues. *Ben, disons que c'est sûr que quand il y a plus de travail, plus de pression, les gens sont tendus... et là le stress...c'est sûr il y a des gens qui deviennent plus agressifs, là tout ça. (...) Chacun protège son territoire* (Valérie, CH). Les tensions interpersonnelles dans l'équipe de soins accroissent les difficultés au travail à un moment où les membres de l'équipe auraient justement besoin de se concentrer d'abord auprès des patients à cause de la lourdeur des tâches. *C'est chacun pour soi. Tu sors de là complètement brûlée parce que l'atmosphère est lourde. Ce n'est pas l'ouvrage qui est lourd, c'est l'atmosphère* (Laurence, CH). *On dirait qu'on vit toutes nos petites affaires toutes seules. Les infirmières n'osent plus parler aux autres de leurs difficultés. Avant c'était permis de dire que j'ai eu du travail cette nuit. C'était permis. On pouvait le dire que c'était lourd. Maintenant, on n'est plus capable de le dire, on n'est plus capable de s'exprimer ce qu'on vit car les autres aussi ont du travail. C'est comme si c'était un ghetto, et moi je trouve ça difficile* (Jeannette, CH)

La surcharge de travail, les supplantations, le climat de méfiance, ont mené directement à une individualisation de la pratique. Ce sont maintenant les performances individuelles telles la débrouillardise, les compétences, la rapidité d'exécution et d'apprentissage, la confiance en soi qui, d'une certaine façon, priment sur la vie d'équipe et qui en déterminent la dynamique.

1.2 La dimension subjective du changement

On a beaucoup entendu dire, mais tout le monde a gardé sa job dans le fond. Personne n'a perdu sa job. Effectivement, mais mon Dieu qu'en stress et en pertes ça été énorme pour ces filles-là. (Suzanne, CH)

Cette insécurité a été vécue plus ou moins difficilement selon les infirmières. Malgré l'importance des changements au plan objectif, la façon dont chaque infirmière vivait le changement qui la concernait ou qui l'impliquait directement a joué un rôle important sur le maintien en emploi ou tout au moins le maintien d'une certaine qualité de vie au travail. Ce qui est clair dans les entrevues qui ont été réalisées, c'est que les infirmières ont vécu le processus de transformation avec un grand sentiment de perte. Leur discours est rempli de comparaisons entre ce qu'était leur vie de travail *avant la réforme* et ce qu'elle est devenue *depuis la réforme*. Le travail des infirmières avant la réforme comportait aussi son lot de problèmes, mais en comparaison avec le contexte actuel, les infirmières affirment qu'elles étaient en meilleure situation. (...) *avant ça tout fonctionnait, tout. C'était comme un rouage. Tout fonctionnait bien. Mais depuis 90, tout grince partout.* (Berthe, CH). L'incertitude par rapport à l'avenir les amène à penser en fonction de ce qu'elles doivent faire pour protéger leurs acquis. *D'un côté, il faudrait qu'on s'unissent et de l'autre, tu ne sais pas ce qui va t'arriver demain. On dirait que les gens sont de plus en plus isolés* (Sandrine, CH).

La perte de collègues et amies a été vécue comme autant de deuils par plusieurs infirmières. C'est du moins en ces termes qu'elles parlent de cette expérience. *J'ai été en congé de maladie (...) je n'étais pas affectée personnellement, moi, c'est mes chums qui perdaient ou qui étaient bumpées. Alors c'était le deuil, le syndrome du survivant* (Focus group # 2) Il fut souvent difficile pour plusieurs d'accueillir avec enthousiasme les nouvelles infirmières sur les départements surtout pour les infirmières qui se voyaient déclassées dans leur niveau d'ancienneté et qui ont ainsi perdu plusieurs de leurs avantages. Pour toutes celles qui étaient sur la liste de rappel ou qui attendaient des postes, un certain malaise était ressenti. L'arrivée de nouvelles infirmières fut souvent perçue comme une menace pour leur poste de travail ou le nombre d'heures sur appel. (...) *Moi en tout cas, [je les voyais] un peu comme des voleuses de jobs, parce qu'ils nous avaient dit que je ne travaillerais plus* (Audrée, CH). Les nouvelles infirmières sur les départements ne se sentaient donc pas toujours les bienvenues et n'ont pas toujours reçu le support nécessaire à leur intégration. *Les gens ne les ont pas accueillies les bras grands de même. Elles venaient chercher des postes que les filles auraient aimé avoir. Moi personnellement j'étais assistant. Je pense que je les ai bien accueillies. Mais du support, je doute qu'elles en ai eu* (Focus group # 6).

Ces nombreux déplacements ont fait en sorte que les infirmières se sont retrouvées à travailler avec une majorité de collègues qu'elles ne connaissaient pas alors que depuis nombre d'années, l'équipe était demeurée stable et "familiale". *Ce n'est plus pareil, c'est complètement démotivant. Les liens ne se sont pas recréés. Tu sais, quand tu as perdu une équipe de 7-8 ans où on se connaissait tellement et on travaillait ensemble. C'était pas rien que des collègues, c'était des amis et on s'entraidait. Là ben c'est sûr que les gens sont arrivés de partout, des gens que tu connais pas et c'est un peu long à refaire une équipe. Là c'est individuel un peu beaucoup plus que c'était avant. Chacun fait sa job, mais c'est pas qu'on se parle pas. (...) On ne sent plus ce qu'on sentait avant, qu'on a de plaisir à aller travailler* (Suzanne, CH).

Les fusions entre des départements et les centres hospitaliers ont provoqué des phénomènes de "gang", une façon de retrouver "son" territoire, mais qui a miné le climat de travail et l'esprit d'équipe de certains groupes. *Ça fait que nous autres on a des guerres de clan sur ce département. Il y a la gang de l'ancien boss et il y a la gang du nouveau boss. Ça fait que l'atmosphère est pas terrible. Il y a comme deux clans* (Laurence, CH).

C'est dans ce contexte particulier qui prévalait avant la réforme que l'on doit analyser comment les infirmières ont vécu la transformation du réseau de la santé; l'importance de l'équipe pour structurer un projet de soins, l'importance de l'équipe comme source de reconnaissance entre collègues, l'importance de l'équipe pour l'entraide, la collaboration, l'apprentissage, ce sont toutes ces dimensions qui ont été déstabilisées par les changements dans le réseau. Vu sous cet angle, il n'est pas étonnant que la réforme ait été vécue comme une perte, une détérioration importante de la qualité de vie au travail des infirmières, de la qualité et du sens du travail lui-même. Si la vie d'équipe était une dimension cruciale de la vie au travail avant la réforme, elle ne l'est pas moins depuis la réforme. Elle est plutôt difficile à maintenir ou à reconstruire. Elle demeure cependant une priorité pour les infirmières qui tentent par plusieurs moyens de la recréer tout en essayant de s'adapter à la nouvelle réalité.

2. Les stratégies face aux changements

Les infirmières ont développé différentes stratégies pour faire face à ces multiples transformations. Ces stratégies ont visé à la fois la préservation de l'ancienne structure de soins tout en tentant également de s'adapter à leur nouvelle réalité. Elles ont voulu protéger ce en quoi elles croyaient, c'est-à-dire l'équipe et les soins globaux et limiter les impacts négatifs d'une situation vis-à-vis laquelle elle se sentait relativement impuissantes, c'est-à-dire une organisation des soins désormais contrôlée par des impératifs économiques. Il est clair à l'analyse des entrevues que la place dont croyaient disposer les infirmières pour donner leur avis sur l'organisation régionale des soins a été réduite, d'où l'écart important exprimé entre ce qu'elles jugeaient nécessaire de faire et ce qu'elles ont pu faire pour défendre leurs intérêts et ceux de leur profession.

Nous avons recensé deux types de stratégies ; des stratégies qui visent à préserver, regagner, en fait recréer l'essentiel de ce qui a été perdu du travail d'équipe et d'autres stratégies qui concernent tout ce qui a été mis en œuvre pour s'adapter à leur nouvel environnement de travail et à de nouvelles façons de faire.

2.1 Préserver la vie d'équipe et la qualité des soins

Plusieurs des stratégies déployées par les infirmières pour faire face aux changements entraînés par la réforme avaient pour but de maintenir fonctionnelle l'équipe de travail. Ces stratégies ont touché à la fois l'efficacité de l'équipe, l'amélioration du climat de travail, la qualité des soins et le rétablissement de la communication entre les supérieurs et les infirmières.

Les demandes les plus fréquentes adressées aux gestionnaires touchaient **l'augmentation du personnel** afin d'alléger la charge de travail, non seulement l'ajout de personnel d'appoint, mais l'ajout de ressources régulières. N'ayant pas de réponses positives, certaines ont refusé de prendre soin d'un plus grand nombre de patients que ce que la norme les obligeait à faire par conscience professionnelle et pour mettre de la pression sur le supérieur immédiat . *Toujours à coup de menace; Écoute-moi bien (...) j'en ai déjà 5 (patients) Tu le prends ou il reste-là. C'est*

comme ça qu'il faut se battre (Focus group # 1). Cette surcharge était aussi accrue à cause du manque de **formation**. (...) *j'avais jamais eu de formation et on voulait pas m'en donner, il a fallu que je me batte pour ça. (...) Quand tu es parachutée sur un département et que tout est informatisé et que tu ne connais pas ça, qu'est-ce que tu penses que tu représentes pour ton équipe de travail ? Une charge, une surcharge ! Tu représentes quelqu'un qui n'est pas fonctionnel, qui ne peut pas travailler toute seule. Qui ne peut pas travailler en équipe non plus* (Martine, CH).

D'autres stratégies ont visé la motivation des équipes de soins dans le but d'améliorer le climat sur les départements ou encore dans le but de **stimuler la collaboration et la confiance** par l'organisation de rencontres de discussion sur les problèmes de l'équipe. D'autres visaient à **reconstruire des liens d'amitié et de solidarité** par l'organisation de rencontres en dehors des heures de travail. Enfin, le désir de **rétablir la communication** entre les supérieurs et les infirmières a amené ces dernières à insister auprès du supérieur pour l'organisation de réunions d'équipe.

Cependant, certaines infirmières, les nouvelles arrivées surtout, disent avoir été freinées dans leurs démarches de changement par la résistance des infirmières ayant plusieurs années d'ancienneté dans leur institution. *Il ne faut pas changer leurs habitudes* (en parlant des infirmières qui plus de 20 ans d'expérience). *Les filles qui viennent de d'autres départements que ce département-là veulent faire du changement et on se retrouve face à un mur* (Sylvie, CH). Finalement, les supérieurs résistent aussi aux demandes des infirmières. Les demandes d'ajout de personnel sont fréquemment refusées, plusieurs supérieurs refusent ou contournent les demandes de réunion d'équipe proposées par les infirmières. Les infirmières sentent également des pressions pour qu'elles cessent leurs revendications.

Ça fait 30 ans que je suis sur ce département. Je considère que je fais partie des filles qui ont une certaine compétence. Et là on me dit mais oui, tu as juste à t'en aller ailleurs si tu n'es pas contente. Et bien on ne règle pas les problèmes ici, on envoie les filles ailleurs (Focus group # 5).

2.2 S'adapter aux changements

Les infirmières ont vécu plusieurs changements en un laps de temps relativement court, développant ainsi des stratégies pour s'adapter aux transformations de leur milieu de travail et de leur pratique. Plusieurs ont essayé de répondre aux nouvelles exigences en effectuant des heures de travail supplémentaires, en négligeant leurs pauses et leurs heures de dîner pour pouvoir accomplir l'ensemble de leurs tâches ou ont accepté de prendre plus de responsabilités pour aider à la réorganisation. Plusieurs infirmières ont investi de leur temps personnel pour acquérir les connaissances suffisantes pour être rapidement fonctionnelles sur leur nouveau département.

(...) y fallait que je m'adapte avant c'est sûr là, pis moi je prenais souvent des temps de pause pour lire tous les documents. Ça m'a pris du temps, c'est parce que j'avais trois briques à lire à travers tout ça si je voulais bien comprendre ce qui se fait. Je me suis donnée beaucoup (Denise, CH).

Cependant, l'ensemble des témoignages mettent en évidence l'importance de développer une distance par rapport au travail pour faire face à la situation. Il y a plusieurs façons de s'y prendre. Pour certaines, c'est en n'effectuant que les tâches et les heures de travail pour lesquelles elles sont payées. *Là, je suis le numéro et si ma job n'est pas finie, il y a le chiffre d'après qui va pouvoir le faire, et si sa job est pas finie à elle, le chiffre de jour prendra la relève (Sylvie, CH).* D'autres y arrivent en respectant leurs limites individuelles : prendre des pauses, refuser de faire du temps supplémentaire, etc. Les pauses semblent encore plus importantes en situation de changements intensifs. *Moi, mes pauses, c'est essentiel, je les prends. (...) Mon moyen pour m'en sortir, c'est de me dire que je vais aller prendre mes pauses (Rose, CH).*

Pour d'autres, le travail à temps partiel aide à préserver une saine distance par rapport au travail. Alors que le choix de travailler à temps partiel était souvent un choix de vie pour l'éducation des enfants, il devient, avec la réforme, une façon de se protéger contre un travail exigeant et envahissant. Ne pas travailler à temps plein permet aux individus de faire le plein ailleurs, de décrocher plus facilement du travail. Comme le dit Suzanne, le travail n'est pas la seule source de valorisation et de plaisir.

Si j'étais à temps plein, je suis certaine que je serais sur la liste des blessées moi aussi. (...) Pour moi, le travail n'est pas toute ma vie. J'ai choisi de travailler à temps partiel. Je suis vraiment moins victime que d'autres, mais si j'étais à temps plein... Ça serait plus difficile (Suzanne, CH)

Celles qui travaillent à temps plein doivent développer une façon de tenir le travail à l'écart de leur vie privée. *Pour moi, c'est ma job, je suis bien contente de la faire. Mais il faut vraiment que tu fermes la porte quand tu sors (Johanne, CH)*. Ne pas discuter des événements qui se passent à l'hôpital entre collègues ou à la maison semble une stratégie que plusieurs pratiquent pour ne pas laisser le travail envahir leur vie privée. C'est le cas de Céline qui a pris une entente avec ses collègues de travail, qui sont également ses amies. Et lorsque le travail devient vraiment trop lourd, certaines personnes ont recours à des congés de maladie. *Je prends tout ce que je peux prendre de congés de maladie, tout ce que je peux prendre de congés fériés, je les mets là (Sylvie, CHSLD)*.

Depuis la réforme, il est cependant plus difficile pour plusieurs de se couper du travail. La surcharge amène beaucoup d'insécurité par rapport à la qualité du travail qui est effectué et aux oublis potentiellement dangereux pour le patient. *J'avais moins de difficulté à oublier complètement le travail. Je me souviens quand je travaillais, j'arrivais ici, c'était fini, j'étais fatiguée mais c'était fini. Mais là souvent je repense à ce que j'aurais pu oublier. (Carole, CH)*. Elles se sentent tiraillées entre leurs responsabilités auprès des patients et les limites qu'elles doivent s'imposer pour protéger leur santé. Si, dans certains cas, les supérieurs exercent des pressions pour que les infirmières travaillent au delà de leur capacité, dans d'autres cas, c'est la personne elle-même qui veut s'investir dans son travail pour offrir un meilleur service aux patients.

Je me suis promis aussi que je n'étais payée que 35 heures/semaine et quand je reviendrai ici [au travail], je n'en ferai pas plus, je mettrai mes limites et je dirai non et je...j'accepterai pas là. Alors ça a duré à peu près un mois, un mois et demi et... rapidement moi j'accepte de travailler un soir par semaine. Ça fait mon affaire remarque, c'est pas mon patron qui m'oblige (Gabrielle, CLSC).

2.3 Saisir l'occasion d'améliorer sa situation en emploi

Certaines personnes ont su anticiper les changements et ont essayé d'en tirer le plus d'avantages possible pour leur situation d'emploi. *Pour moi, le virage qu'on a pris est quelque chose de très positif. Ça m'a apporté plein d'opportunités que je n'aurais jamais eu si on avait pas eu ça* (Focus group # 7) Ces personnes ont ainsi réussi à mieux en contrôler les impacts sur leur vie, tant professionnelle que personnelle. Elles ont soit changé de milieu de travail, soit quitté le département pour un autre dans le même établissement, soit appliqué sur un autre quart de travail.

(...)quand on a su qu'on avait la chance d'aller au CLSC, on savait que les conditions de travail étaient de beaucoup supérieures aux établissements. (...) Ça fait que déjà on savait au départ qu'on aurait une chance d'améliorer nos conditions de travail. Déjà ça c'était, ça c'était un gros point (Henri, CLSC).

Comme nous avons pu le constater en relatant quelques stratégies, les changements répétés ont engendré un état de fatigue chez les infirmières et il n'a pas été facile de mobiliser le personnel autour de stratégies d'action organisées. Les infirmières nous ont dit préférer consacrer leur énergie à leur travail et aux soins de leurs patients plutôt que d'essayer de défendre leurs intérêts auprès des gestionnaires croyant que tout était décidé d'avance et qu'elles n'y pouvaient rien. *Des fois on se demande si quelqu'un nous écoute. (...) On dirait que les gens ne nous croient pas. (...) Les infirmières ont beau crier, il me semble qu'il ne se passe rien. Les infirmières se débattent depuis des années. Il n'y a rien qui est fait pour améliorer le sort des infirmières (Sara, CH).* Individuellement ou collectivement, les infirmières ne sentent pas qu'elles ont le pouvoir de changer le cours des événements. Les stratégies qu'elles ont déployées pour tenter de reconstruire la vie d'équipe ont été principalement faites sur une base individuelle. Une des raisons en est que les problèmes de l'équipe se discutent plus difficilement en groupe à cause d'une démobilisation faisant en sorte que les collègues préfèrent ne pas en entendre parler. *Vaut mieux le silence* (Focus group # 2) Il est alors difficile de trouver collectivement des solutions à des problèmes d'équipe.

2.4 Stratégies individuelles et stabilité d'emploi

Il est évident que les déplacements de personnel provoqués par la réforme n'ont pas eu les mêmes conséquences sur la vie professionnelle de toutes infirmières. Même si toutes ont été affectées que ce soit à cause des changements entraînés dans les routines de travail, de la gestion de l'équipe, des départs massifs des infirmières les plus expérimentées, des rumeurs et des volte-face entourant les restructurations administratives, il reste que les niveaux d'ancienneté et d'expérience ont été des facteurs déterminants pour les trajectoires professionnelles et en ont modulé les impacts. Les stratégies développées par les infirmières pour passer à travers les transformations du réseau sont étroitement liées aux acquis que prodiguent le nombre d'années d'ancienneté. Ces acquis façonnent l'expérience objective du changement et, en corollaire, l'expérience subjective par le plus grand sentiment de maîtrise qu'ils procurent. Le contexte de travail, les attentes professionnelles, la marge de manœuvre individuelle ne sont pas les mêmes selon l'étape de la trajectoire professionnelle à laquelle en est arrivé l'individu. Nous avons pu classifier les infirmières rencontrées autour des 4 situations d'emploi les plus typiques :

- 1) Les nouvelles infirmières qui possèdent peu d'expérience et peu d'ancienneté en milieu hospitalier

Les infirmières de ce groupe avaient peu d'années d'ancienneté et donc moins d'acquis lorsque s'est amorcée la transformation du réseau. Pour cette raison, elles s'attendaient à être supplantées dès le début du processus. Elles ont vu leur possibilité de travailler de jour reculer de plus en plus loin. Elles manifestent un certain détachement par rapport à leur travail et plusieurs d'entre elles songent à changer de carrière. Elles perçoivent leur maîtrise face aux changements comme étant très faible.

- 2) Les infirmières qui possèdent plusieurs années d'ancienneté mais qui sont "nouvelles" sur un département

Les infirmières de ce groupe ont des acquis et plusieurs années d'ancienneté (entre 9 et 16 ans environ), mais pas suffisamment pour éviter les supplantations. Certaines ont choisi elles-mêmes de changer de département parce qu'une situation plus avantageuse s'offrait à elles. Pour celles

qui n'ont pas choisi de changer de département ou qui l'ont fait pour devancer une éventuelle supplantation, beaucoup de peurs et de craintes ont précédé les changements; les plus intenses étaient celles de perdre leur poste ou de devoir travailler sur un quart de travail différent. Grâce à une ancienneté qui les place tout de même en meilleure position, ces infirmières perçoivent une plus grande maîtrise face aux changements, mais se sentent toujours vulnérables. Dans certains cas, elles ont dû accepter une perspective de fin de carrière tout à fait différente de ce qu'elles avaient espéré.

Comment on en est arrivé là ? Tu as toujours l'impression que tu vas t'améliorer dans ton travail. (...) On avait une discussion il y a 10 ans entre collègues. On disait que quand on vieillirait, on travaillerait moins. (...) On disait que quand les enfants seraient vieux on prendrait plus de temps pour nous-mêmes. On va travailler deux jours par semaine, ça sera pas inquiétant. On va faire quelque chose qu'on aime parce qu'il va y avoir plus de postes et que l'hôpital fermera jamais ! (Sandrine, CH).

Ces infirmières avaient la certitude d'être protégées par une sécurité d'emploi, d'obtenir à brève échéance un poste de jour, bref, elles avaient la certitude que leur nombre d'années sur le marché du travail porterait bientôt fruit et que leurs conditions de travail seraient améliorées. Elles voyaient des possibilités de consolider leurs acquis formels (ancienneté, rôle de supervision, priorité de vacances et de congés fériés, etc.) et informels (un statut au sein de l'équipe, un pilier du département, des liens d'amitiés et de collaboration solides).

Ainsi, pour les personnes qui se situent dans les deux catégories précédentes, les difficultés résident dans les nombreux changements et déplacements qu'elles ont subis (changement d'établissement, d'unité, de quart de travail, de clientèle, etc.). Elles vivent une grande instabilité professionnelle et doivent s'adapter continuellement à de nouveaux environnements physiques et sociaux autant de fois qu'elles changent de place. Le climat sur leur département d'accueil est très souvent tendu, tout le monde essaie de sauver sa peau, expliquent-elles. Il y a donc un climat de méfiance peu propice à l'entraide. Elles doivent apprendre de nouvelles façons de soigner, de nouvelles techniques, sans recevoir la formation adéquate. Elles doivent travailler tout en se sentant observées; plusieurs disent que les plus anciennes sont réfractaires à leurs propositions pour améliorer le travail. À cause du roulement important de personnel, ces "nouvelles" peuvent aussi être appelées à jouer rapidement le rôle des anciennes (former, orienter, surveiller) sur les

quarts de soir et de nuit par exemple, même si elles ne se sentaient pas à l'aise et compétentes dans leurs nouvelles fonctions. Par ailleurs, la capacité d'adaptation des infirmières expérimentées, mais nouvelles sur un département, est fortement sollicitée; elles doivent se rebâtir une expertise sur le tas comme elles disent.

- 3) Les infirmières qui possèdent expérience et ancienneté et qui sont restées stables dans leur emploi durant la réforme

Les difficultés au travail ne sont pas les mêmes pour les plus anciennes. Plusieurs d'entre elles ont la possibilité de rester sur leur département d'origine, mais elles doivent aussi composer avec un roulement important de personnel dans leur équipe. Les déplacements des autres infirmières ont des répercussions sur leur travail puisqu'elles doivent superviser le travail des nouvelles, les former autant de fois que des changements se produisent, ce qui augmente considérablement leur charge de travail. Ces infirmières, qui sont plus près de la retraite, envient jusqu'à un certain point leurs collègues qui sont déjà parties. Plusieurs disent " qu'elles font leur temps "

- 4) Les infirmières qui ont un poste à temps partiel qu'elles complètent sur appel et dont les niveaux d'expérience et d'ancienneté sont variés

Les infirmières qui travaillent à temps partiel et qui complètent leur horaire de travail sur appel vivent aussi des difficultés qui diffèrent, sur certains points, de celles des infirmières qui travaillent à temps plein. Notons que le temps sur appel n'est pas protégé par la sécurité d'emploi. Plusieurs d'entre elles ont également réduit leur disponibilité de travail sur appel pour des raisons de santé

Je me suis rendue compte que j'en ai assez, dans le contexte actuel, d'être sur la liste de disponibilité, d'être appelée pour entrer n'importe où, tout de suite. Non. J'ai assez d'être sur l'équipe volante et d'être mobilisée pour travailler sur plusieurs départements. Je ménage mes énergies pour donner un bon rendement et rester en santé (Valérie, CH).

D'autres ont retiré leur nom de la liste d'appel pour avoir davantage le contrôle de leur horaire de travail. Elles désirent ainsi délimiter plus clairement leur vie professionnelle et leur vie privée. Le manque de personnel qualifié en disponibilité est également une source de stress pour ces infirmières. Certaines nous disent qu'elles se font harceler pour rentrer au travail parfois même pendant leurs journées de congé ou leurs vacances. *J'étais en vacances cet été et mon patron m'a appelé pour que je rentre et j'étais même pas disponible mais elle avait absolument besoin de quelqu'un. (...) Ils sont après nous tout le temps, tout le temps* (Jeanette, CH).

Plusieurs de ces personnes ont préféré vivre avec un budget restreint et faire des choix de vie en conséquence plutôt que de vivre sans pouvoir planifier des activités autres que le travail. Il y a cependant d'autres infirmières sur appel qui ont eu la réaction inverse. Pour prévenir des temps plus difficiles parce qu'incertaines de leurs heures de travail hebdomadaires et en conséquence de leurs revenus et de leur cumul d'ancienneté, plusieurs infirmières sur appel se sont mises à emmagasiner le plus grand nombre d'heures de travail possible. *Et quand c'est arrivé le virage ambulatoire, notre patron, entre autres, nous a dit les filles sur appel vous ne travaillerez plus parce que les infirmières des autres centres s'en viennent. (Audrée, CH)*. L'augmentation des heures de travail est une façon de s'assurer, à long ou à moyen terme, une plus grande sécurité d'emploi en accumulant de l'ancienneté afin de pouvoir le plus tôt possible avoir un poste à temps complet. *Même avec 15 ans et demi d'ancienneté, je ne peux pas avoir de temps complet encore. (...) Je force toujours pour faire ma cinquième journée pour accumuler de l'ancienneté et obtenir un poste à temps complet* (Carole, CH).

Devant l'insécurité que génèrent les transformations et le peu de possibilités d'avancement, certaines personnes vont prioriser leur vie au travail au détriment de leur vie hors travail pour s'assurer de meilleures conditions d'emploi. Cependant, elles se sentent tiraillées entre leur rôle de parent, pour celles qui ont des charges familiales, et celui de travailleuse. Les répercussions de ces tensions se font sentir sur le bien-être mental.

2.5 Les stratégies organisationnelles

L'interprétation du problème guide le choix des solutions. D'après les propos des infirmières, il semble que pour les supérieurs et les directions, la nature des problèmes fut exclusivement interprétée comme étant une résistance aux changements. Les solutions furent apportées dans l'objectif d'amener les infirmières à accepter le contexte, à développer de nouvelles attitudes, de nouveaux comportements. Selon les infirmières, les problèmes d'organisation du travail furent occultés et même réfutés lorsque soulevés par les infirmières à leurs supérieurs.

Les infirmières ne se sont pas senties soutenues par les directions et par les supérieurs de façon générale. Elles disent que les directions n'ont " pas fait grand chose ". Cependant, quelques infirmières-chefs, sur différents départements et dans différents centres hospitaliers, ont pris des initiatives pour aider leur personnel. Demander les services d'une ressource en psychologie, organiser des rencontres de groupe, un "point de presse" quotidien ont été des stratégies mises en place. Les infirmières ont apprécié ces initiatives puisqu'elles leur ont permis de parler de leurs difficultés, mais elles avouent que ça n'a rien changé aux problèmes. Le seul avantage a été de pouvoir verbaliser. Les infirmières ont pu également bénéficier du programme d'aide aux employés (PAE) qui est un service de consultation psychologique. Il s'agit toutefois d'une démarche personnelle et volontaire. Ces services de soutien individuel ont toutefois été abondamment critiqué car, selon les infirmières, le message qui était ainsi lancé était celui que le problème c'était elles et non l'organisation du travail et qu'elles devaient arriver à s'adapter et afficher moins de résistances. Elles considéraient donc la portée des stratégies organisationnelles assez limitée puisqu'elles ne contribuaient pas à accroître le pouvoir décisionnel des infirmières pas plus qu'elles ne leur offraient un soutien direct dans leur travail.

3. Le contexte de vie hors travail

En période de changements intenses au plan du travail, on ne peut omettre les dimensions de la vie hors travail et les impacts que peuvent avoir, de façon réciproque, la situation de l'une et l'autre de ces sphères de vie. Dans le même sens, certaines caractéristiques personnelles peuvent jouer sur cette dynamique. Nous avons choisi pour les fins de ce rapport de jeter un regard sur le contexte familial des infirmières qui ont participé à la recherche et sur le soutien de leur entourage. Enfin, nous avons étudié le discours qu'elles tiennent à propos de leur âge parce que cette dimension révèle assez fortement l'imprégnation du social sur l'expérience individuelle du changement.

3.1 La vie familiale

Tout ce temps-là (le temps des changements) il y a une tension qui est vécue parce qu'on peut pas couper la vie de famille et le travail. Ça ne se coupe pas au couteau hein ! Ça fait qu'il y a eu des bouts à la maison qui ont été plus difficiles (Berthe, CH)

Parmi les infirmières de notre échantillon, 26 sur 41 avaient des enfants et, en moyenne lors des entrevues, elles avaient 2,24 enfants à leur charge. Pour 31 infirmières, ces enfants vivaient avec elles; 47,5% des enfants avaient 18 ans et moins.

Dans un contexte où le travail est en transformation, où les individus doivent s'adapter à un horaire de travail très chargé et vivent beaucoup d'insécurité, il semble que s'occuper des tâches quotidiennes peut devenir fastidieux. Certaines personnes vivent cette tension plus intensément surtout lorsque des problèmes surviennent en même temps dans leur vie personnelle ou que le travail vient bouleversé les habitudes quotidiennes par des changements d'horaire, de lieu de travail, une augmentation des heures de travail, une réorientation, etc. De plus, la nature des responsabilités familiales varient beaucoup en fonction de l'âge des enfants. Les préoccupations ne sont pas les mêmes selon qu'elles doivent s'occuper de jeunes enfants, d'adolescents ou de jeunes adultes.

a) S'occuper de jeunes enfants

Pour les infirmières qui ont de jeunes enfants, l'organisation du quotidien prend beaucoup de place dans leur vie. La conciliation du travail et de la famille est particulièrement difficile pour celles qui travaillent de soir et qui ont des enfants d'âge scolaire. Elles ont en effet beaucoup moins de temps pour s'occuper de leurs enfants et n'ont plus l'impression de remplir leur rôle de mère, ce qui est particulièrement difficile au plan émotif. Celles qui travaillent de soir à temps plein n'ont que les fins de semaines pour voir leurs enfants, mais elles doivent accomplir plusieurs tâches pendant leurs journées de congé.

Je sais que les enfants trouvent ça très difficile. Ma plus jeune s'ennuie beaucoup. Quand je ne suis pas là 4-5 soirs par semaine même, elle trouve pas ça facile. Et les fins de semaine j'essaie d'en profiter mais il faut quand même faire l'épicerie, il faut quand même faire les tâches familiales (Carole, CH).

Certaines ont beaucoup de difficulté à déléguer des responsabilités et à faire confiance au conjoint pour la prise en charge de l'éducation des enfants, surtout lorsqu'elles en avaient la responsabilité avant et que des difficultés se présentent.

En travaillant de soir, je n'étais pas capable de concilier les deux, la famille et le travail en même temps. Je ne parlais jamais l'esprit tranquille. Qui allait s'occuper des enfants? Je savais qu'il s'en occupait [son conjoint] mais je ne savais pas comment il allait faire ça pour les devoirs. Parce que pour moi, c'est bien important. (...) quand tu sais que les enfants ont eu des problèmes à l'école, ça n'aidait pas (Line, CH).

Le travail de nuit comporte également plusieurs difficultés d'organisation où les besoins des enfants et le bien-être de la mère ne sont pas toujours compatibles. Linda explique les problèmes qu'elle rencontre dans son organisation familiale en travaillant de nuit. *Moi je travaille toujours une fin de semaine sur deux. La fin de semaine où les enfants sont à la maison, ce n'est pas évident de dire à un enfant de quatre ans "Faut pas que tu fasses de bruit, maman fait dodo"* (Linda, CH).

Les circonstances qui ont entouré les transformations du réseau de la santé ont accentué les difficultés d'organisation familiale, soit en imposant des changements d'horaire comme ce fut le cas pour Line, soit en créant un climat d'insécurité qui a poussé certaines infirmières à augmenter leurs heures de travail au détriment de leur vie familiale comme en témoigne Carole. *C'est vraiment pour améliorer ma situation, augmenter mes heures de travail à toutes les semaines que j'ai changé d'horaire* ; la conciliation entre les responsabilités familiales et le travail de nuit est d'autant plus difficile comme l'exprime Linda. *Là c'est vraiment épuisant. Autant à la maison qu'en général.*

b) S'occuper d'adolescents

Plusieurs infirmières que nous avons rencontrées vivent avec des adolescents à la maison. C'est une période qui exige de l'encadrement de la part des parents malgré l'autonomie grandissante des enfants. Cette autonomie ne se traduit cependant pas nécessairement, pour les parents, par un allègement de la responsabilité des tâches ménagères et de la préparation des repas. Ils doivent aussi assurer une présence auprès des enfants.

Il y a à la maison aussi, bon tu fais à souper [aux adolescents] durant le temps de ton heure de dîner. Tu te dépêches. Tu fais le lavage le matin en te levant. J'étais comme essoufflée là. (...) Ça prend beaucoup d'encadrement. (...) Même s'ils sont grands, c'est beaucoup d'encadrement. (Louise, CH)

La situation est plus ardue si les adolescents vivent des difficultés importantes. Certaines ont dû se retirer du travail. *J'ai arrêté trois mois l'année dernière à cause du contexte familial et tout ça. C'était des problèmes familiaux qui m'ont fait arrêtée (...) le travail par dessus ça dans les conditions que c'était. Ça n'avait plus de bon sens (Sandrine, CH).*

Le témoignage de Rose est particulièrement éloquent sur les choix à faire entre la vie au travail et la vie familiale. Rose a d'abord cessé de travailler de nuit pour des raisons de santé. Son nouvel horaire de soir était cependant difficilement conciliable avec ses responsabilités auprès de son adolescent en difficulté. Elle éprouvait en même temps des difficultés dans sa vie de couple. Elle a réussi à obtenir un poste de jour afin d'être plus près de son fils. Il a toutefois été difficile

de s'adapter à ce nouvel horaire après plusieurs années de travail de nuit. Ses activités, ses loisirs, ses heures de sommeil se sont modifiés considérablement. Pendant la période la plus intense de ses problèmes familiaux et professionnels, elle est tombée malade et a dû cesser de travailler pendant plusieurs mois.

S'occuper de jeunes adultes

Les responsabilités auprès des jeunes adultes sont différentes de celles que nécessitent le soin aux enfants ou la présence et l'encadrement auprès d'adolescents. Plusieurs infirmières nous disent qu'elles ne voient à peu près pas leurs jeunes adultes puisqu'ils sont occupés à travailler, étudier et à vivre leur vie. Ces infirmières sont moins tiraillées entre le temps et l'énergie qu'elles doivent investir au travail pour s'adapter à leur situation en emploi et leurs responsabilités familiales. Ce ne sont pas tellement les difficultés de conciliation qui les préoccupent, ce sont plutôt des préoccupations d'ordre financier. Les transformations du réseau de la santé ont en effet créé beaucoup d'incertitude financière, surtout pour les personnes sur appel. L'inquiétude augmente en contexte de monoparentalité.

*(...) tu vas travailler parce que tu n'as pas le choix. Il faut que tu gagnes ta vie.
(...) Je n'ai pas 50 ans ! Je ne peux pas me permettre d'arrêter. Il y a les enfants et les études et tout ça. Il faut que tu continues à travailler et il faut que tu continues à payer. Moi j'ai deux jeunes adultes. J'en ai un qui est en maîtrise à l'université et l'autre qui finit son CEGEP. Et les deux restent encore à la maison
(Jeanne, CH).*

3.2 Le soutien de l'entourage

La grande majorité des infirmières (37/42) disent avoir reçu du soutien de leurs proches durant cette période de changements professionnels intenses. Le soutien, dans plusieurs cas, se présente

sous la forme d'écoute, d'empathie de la part du conjoint¹, d'une amie ou d'un membre de la famille élargie. Plusieurs infirmières peuvent se confier à leur conjoint et évacuer un peu les tensions accumulées au travail. (...) *J'ai un mari qui est très attentionné, qui est à l'écoute de tout ça* (Suzanne, CH). Pour d'autres personnes, le soutien peut prendre une autre forme que l'écoute et la compréhension. Il peut s'exprimer par le partage des responsabilités familiales. *J'ai un mari qui m'aide beaucoup. Lui il travaille de soir presque tout le temps. Et j'ai une grande fille qui est quand même capable aussi de prendre en charge le souper des fois* (Carole, CH).

Certaines infirmières apprécient de pouvoir se confier à des amies, un membre de la famille qui connaît bien le milieu hospitalier. La confiance semble plus facile. *C'est aidant dans un certain sens, c'est agréable aussi de pouvoir partager ses connaissances, ses inquiétudes, ses peurs avec quelqu'un qui, on sait, comprend* (Sara, CH). Pour celles qui ont un conjoint qui travaille également dans le milieu hospitalier, elles peuvent s'offrir mutuellement du support et mieux comprendre la réalité de l'autre. D'autres ont réagi différemment face à leurs difficultés en adoptant plutôt des stratégies de retrait.

Souvent j'étais seule dans ma chambre. On réagit différemment. Moi j'ai besoin de me retirer seule. Moi je suis comme ça. Il y en a d'autres qui aiment mieux être entouré. Moi ça me tanne. Mais là mon conjoint commençait à trouver ça platte un peu là.(...) Il disait "On dirait que tu n'as plus rien à dire!" Mais c'est vrai je n'avais plus rien à dire ! (Jeanne, CH).

Quant à Édith, elle croit que son conjoint ne pourrait pas comprendre sa réalité puisqu'il exerce un métier très différent du sien. *Lui, il est dans le milieu de la construction, fait que...quand même que je lui dirais , j'ai trois piqûres à préparer en même temps... Ça doit être platte se faire*

¹ Parmi les infirmières, 24 sur les 41 qui nous ont fourni cette information vivent avec un conjoint dont 10 n'ont pas de sécurité d'emploi. Dix infirmières ne peuvent compter que sur un seul salaire.

dire toute la veillée : J'ai couru toute la journée! En tout cas...on arrive à la maison c'est d'autres choses (Édith, CH).

Elle préfère en discuter avec ses collègues tout comme Louise d'ailleurs qui ne provoque pas les occasions pour parler de sa situation professionnelle à la maison. Certaines infirmières, comme Denise, préfèrent garder le silence sur leurs soucis pour ne pas inquiéter les membres de la famille. *Je vivais un stress financier, émotivement aussi parce que moi je vivais de l'incertitude et un moment donné j'essayais de ne pas trop le faire paraître (à la maison).*(Denise, CH) Sandrine adopte le même comportement. Elle ne parle pas de ses problèmes professionnels à ses enfants pour ne pas les inquiéter malgré qu'ils soient âgés de 14 et 17 ans. *Il ne faut pas que je les inquiète non plus. Je ne peux pas partager ça comme avec un autre adulte* (Sandrine, CH). La peur de déranger les gens en parlant de leurs problèmes, particulièrement lorsqu'ils sont récurrents depuis deux ans, en freinent plusieurs qui avaient l'habitude de se confier à un proche. *Je vois que je peux moins en parler. On dirait que tout le monde commence à être saturé* (Denise).

Enfin, plusieurs infirmières nous disent que leur métier d'infirmières les amènent régulièrement à jouer le rôle d'aidante naturelle auprès de leurs proches. Ce rôle est en continuité avec celui qu'elle joue à l'hôpital. Certaines se retrouvent ainsi à la fois dans leur vie professionnelle et dans leur vie privée dans une relation d'aide qui leur laisse peu de place pour elles-mêmes, pour leurs besoins propres.

Sur un autre plan, les infirmières n'ont pas beaucoup d'aide pratique dans l'organisation de la maison et des responsabilités familiales. Si elles répondent spontanément qu'elle ont reçu beaucoup d'aide, cela signifie souvent qu'elle ont pu parler de leurs problèmes à une amie, une collègue, à un parent ou à leur conjoint. Concrètement cependant, au niveau des tâches à effectuer et des responsabilités familiales à assumer, nous constatons que peu d'entre elles ont pu diminuer leurs tâches à la maison malgré le contexte de travail difficile. Elles continuent à assumer les mêmes fonctions à la maison la plupart du temps jusqu'à ce que des symptômes se manifestent. Certaines ont dû imposer leurs limites à leur entourage pour mieux pouvoir se reposer pendant les journées de travail. Très peu reçoivent de l'aide de la part de leurs enfants.

Moi j'ai trois filles là, elles sont aux études puis elles travaillent pour gagner leurs études. (...) Alors avant elles me donnaient plus un coup de main. Maintenant, avec les études et le travail, j'ai moins d'aide qu'avant. Ça c'est...disons que c'est plus difficile (Diane, CH).

Les jeunes adultes ne prennent pas en charge une partie des responsabilités familiales ou des tâches ménagères pour l'ensemble de la maisonnée. S'ils le font, c'est parce que la mère ne peut vaquer à ses occupations habituelles pour des raisons de santé.

Ils ont été(ses trois fils) quand même, pendant que j'étais en maladie, quand même d'un support dans un sens j'étais pas toute seule. Bon ils s'occupaient du roulement un p'tit peu, aller faire l'épicerie, les repas j'm'en occupais pas, sauf pour moi (Marie, CH).

Il faut dire, à la décharge des jeunes, que plusieurs infirmières admettent qu'elles avaient l'habitude de gâter leurs enfants. Elles n'étaient pas très exigeantes quant à leur participation aux responsabilités familiales. Les difficultés au travail les ont obligé cependant à redéfinir les responsabilités avec leurs adolescents et leurs jeunes adultes.

Dans plusieurs témoignages, il est possible de percevoir la difficulté à déléguer certaines tâches et responsabilités qui relèvent de l'organisation familiale aux autres membres de la famille. Il est souvent difficile pour les infirmières de demander de l'aide, d'aller chercher des ressources pour passer à travers les difficultés comme l'exprime Rose. *Ah! Du support, mais accepter d'avoir de l'aide c'est pas évident non plus hein. Mais ça j'ai eu à l'apprendre. De l'apprendre que bon je pouvais, que j'étais pas Tarzan et que je ne pouvais pas faire toute seule (Rose, CH).* Nous constatons dans plusieurs témoignages que les infirmières attendent de ne plus pouvoir vaquer à leurs activités pour demander de l'aide, pour en accepter.

Plus que la peur d'inquiéter les enfants ou de déranger les amis et le conjoint, demander de l'aide peut être vécu comme un échec, l'aveu d'une incapacité à accomplir seule ses responsabilités, l'expression d'un signe de faiblesse qui dans plusieurs cas mène à la maladie. *C'était déjà un échec d'abord hein! T'es pas fière de toi. T'as comme l'impression que t'as pas été capable de régler tes affaires, que t'as pas été à la hauteur, que t'es faible (Sandrine, CH).*

Les infirmières qui affirment spontanément ne pas avoir reçu de soutien sont des cas d'exception. C'est la maladie et plus spécifiquement le diagnostic médical qui donne un caractère légitime à tout ce qu'a pu dire ou ressentir l'infirmière pendant la période qui a précédé la maladie.

3.3 L'âge

La moyenne d'âge des infirmières de notre échantillon est de 45,3 ans. La majorité ont commencé très jeune à pratiquer leur métier. Il n'est pas rare de voir une infirmière de 40 ans posséder 20 ans d'ancienneté comme c'est le cas pour Gabrielle. Laurence, 42 ans, a 23 ans d'ancienneté ; Sandrine, 43 ans, a 22 ans d'ancienneté ; Serge, 37 ans, a 17 ans d'ancienneté ; Maria, 46 ans, a 26 ans d'ancienneté, et ce ne sont que quelques exemples. Le métier d'infirmière est exigeant physiquement. Elles sont constamment debout et doivent régulièrement soulever des charges assez lourdes. Les infirmières rencontrées ressentent les limites physiques que leur impose leur âge ou le nombre d'années au travail.

C'est peut-être le fait que j'arrive à 50 ans. Je pense que l'âge y est pour quelque chose aussi. Si j'avais 20 ans et que je vivais cette transformation, je sais pas mais la fatigue ...À 20 ans quand tu passes 2-3 soirées très occupées, tu te couches plus tard mais tu reprends vite. Mais aujourd'hui je ne peux plus faire ça. Ça fait que c'est peut-être l'âge qui fait que je sois plus fatiguée face à tous ces changements-là (Berthe, CH, 48 ans)

Sur certains départements spécialisés la difficulté d'adaptation est amplifiée par le contexte d'évolution rapide des technologies. Certaines affirment qu'il est difficile d'être constamment en état d'apprentissage.

Pas que je veuille pas faire d'efforts mais c'est devenu de plus en plus difficile le travail à cause de tous les équipements et les changements qui se font tout le temps. Ça arrête pas le changement et l'évolution là de tous les instruments, les appareils électroniques, il y a toujours du nouveau. Puis comme moi je fais toutes les spécialités, il faut que je sache tout, parce que je suis appelée à aller dans toutes les spécialités parce que moi je suis pas juste attirée dans une salle, je vais d'une salle à l'autre.(...)Alors il faut que je sache tout ça, tous les changements qui

se font dans toutes les spécialités et il faut que tu le saches là parce que des fois t'as pas le temps d'aller consulter une fiche parce que ça presse, c'est une urgence. (...) Physiquement c'est difficile aussi parce que il faut toujours aller vite pour vraiment là, on est debout tout le temps (Diane, CH, 51 ans).

Les infirmières se questionnent sur leurs capacités de s'adapter à leur nouvelle situation d'emploi. Si plusieurs attribuent leurs difficultés au travail à leur âge, ce n'est pas le seul facteur qu'elles soulèvent; elles sont conscientes de la lourdeur de la tâche. Elles ont cependant un discours qui oscille constamment entre la responsabilité qu'elles imputent tantôt au contexte de travail, tantôt à leur capacité personnelle d'adaptation. Et ce, autant chez les infirmières qui sont dans la quarantaine que chez celles dans la cinquantaine. *C'est plus fatiguant, c'est plus lourd. Je sais pas! Des fois je me dis sur quoi là, c'est, on vieillit aussi là, c'est tu ça, c'est tu l'âge, c'est tu le contexte, c'est quoi!!!* (Sandrine, CH, 43 ans)

L'expérience de travail, à cause des supplantations massives, n'est plus source de reconnaissance et ce sont d'autres compétences qui sont recherchées et valorisées. Les infirmières trouvent que leur travail tel qu'il est pratiqué depuis la réforme est déqualifiant, elles sentent que leur expérience de travail sur les départements n'est plus reconnue puisqu'elles peuvent être remplacées par n'importe quelle autre personne sans expérience pertinente. Ce sont maintenant la rapidité, la performance, la débrouillardise qui déterminent la compétence d'une infirmière comme nous l'avons vu plus tôt. Vieillir ne signifie plus posséder une plus grande expertise, en profiter et en faire profiter la relève, en fait, progresser dans sa carrière, vieillir c'est maintenant n'avoir que les mauvais côtés de l'âge : les maux de dos, la fatigue, etc.

La retraite devient une porte de sortie. Les infirmières voient plusieurs de leurs collègues partir à la retraite alors qu'il n'y a que quelques années d'âge qui les séparent et toutes ont déjà commencé à compter le nombre d'années qui leur reste avant de quitter à leur tour...

4. L'avenir professionnel

Plusieurs conflits traversent la profession infirmière. Bien que présents avant la transformation du réseau, ces conflits semblent avoir été exacerbés par les multiples changements des dernières années. Les problèmes touchent plusieurs éléments essentiels de la profession : la nature et la qualité des soins, la reconnaissance et l'autonomie professionnelles, la pénurie de main d'œuvre, l'absence de cohésion au sein de la profession. Les infirmières nourrissent des craintes par rapport à l'avenir de leur profession. Elles constatent qu'elle subit des changements importants et plusieurs craignent que la réforme devienne le prétexte à l'adoption de nouvelles orientations qui affaibliront davantage la profession. La qualité des soins a été affectée et elle ne rencontre plus leurs critères d'éthique professionnelle; elles s'interrogent sur la permanence de ces changements et des conséquences sur la nature même de la profession. Elles se sentent cependant impuissantes en tant qu'individu et en tant que groupe professionnel. *On est jamais capables de rien avoir, nous-autres, c'est une vieille mentalité qu'être infirmières dans les premiers temps c'était du bénévolat! Et plus qu'on en faisait et mieux c'était!* (Jeanne, CH).

Les infirmières sentent leur place de plus en plus menacée au sein des équipes multidisciplinaires et elles s'inquiètent pour la relève. Elles constatent que les jeunes sont peu attirées par le métier d'infirmière, ce qui constitue une menace importante pour la pérennité de la profession. Pour défendre collectivement leurs intérêts, elles ne comptent plus sur l'appui du syndicat qui, selon elles, n'a pas su les représenter efficacement auprès des supérieurs et du gouvernement. Elles sont également méfiantes par rapport à certaines positions de l'Ordre des infirmières du Québec qui nuisent, selon elles, à la majorité des membres. Elles reprochent à leurs instances de représentation d'être trop discrets, trop près de la partie patronale ou encore de prendre des décisions qui défavorisent la majorité. Dans les équipes de travail, il semble également difficile pour les infirmières de se solidariser pour défendre leurs propres intérêts sur leur département. Le manque d'unité de la profession est un autre élément qui, selon elles, fragilise la profession.

4.1 Être reconnues

Les infirmières constatent que la réforme a modifié radicalement leur façon de prodiguer des soins. Elles en parlent abondamment dans les entretiens qu'elles nous ont accordés; elles ont moins de temps pour le "care" et les ressources ne sont pas suffisantes pour assurer la qualité du "cure". Cette situation les inquiète d'une part parce qu'elles se questionnent sur ce que deviendra la spécificité de leur profession et d'autre part, elles craignent de perdre l'appui et la reconnaissance de la population si la profession s'oriente prioritairement sur la dimension technique des soins.

Moi, ce qui m'inquiète dans l'avenir, c'est qu'elle [la profession] risque de perdre des plumes. Il risque d'en avoir plus de pas fines [en parlant des infirmières], dans ce sens là, c'est ce qui nous a toujours sauvées nous, l'appui de la population par rapport au sens de notre travail. (...) Je pense que la population reconnaît encore notre travail mais à force de se faire dire à cette étape-ci "C'est pas moi qui va le faire", je ne suis pas sûre que ça va être reconnu bien longtemps (Gabrielle, CLSC).

Les infirmières sont également insatisfaites des rapports de pouvoir au sein des équipes de soins où elles se sentent reléguées à un rôle d'exécutantes. D'abord elles disent être considérées comme les servantes des médecins, comme le mentionne Diane qui doit apprendre non seulement à effectuer son travail correctement, mais à gérer les humeurs des médecins avec qui elle travaille. *Si je me trompe, c'est terrible! Ils ne comprendront pas que moi je ne sache pas la grosseur de tel instrument. (...) Ils se prennent pour Dieu le Père. Ben ils sauvent la vie du monde hein. Nous on est à la merci de l'humeur du chirurgien.* Si le contexte des dernières années a changé le rapport de force, on ne peut parler de rapports égalitaires entre professionnels.

Le seul côté que je trouve le fun c'est que messieurs les docteurs il a fallu qu'ils s'assoient et qu'ils reviennent sur leur quant à soi et se déshabituent à tout avoir pour hier. Un peu. Ça pas été un cadeau pour eux. Quand ça fait 20 ans que tu travailles avec la même infirmière chef et que tu n'as plus à parler, que tout arrive tout seul. Elles [les infirmières] devinaient quasiment leurs pensées. (...) Mais ils ont appris [les médecins]. Mais ils en ont encore à apprendre (Rose, CH).

Les infirmières se sentent également subordonnées aux autres professionnels qui forment l'équipe de soins, les travailleurs sociaux, les inhalothérapeutes, les diététiciennes, etc. (...) *On entend chanter sur toutes les lignes que l'on travaille en équipe multidisciplinaire, c'est pas vrai ça. C'est pas vrai parce que les infirmières dans ça sont toujours subalternes par rapport aux autres professions* (Suzanne, CH). Avant l'arrivée des autres professionnels de la santé, les infirmières étaient responsables de l'ensemble des soins aux patients alors que maintenant, les soins sont divisés en fonction des multiples spécialités. Cette incursion des autres professionnels de la santé est vécue comme une perte de pouvoir où l'infirmière récolte les tâches qui nécessitent le moins de qualifications. *C'était une tarte, y en a un qui a pris une petite pointe, une petite pointe, une petite pointe mais il reste une petite pointe à l'infirmière. Les soins de base de la personne, c'est toi qui s'en occupe* (Johanne, CH). De plus, sur certains départements, les infirmières vont jusqu'à dire qu'elles craignent que leur poste soit éventuellement occupé par d'autres spécialistes de la santé.

Les infirmières s'inquiètent également d'une éventuelle pénurie de main d'œuvre. L'avenir de la profession repose sur la capacité de la profession à se renouveler et le recrutement des jeunes est un enjeu décisif. Il y a deux grands défis par rapport à la relève : attirer et garder les jeunes dans la profession. Les mauvaises conditions de travail rendent peu attrayantes la profession : des horaires de travail difficiles et irréguliers, le peu d'avancement, un salaire moins intéressant que dans plusieurs autres professions de formation de même niveau. Les infirmières craignent également pour les jeunes qui pratiquent présentement dans le réseau de la santé. Elles croient que plusieurs pensent à quitter la profession pour les mêmes raisons que celles qui hésitent à y entrer. Les infirmières constatent que les jeunes sur les départements sont bousculées, qu'elles reçoivent peu d'encadrement et que les exigences demeurent élevées. Par contre, certaines anciennes reconnaissent aux jeunes infirmières des qualités essentielles pour défendre leur place dans les équipes multidisciplinaires. *Les jeunes infirmières sont plus préparées à se battre, à résister.* (Suzanne, CH). Elles possèdent des qualités qui font d'elles de bonnes candidates pour repositionner avantageusement la profession. Du même souffle, elles critiquent les jeunes qui, selon elles, sont moins axées sur la relation d'aide, préférant se concentrer sur l'aspect technique des soins.

Les infirmières constatent que leur profession est dans une position difficile et elles se montrent pessimistes quant au redressement possible de la situation. Elles nourrissent d'ailleurs peu d'espoir envers leurs représentants professionnels qu'elles soupçonnent ne pas faire les efforts nécessaires pour défendre leurs intérêts. Le syndicat et l'employeur auraient été de connivence pour mieux faire passer les changements qu'ils désiraient adopter. *L'employeur fait tout ce qu'il veut avec nous autres. Je me demande si ce n'est pas toute dans la même poche (...)* Ça finit que l'employeur a toujours le dernier mot. (Jeanne, CH). Plusieurs ne se sentent donc pas protégées. Elles disent devoir rester vigilantes et surveiller individuellement leurs intérêts puisque, selon l'avis de plusieurs, les règles syndicales ne sont pas toujours respectées.

Les infirmières ne se sentent pas davantage protégées par leur ordre professionnel. Une des questions qui les préoccupent particulièrement porte sur la délimitation des tâches infirmières par rapport à celles des autres professionnels de la santé. *Je pense qu'on manque le bateau. Si on continue à donner des tâches, qu'est-ce que sera le rôle de l'infirmière? L'Ordre permet à d'autres professionnels de faire les tâches des infirmières. Les autres professionnels vont prendre la place* (Berhe, CH). L'Ordre s'est également prononcé en faveur d'une hausse des exigences de formation pour l'obtention de postes de responsabilités. Dans certains établissements de soins, seules les infirmières bachelières peuvent accéder à des postes cadres alors que les infirmières techniciennes représentent environ 70% des membres de l'Ordre. Elles se sentent trahies par leur ordre professionnel qui ne reconnaît plus les années d'expérience.

Les possibilités d'avancement dans la profession se sont donc réduites depuis que le baccalauréat est exigé pour l'obtention de postes de superviseurs ou d'assistantes. Cela crée beaucoup d'insatisfactions au sein des infirmières qui ont reçu une formation collégiale et qui se sentent écartées des postes de responsabilités alors qu'avant elles y avaient accès de par leurs années d'expérience de travail. *Vous n'êtes plus bonnes si vous n'avez pas de bacc. C'est dur le premier poste que tu appliques et que tu te fais dire ça. On nous tasse. C'est révoltant* (Rose, 53 ans, CH). Non seulement la hausse des exigences pour l'obtention d'un poste de responsabilité crée de l'insatisfaction parce qu'elle modifie de façon drastique la planification de carrière de certaines infirmières, mais cela engendre également des craintes par rapport à l'avenir des infirmières techniciennes. *On va avoir le même problème que les auxiliaires ont eu. Je pense*

qu'on va se faire tasser dans les cordes par les filles qui sont allées à l'Université, à long et à moyen terme (Suzanne, CH). Elles craignent que leurs postes disparaissent, qu'elles soient confinées à des tâches moins intéressantes ou que le choix des postes auxquels elles ont accès deviennent très limité.

Les infirmières manifestent donc des inquiétudes par rapport à plusieurs aspects essentiels de la profession. Alors qu'il serait probable de s'attendre à ce que ces craintes les mobilisent autour d'un but commun, l'analyse des entretiens révèle que les infirmières se sentent plus divisées que jamais et méfiantes vis-à-vis les institutions qui les représentent.

4.2 Se faire reconnaître

Plusieurs éléments qui relèvent du contexte de travail ont rendu difficiles la mobilisation et la solidarité des infirmières. Les séries de supplancements ont multiplié les recompositions d'équipes de soins. Les fusions de départements et de centres hospitaliers ont provoqué, d'une part, la refonte des équipes d'encadrement et, d'autre part, l'émergence de conflits importants dans les unités de soins. Sur plusieurs départements régnait un climat de méfiance, de surveillance, voire d'agressivité, qui rend peu propice l'émergence de mouvements de solidarité. L'arrivée de plusieurs nouvelles infirmières sur un même département a aussi changé la dynamique. Les nouvelles, surtout les jeunes avec peu d'expérience, ont en effet développé des prises de position professionnelles différentes des anciennes; elles ont eu tendance à se conformer davantage aux exigences des supérieurs plutôt qu'à dénoncer des conditions de travail difficiles. Cette situation a créé des tensions avec les anciennes qui ont trouvé difficile de porter les revendications sur leurs épaules sans l'appui de l'ensemble des collègues. Finalement, l'augmentation importante de la charge de travail a également rendu difficile la mobilisation des troupes. La plupart ont préféré concentrer leur temps et leurs énergies à s'occuper des patients.

Dans les témoignages que nous avons recueillis, il est d'ailleurs possible de constater les effets négatifs de l'absence de collectif et de solidarité entre collègues. Les infirmières que nous avons rencontrées parlent abondamment de la solitude au travail, de la perte du sentiment d'appartenance, de l'absence de stratégies collectives. Notre analyse fait d'ailleurs clairement ressortir que le travail d'équipe a cédé sa place à une individualisation de la pratique qui fragilise

individuellement et collectivement les infirmières. Les infirmières ont développé davantage de stratégies individuelles, au prix de leur motivation au travail, de leur sentiment de compétence, de leurs valeurs professionnelles et de leur santé. Cette façon de s'adapter à la nouvelle réalité des soins s'apparente à ce que Carpentier-Roy appelle l'adaptation fragilisante qui, si elle répond à une nécessité, n'en demeure pas moins une source de conflit interne pour l'individu.

Je suis tombée à plat. Plus capable de mettre un pied devant l'autre. C'est aussi insidieux que ça. On est fatiguée, on s'adapte. On s'adapte un peu, jusqu'au jour où je n'étais plus capable de mettre un pied devant l'autre. Alors une bonne journée à 10 heures du matin, je n'étais plus capable. Plus capable de penser, rien, le néant (Marie, CH).

Le contexte de travail ne peut cependant expliquer à lui seul le manque d'unité des infirmières et la perception qu'elles ont de leur force en tant que groupe professionnel. Cette perception d'elles-mêmes en tant que professionnelles de la santé est bien antérieure à la réforme. *On est juste des femmes, on n'obtient jamais rien, tout est décidé d'avance, on ne se tient pas nous les infirmières entre nous, on est des bonnes mères de famille, ils [les supérieurs] savent qu'ils peuvent tout nous demander et qu'on va le faire pour nos patients.* Les infirmières sont par ailleurs toujours devant le dilemme de revendiquer leurs droits, mais au risque de prendre les patients en otage. *C'est ce qui est difficile, le conflit entre ce que tu dois faire et ce que tu peux faire* (Focus group : # 3).

Les infirmières veulent que la valeur et la spécificité de leur profession soient reconnues et c'est par un accroissement de leur pouvoir qu'elles veulent arriver à occuper une position égale aux autres professionnels. Elles semblent cependant avoir une conception du pouvoir qui n'incite pas à s'impliquer activement et de façon soutenue. Elles l'associent à la manipulation, au pouvoir politique et des qualités qui ne sont pas nécessairement valorisées par les infirmières comme l'agressivité, le désir de défendre sa place, le refus d'être conciliante, malgré la reconnaissance de leur importance. C'est peut-être ce qui explique le peu d'intérêt que manifestent les infirmières en général pour la participation aux institutions qui les représentent. C'est peut-être aussi ce qui explique le manque de solidarité décrié par les infirmières qui osent revendiquer fermement. Ces dernières disent : *On se fait traiter de gripette par le groupe, il n'y a personne*

qui m'a soutenu lorsque je suis allée voir le supérieur, je me suis fais ramasser, c'est seulement moi qui ait payé pour toutes les autres (Focus groupe # 5).

Il y a donc des tensions importantes entre celles qui choisissent de se conformer aux exigences et celles qui revendiquent un meilleur sort. Cette tension entre le modèle de l'infirmière dévouée à ses patients et celui de l'infirmière rebelle et combative accroît les difficultés de cohésion au sein de la profession. On ne peut toutefois omettre que les témoignages des infirmières contiennent des marques de solidarité qui font appel au sens des responsabilités des infirmières, à leur capacité d'empathie, même si les conditions difficiles engendrées par les nombreux changements ont parfois rendu difficile cette forme de soutien. *Oui, il y a toujours des petites guerres de gang (...) mais à quelque part si on a une fille qui va mal, on s'aide les filles. Moi je ne pense pas que les infirmières se tapent plus sur la tête que les groupes masculins. (...) C'était pas rare de voir des filles aller consoler d'autres filles à la cafétéria (Focus group # 4).*

Le modèle de l'infirmière est en changement. *Les Florence Nightingale ça n'existera plus* comme l'exprime Nathalie. Les infirmières qui se dévouent entièrement aux patients et qui exécutent, sans se questionner, les consignes du médecin ne représentent plus un modèle acceptable comme le mentionne Édith, (...) *des douces qui se rebellent...*

Ce sont les jeunes qui sont les mieux armées pour le faire. Elles ne s'enfargent pas dans les fleurs du tapis. Je veux dire elles ne font pas l'excédent qui ne serait pas dans leur travail. Elles vont à l'essentiel. Elles sont peut-être plus structurées dans leur travail et ça c'est bien. Chose que nous autres des fois on éloignait pour le confort global du patient. Pas besoin d'aller passer les cabarets. (...) Et se mettre vraiment dans une équipe multidisciplinaire et faire leur place en tant que professionnelles internes et ne pas se laisser marcher sur les pieds. Les jeunes il l'ont ça, il l'ont pas pire ça (...) [Par contre], le rapport avec la clientèle (...) c'est assez rough. C'est ben beau la technique pis tout le bla-bla là mais c'est rough. Ça manque de fini un peu en tout cas (Élyse, CH).

Le discours des infirmières concernant la formation est également paradoxal. À la fois elles prônent la formation universitaire comme solution pour acquérir davantage de reconnaissance auprès de la population et des autres professionnels de la santé : *On se sent regardé de haut. Si on était formé ensemble à l'université, puis on s'était côtoyé dans les facultés, moi je pense que ça aiderait (Suzanne, CH),* à la fois elles critiquent la formation, autant collégiale

qu'universitaire, qu'elles trouvent insuffisante pour assurer la qualité des soins. Elles disent que les infirmières bachelières elles manquent d'expérience et de pratique, qu'elles ne savent pas travailler et que la formation ne peut remplacer les années d'expérience.

Les infirmières opposent la reconnaissance de la formation universitaire à la reconnaissance de l'expérience de travail. Les infirmières voient l'importance de rehausser le niveau de formation des infirmières pour acquérir plus de reconnaissance. Elles ne veulent pas cependant que la formation universitaire devienne une base de hiérarchisation entre les bachelières et les techniciennes, que la formation universitaire soit davantage reconnue que l'expérience de travail dans la pratique quotidienne de leur métier. *Moi j'aime pas le titre infirmière bac, pis infirmière ordinaire. Une infirmière c'est une infirmière, on est capable, on devrait toutes être capables de faire le travail* (Johanne, CH).

Les infirmières reconnaissent en général que les bachelières sont mieux formées pour faire de la gestion et de la planification, mais elles ne possèdent pas les connaissances et l'expérience de travail nécessaires pour occuper des postes cadres dans les soins. L'autorité d'une infirmière bachelière est d'ailleurs souvent contestée lorsqu'elle occupe ce type de poste. Les infirmières constatent d'ailleurs qu'il y a de moins en moins de ressources pour les soins et de plus en plus d'infirmières mobilisées pour faire de la gestion. Les infirmières expérimentées dénoncent le manque de disponibilité qu'elles ont dans le contexte actuel pour transmettre leurs connaissances à la nouvelle génération d'infirmières et craignent que cela nuise à la qualité du travail des jeunes infirmières qui doivent se débrouiller comme elles peuvent pour remplir leurs fonctions. Sans cette transmission de la pratique, plusieurs se questionnent sur ce que sera l'infirmière de demain et ce que deviendra la qualité des soins.

Le discours des jeunes ne rejoint pas tout à fait ces propos. Les jeunes infirmières ne se montrent en effet pas toutes intéressées par l'expérience et la façon de travailler des anciennes. Elles semblent avoir une autre conception du travail infirmier et vont davantage faire appel aux autres professionnels de la santé pour effectuer diverses tâches alors que les anciennes continuent d'effectuer ces techniques et trouvent essentiels de le faire. Ces dernières sont d'ailleurs choquées de constater que les jeunes ne désirent pas apprendre à maîtriser ces techniques, ce qu'elles considèrent comme une perte pour la pratique.

5. Les impacts de la restructuration du réseau de la santé : une analyse comprehensive

5.1 La rupture des communications

Les changements provoqués par la restructuration du réseau de la santé ont été particulièrement intenses. Ils ont été nombreux, rapides et majeurs : changement de mission, fusions d'établissements, réorganisations administratives, déplacements de personnel, incitatifs à la retraite, le tout dans un climat que plusieurs ont qualifié d'improvisé et dominé par les contraintes budgétaires. Au plan humain, les organisations ont été secouées. C'est ce que nous disent, de façon éloquente, les infirmières dans leurs témoignages.

Si ces témoignages nous permettent de juger de l'importance des changements que ce soit en termes de nombre, de durée, de conséquences sur les trajectoires d'emploi et les trajectoires professionnelles tout comme sur les procédures et la mise en opération des nouveaux modes de travail, ils font sentir davantage l'expérience subjective du travail, le vécu quotidien d'un groupe de professionnelles déstabilisées et insécurisées par le contexte, bref sur la signification du changement pour les actrices qui se sont trouvées au coeur du processus. Ainsi, au-delà de l'ampleur de la dimension objective du changement, ce qui a marqué profondément la réalité de travail, ce sont le climat général d'insécurité, le sentiment d'avoir été flouées et non considérées dans la prise de décision qui ont fait plus mal que le changement lui-même. De plus, la recomposition simultanée des équipes d'encadrement et des équipes de soins a certes amplifié les impacts négatifs de la restructuration, situation qui faisait pourtant plus que jamais appel à des décisions critiques qui portaient à conséquences pour l'avenir du réseau et ses ressources. La dynamique des équipes a été profondément bouleversée dans un contexte où il était difficile, du point de vue des infirmières, de maintenir une qualité de relation d'aide auprès des patients et de compter sur la présence et le soutien d'une expertise dans l'accomplissement du travail tant au niveau de la gestion des soins que de celle de la gestion administrative.

Les infirmières tracent les frontières de l'avant et de l'après restructuration. Les critiques de la réorganisation structurelle et la dénonciation virulente de la gestion financière des soins les amènent, en corollaire, à une idéalisation de la pratique infirmière, de ses valeurs et de ses principes et de la vie d'équipe. Les pertes successives de collègues, les changements d'unité de travail, de clientèle, de routine de travail sont vécus comme autant de deuils qui ont effrité progressivement le sentiment d'appartenance et fait émerger des réactions de méfiance, de perte de confiance et de retrait. L'augmentation de la charge de travail provoquée par un alourdissement de la clientèle et par la reconstitution des équipes de travail autour de professionnelles ayant des niveaux de formation et d'expérience différents a accentué les tensions, l'agressivité et l'irritabilité. La fatigue s'est fait ressentir fortement sous le poids de la charge et des années de travail.

Le manque d'information et la rupture de communication ont contribué à l'éloignement de la gestion et de la pratique. Pour les infirmières, il est devenu de plus en plus difficile d'anticiper, de prévoir le changement et ses conséquences sur leur vie professionnelle, familiale et personnelle, bref de comprendre le processus de changement et de développer des stratégies efficaces pour y faire face. Il en est résulté un sentiment de perte de maîtrise de sa situation, un sentiment d'infantilisation parce que non impliquées dans les décisions et le choix des stratégies organisationnelles, une individualisation de la pratique et la perte de motivation au travail.

Ainsi, il ressort de l'analyse 3 dimensions majeures dans la critique du processus de restructuration :

- 1) L'importance de la communication, tant horizontale que verticale, non pas tant pas des supports écrits, publicitaires ou "officiels", que la communication qui s'appuie sur des liens entre les personnes, une présence régulière, des opportunités d'échanges et de discussion, une

ouverture à “entendre” les difficultés vécues et une confiance manifeste envers les personnes qui, sur le terrain, vivent ces difficultés.

- 2) En lien avec la circulation de l’information et la transparence dans la communication, les infirmières auraient voulu comprendre la logique du changement, et non seulement se faire dire des technicalités. Elles considèrent qu’elles ont été infantilisées. En comprenant mal ce qui se passait et les va et vient dans les décisions, il était difficile de développer des stratégies, de bâtir des projets, de construire leur devenir. L’anticipation, la prévisibilité sont des éléments importants pour réagir et supporter le processus de transformation. Elles l’ont répété, elles ne résistent pas au changement lui-même, mais à la façon dont il s’est orchestré. Le sentiment de maîtrise sur son avenir, sur ce qui va arriver est une dimension importante pour la santé.
- 3) Enfin, la valorisation et la reconnaissance en impliquant la base, en soulignant les efforts faits, la qualité du travail accompli malgré les chambardements et en adoptant des procédures d’annonce des changements plus respectueuses des personnes, par exemple dans les processus de supplantation, sont des dimensions fondamentales.

5.2 Les exigences du travail

Le contexte social et économique a profondément changé au cours des dernières décennies. Dans les entreprises, les modes de gestion axés sur la flexibilité prédominent. La recherche de la performance économique, l’accélération du rythme du travail, la compétitivité et l’ajustement serré de la production au flux de la demande, d’abord plus visibles dans les secteurs privés d’activité stimulés par la concurrence internationale, se sont vite répandus dans les secteurs publics et parapublics. Les difficultés économiques des années 1990 ont entraîné des fusions, des coupures budgétaires et nombre de pertes d’emploi. Les formes d’emploi se sont diversifiées et certaines formes de précarité, voire de précarisation du travail, ont pris racine.

Parrallèlement, le vieillissement de la population a fait peser, entre autres, un poids significatif sur les systèmes de santé se traduisant par une demande accrue, un alourdissement des clientèles et, en corrolaire, une croissance importante du coût des services. La nécessité d'une réflexion en profondeur sur les orientations des politiques de santé s'est faite plus pressante. Le choc entre les objectifs de restrictions des dépenses obligés par une économie fragile et les objectifs de redéfinition des orientations du système de santé a été brutal.

Déjà avant la vague massive de mesures de restriction, la pratique des soins en centre hospitalier avait fait l'objet des transformations. L'introduction de technologies, le virage ambulatoire, la formation des jeunes sont des étapes significatives de ce processus. Le monde hospitalier n'est plus sous la gouverne des institutions religieuses, les rapports d'autorité ont changé et les exigences de la main-d'oeuvre se font plus pressantes. La profession infirmière était en questionnement depuis plusieurs années et ses membres embrassaient cette volonté de changement. Plus largement au plan social, l'évolution du rapport des femmes au travail rémunéré, leur présence soutenue sur le marché et au sein des équipes de travail de même que leur expérience professionnelle font en sorte que les revendications pour une amélioration de leurs conditions de travail, de leur statut et des bénéfices liés à l'emploi obligent les instances qui les représentent à plus de vigueur dans leurs actions et stratégies dans un contexte où maintes groupes sociaux et professionnels demandent leur part du gâteau, protègent leur territoire et luttent pour se tailler une place et se faire reconnaître.

C'est donc dans un contexte social déjà difficile qu'a été amorcée la restructuration du réseau de la santé qui a elle-même généré des impacts importants sur l'organisation et la distribution de services. L'accroissement de la charge de travail, plus spécifiquement le mouvement d'intensification du travail qui s'est accentué avec la restructuration a affecté des équipes de travail déstabilisées par de multiples recompositions. Les différences de cultures de travail, de niveaux de qualifications, de statuts d'emploi et de routines de travail ont provoqué un sentiment de perte d'identité et d'appartenance qui ont mis en échec le rapport au travail et fragilisé l'état de bien-être.

Au plan sociologique, on peut donc voir deux niveaux simultanés de changement :

- Un premier directement lié à la transformation du réseau. Ce processus a été particulièrement déstabilisant parce qu'en même temps, des changements majeurs ont été effectués au niveau des équipes de soins et au niveau du personnel d'encadrement. D'une part, au niveau des équipes de soins, l'application de la règle d'ancienneté a entraîné des pertes d'expertise importantes auxquelles s'est ajoutée une réduction des ressources non moins importante. Des personnes habituées à travailler ensemble et qui connaissent le travail à faire peuvent "faire plus avec moins" pendant un temps donné, mais quand tout se désorganise en même temps, la situation devient vite plus compliquée. Ce qui déjà posait un défi pour la gestion s'est amplifié du fait que les gestionnaires ont aussi été déplacés, se sont dits mal informés et manquant de disponibilité pour appuyer et supporter le personnel.

- Mais la transformation du réseau se fait aussi dans un processus de changement social plus large. En même temps, le monde du travail change, la société, les organisations changent, les modes de gestion changent. La gestion axée sur la flexibilité, le "just in time" qui se traduit par plus de travail sur appel, à temps partiel, affecte aussi la gestion des services publics; par ailleurs, la main-d'oeuvre, les rapports hiérarchiques et la formation des jeunes évoluent. Les infirmières formées dans les universités ont une pratique de soins différente, ce qui amène des "conflits" de générations. Finalement, la transformation du réseau a aussi servi à légitimer des transformations à des niveaux beaucoup plus larges et les infirmières ne se sont pas montrées dupes à cet égard.

5.3 Et la santé.....

Pour les infirmières, le rapport au travail, à la profession est un rapport que l'on peut qualifier de « vocationnel » par opposition à un rapport instrumental. Plus qu'un moyen de gagner sa vie, c'est un sentiment d'utilité sociale, une approche empathique axée sur la relation d'aide autour duquel se construit ce rapport et se structure la qualité du travail. Même en voulant se protéger et en essayant de prendre une distance vis-à-vis le travail, ce rapport ne peut être rapidement et complètement inversé. Des tensions émergent, la fatigue se fait sentir et dans les cas extrêmes, l'arrêt de travail s'impose comme le seul moyen de réduire le conflit.

Ce sentiment d'une perte dans la qualité des soins parce qu'elles n'ont plus le temps de fournir un soutien aux patients revient comme un leitmotiv dans le discours des infirmières et particulièrement chez celles qui ont vécu des épisodes d'arrêts de travail. Être infirmière prend une place importante dans leur vie. "Avant", comme elles le disent, elles aimaient leur travail, elles avaient du plaisir à le faire. Le travail a une grande valeur au plan de la reconnaissance par soi et par les autres, il est un référent pour évaluer ses forces et ses faiblesses. L'arrêt de travail se vit comme un échec.

Ces résultats soulèvent des questions sur le sens de l'autonomie et de la latitude décisionnelle, sur les moyens à prendre pour réduire les stratégies d'autointensification qui conduisent à l'épuisement et au sentiment d'échec personnel. L'urgence est de trouver des moyens de resouder les équipes, de reconstruire un sentiment d'appartenance, de retrouver la motivation et répondre à ce besoin pressant de respect et de reconnaissance qu'ont exprimé les infirmières.

6. Tableau-synthèse des résultats de l'analyse qualitative

1. Intensité du changement

■ Dimension objective

- Au plan individuel :

- Quantité/Rapidité/Durée

Exemple : Parmi les infirmières rencontrées, 13/41 seulement n'ont pas vécu de changements au niveau de la structure de travail. Parmi celles qui en ont connus, 18 ont changé d'unité, 16 de clientèle, 11 d'horaire, 16 d'équipe et 18 de supérieur immédiat. Les nouvelles sur les départements et celles qui présentaient un état de santé fragile ont vécu de nombreux changements.

- Procédures de supplantation (délais, façons de faire, bureaucratisation des rapports)

- Au plan organisationnel

- À la fois changement de la structure de soins (personnel, expertise, routines) et changement de la structure d'encadrement (manque de disponibilité des ressources, réduction ou arrêt des mécanismes d'échange)
- Dynamique des équipes (rapports sociaux, soutien, références, ressources décisionnelles)

■ Dimension subjective

- Au plan individuel
- Climat général d'insécurité

Manque d'information, rupture de communication, éloignement de la gestion et de la pratique

Difficulté d'anticiper, de prévoir le changement, bref de le comprendre

Sentiment de perte de maîtrise, d'infantilisation

2. Réactions face aux changements

- Références au passé « Avant.... ») (perte au niveau de la qualité des soins, d'une « famille »)
- Stratégies variées (prendre les devants, au jour le jour, subir, faire son temps)

N.B. Davantage de stratégies individuelles que collectives, peu de soutien organisationnel à différents niveaux (institutions, syndicat, ordre)

3. Contexte hors travail (charges familiales, soutien, intérêts, « l'âge ») (la quarantaine)

4. Contexte de travail

Contexte social et économique	Contexte de la transformation
<ul style="list-style-type: none"> – Mode de gestion (performance, productivité) – Rationalisations budgétaires (coupures, fusions, etc.) – Alourdissement de la clientèle (vieillesse de la pop., mobilité-turn over) – Nouvelles pratiques de soins (technologies, formation des jeunes, virage ambulatoire) – Rapport des femmes au travail rémunéré – Rapport à l'autorité 	<ul style="list-style-type: none"> – Accroissement de la charge de travail (intensification, autointensification) – Recomposition des équipes <ul style="list-style-type: none"> -cultures - statuts d'emploi - qualifications - façons de faire – Perte Identité/Appartenance, Individualisation de la pratique

Exigences sociales/du travail et environnement psychosocial de travail	
Autonomie	Déstabilisation
Responsabilisation	Perte de confiance
Efficacité	Perte de motivation
LATITUDE DÉCISIONNELLE	PRÉCARISATION DU TRAVAIL
MANQUE DE RECONNAISSANCE	
DÉSTABILISATION DU RAPPORT AU TRAVAIL, USURE ET IMPACTS NÉGATIFS SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE	

