

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Liste des tableaux	x
Liste des figures	xi
Remerciements	xii
Introduction.....	1
Partie I : Corpus théorique et recension des écrits	8
1 Le stress, c'est quoi ?	9
1.1 Hans Seyle, précurseur de la notion du stress.....	9
1.2 Les développements des écrits sur le stress.....	9
1.3 Des agents facteurs de stress de natures diverses.....	11
1.3.1 Des caractéristiques personnelles	15
1.3.2 Des indicateurs de stress	19
1.3.3 Des variables modératrices	20
1.3.4 Des conséquences sur la santé de l'individu	23
2 Les modèles et les approches concernant le stress professionnel	25
2.1 Les modèles du stress professionnel	25
2.1.1 Le stress comme réaction.....	25
2.1.2 Stress comme stimulus.....	26
2.1.3 Les théories interactionnistes	30
2.2 Les stratégies d'adaptation, présentation générale	37
2.2.1 Les stratégies dites efficaces.....	40
2.2.2 Les stratégies inefficaces	41
2.2.3 Les stratégies neutres	42
2.3 Discussion autour des modèles et des approches	45
3 Le stress professionnel chez les hommes infirmiers en centre hospitalier.....	49
3.1 L'influence du genre sur le stress professionnel	49
3.2 État global de la situation du personnel infirmier en centre hospitalier.....	53
3.2.1 La réalité du personnel infirmier au Québec	54
3.3 Être un homme et pratiquer le soin	56

3.3.1	Portrait statistique des infirmiers.....	56
3.3.2	Les infirmiers québécois	56
3.3.3	L'état des infirmiers d'aujourd'hui	57
3.3.4	L'influence du genre masculin dans la pratique des soins infirmiers .	59
3.4	Les limites des écrits sur les infirmiers.....	61
3.5	Les soins infirmiers et le soin	63
3.5.1	Les critiques et débats actuels sur le soin et le genre	65
3.5.2	Le rôle des acteurs sur la transformation de la vision genrée des soins infirmiers	68
4	La pertinence de la thèse.....	74
4.1	Pertinence sociale	74
4.2	Pertinence scientifique	77
5	Le cadre théorique et conceptuel.....	81
5.1	Les objectifs de recherche	81
5.2	La psychodynamique du travail.....	84
5.2.1	Origine de la psychodynamique du travail	84
5.2.2	Définition et postulats de la PDT.....	85
5.2.3	L'inscription épistémologique et paradigmatic de la PDT	86
5.2.4	Les différents concepts de la PDT	87
5.2.5	Identité et stratégies défensives appliquées à la population à l'étude	96
	Partie II : Méthodologie et éthique.....	103
6	Méthodologie et éthique.....	104
6.1	La stratégie de recrutement	104
6.2	Les participants	105
6.2.1	Population à l'étude et critères de sélection	105
6.3	Méthode de recrutement	106
6.4	Profil des répondants	108
6.5	Collecte des données.....	110
6.5.1	Entrevues individuelles	110
6.6	Analyse des données	110
6.6.1	Validité des données	111
6.7	Éthique	112
6.7.1	Le consentement libre et éclairé	113

6.7.2	La mise en place de mesures préventives.....	114
6.8	Limites rencontrées lors du projet de recherche	115
Partie III : Résultats et discussions de la recherche		116
7	Résultats et discussion	117
7.1	En lien avec l'objectif 1 : les sources de plaisir et de souffrance au travail 117	
7.1.1	Précisions sur les catégories de sources de plaisir et de souffrance soulevés par les répondants	117
7.1.2	Discussion en lien avec l'objectif 1	130
7.2	En lien avec l'objectif 2 : les moyens utilisés pour composer avec la souffrance au travail.....	134
7.2.1	Les quatre grandes familles de stratégies défensives	134
7.2.2	Discussion en lien avec l'objectif 2	150
7.3	En lien avec l'objectif 3 : L'influence du genre masculin dans la gestion de la souffrance au travail des infirmiers œuvrant en centre hospitalier	156
7.3.1	Genre, pratique infirmière et stratégies défensives.....	156
7.3.2	Discussion en lien avec l'objectif 3	173
8	Discussion générale.....	181
8.1	Discussion globale en lien avec les objectifs et le cadre théorique	181
8.2	L'infirmier qui se porte bien, qui est-il?	186
9	Conclusion générale	189
10	Références.....	196

Liste des tableaux

Tableau 1 Liste des indicateurs de stress selon Brun (2016 : 7)	20
Tableau 2 Les conséquences du stress sur les différents systèmes du corps humain selon Institut universitaire en santé mentale Douglas (2014)	23
Tableau 3 Les principaux éléments du <i>Daily Hassles and Uplifts Scale</i> de Kanner, Coyne, Schaefer et Lazarus (1981).....	29
Tableau 4 Classification des stratégies d'adaptation selon Carver et al. (1989) ...	39
Tableau 5 Classification des approches et modèles du stress	46
Tableau 7 Codes de Cottingham (2014) sur les valeurs traditionnelles et non traditionnelles observées dans les stratégies de recrutement pour hommes infirmiers.....	72
Tableau 8 Principaux concepts de la psychodynamique du travail de Dejours (1993).....	83
Tableau 9 Processus des ressources de résistance générale, tiré de Lindström et Eriksson (2012 : 17)	101
Tableau 10 Sommaire des moyens utilisés selon la méthode de recrutement, chiffre pour la période 2014-2015.....	107
Tableau 11 Profils des répondants.....	109

Liste des figures

Figure 1 Les phases du stress selon Selye (1956).....	25
Figure 2 Stress : cause ou conséquence ?	27
Figure 3 Le modèle de demandes-contrôles de Karasek Jr (1979).....	32
Figure 4 Modèle du stress au travail de Cooper et Cartwright (1994)	35
Figure 5 Le modèle du Job Demands-Resources de Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli (2001).....	36
Figure 6 Interactions entre les concepts de la PDT selon Quick et Tetrick (2003 : 32)	88
Figure 9 Schéma résumé des concepts en action dans l'organisation de travail	182

Remerciements

L'accomplissement de cette thèse n'aurait pas été possible sans le soutien inconditionnel de plusieurs personnes depuis ces dernières années. Tout d'abord, un merci immense à ma conjointe Myriam. Ta foi implacable dans ma capacité de mener à terme cette thèse m'a donné l'énergie dans les moments les plus difficiles de ce parcours doctoral. Je te suis aussi très reconnaissant pour ton soutien indéfectible à couvrir mes arrières lorsque je devais mettre les bouchées doubles pour réussir les différentes étapes de cette thèse. Un chaleureux merci à ma fille Annabelle. Bien qu'elle soit arrivée en fin de parcours, les précieux moments en famille m'ont donné la force nécessaire pour terminer ce doctorat.

Un sincère remerciement à tous les infirmiers ayant généreusement accepté d'offrir leur temps pour ce projet. L'accomplissement de ce projet vous revient. C'est une chance que d'avoir rencontré des hommes dotés d'incroyables valeurs humaines. Ce fut un réel plaisir que de vous avoir côtoyé.

Je ne pourrais passer sous silence ma famille, surtout mes parents et ma sœur, qui ont toujours cru en mes capacités, peu importe les circonstances. Un merci à ma mère, pour m'avoir appris à toujours donner le meilleur de moi-même, ainsi qu'à respecter la personne que je suis. Un merci à mon père, pour m'avoir appris que la persévérance et la conviction permettent d'obtenir n'importe quel rêve que l'on se fixe. Je remercie aussi ma sœur, qui me démontre tous les jours que même les défis les plus ardu斯 peuvent s'accomplir si on s'y applique avec acharnement.

Je ne saurais remercier suffisamment mon directeur de recherche Gilles Tremblay. Ta patience, ton soutien, ton écoute et ta sagesse m'ont permis de me relever à chaque difficulté rencontrée lors de ce parcours doctoral. Plus qu'un directeur, tu es un ami, une personne dont j'admire les valeurs humaines. Encore une fois, merci.

Je tiens aussi à souligner l'incroyable implication des membres du comité de thèse, Normand Brodeur et Bernard Roy. Vos commentaires et conseils ont toujours été très pertinents et réfléchis, et ont contribué à faire de cette thèse un projet plus complet et structuré. Votre passion pour la recherche scientifique est admirable. Un merci à Oscar Labra, pour avoir accepté d'évaluer cette thèse.

Merci à Steve Audet d'avoir contribué à l'accord interjuge, permettant ainsi de renforcer la valeur des résultats de ce projet de recherche.

Aux parrains de ma fille et amis, Jean-Michel et Pierre-Alexandre, qui ont su me changer les idées et toujours me montrer le côté positif de la vie, peu importe ce qui arrive. Vous côtoyer est un plaisir sans cesse renouvelé. À mes amis, qui ont su conserver mon équilibre mental, et qui m'ont rappelé l'importance de rire au quotidien : Maxime, Stéphanie, Mathieu, Pascal, Karine, Mélanie, Germain, Richard, David, Laurie et Pierre-Olivier.

Introduction

L'action de travailler afin d'assurer sa subsistance est une réalité existante chez l'être humain depuis plusieurs millénaires (Pillon et Vatin, 2003). La réalité des travailleurs a connu plusieurs transformations et bouleversements à travers les époques. En effet, au départ, il était reconnu que les conditions de travail étaient plutôt pauvres, voire inexistantes. Les travailleurs œuvraient dans un environnement néfaste et leur santé autant physique que psychologique était mise à l'épreuve tous les jours. Au fil du temps, par des mouvements initiés par les travailleurs et par certaines figures influentes, ces conditions de travail difficiles ont été remises en question. À partir du début du 20^e siècle, des recherches plus élaborées ont vu le jour concernant la santé globale des travailleurs. Bien que les recherches de départ se concentraient davantage sur les conditions physiques des travailleurs, par l'analyse de leur environnement de travail et de ses impacts sur la santé biologique, les recherches portant davantage sur la santé mentale des travailleurs ont émergé de manière plus importante à partir des années 1950.

Depuis, plusieurs études se concentrent sur les impacts d'un environnement de travail néfaste sur la santé psychologique des travailleurs. De ces études ont découlé les notions de stress au travail et d'épuisement professionnel. Au départ, les professions davantage étudiées en regard de la santé psychologique au travail étaient les emplois en relation d'aide (Maslach et Schaufeli, 1993). Par la suite, l'éventail des catégories de travailleurs s'est agrandi, notamment par le constat que le stress au travail est un concept général et non exclusif à certaines professions précises. Toutefois, les professions d'aide restent largement étudiées lorsqu'il s'agit d'évaluer les conséquences du stress au travail sur l'individu.

Plus particulièrement au Québec, depuis les années 1980, des recherches ont vu le jour sur l'état du personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Notamment, parce que le réseau de la santé et des services sociaux a connu plusieurs transformations majeures dans sa structure et son organisation. Ces transformations sont par ailleurs survenues à la suite de l'adoption de plusieurs lois

visant principalement la structuration du réseau de la santé et des services sociaux (Bourbonnais, 2000). Les auteurs de ces études ont souhaité recenser et observer les conséquences de ces transformations sur le personnel soignant, particulièrement le personnel du réseau hospitalier. Les résultats sont clairs : le personnel hospitalier vit plusieurs défis en lien avec ces transformations et le niveau de stress est particulièrement élevé chez les acteurs du réseau hospitalier (Bourbonnais, Brisson et Vézina, 2011). Nommément, il est observé que le personnel infirmier en centre hospitalier constitue le groupe le plus largement touché par les conséquences des transformations du réseau de la santé et des services sociaux, et que les infirmiers et infirmières doivent conjuguer avec une plus importante charge de travail, un manque de personnel constant, une pression de performance élevée et un manque de soutien constant de la part des décideurs. Le fait que le réseau hospitalier soit celui le plus touché justifie d'ailleurs le choix d'étudier les infirmiers dans ce milieu précisément.

Ce portrait négatif s'accentue lorsqu'il s'agit de faire l'état de la situation des hommes décidant de pratiquer les soins infirmiers. En effet, selon certains auteurs, les hommes, de manière générale, vivent le stress d'une façon plus intense que les femmes, faisant en sorte qu'ils sont plus nombreux à partir en invalidité de longue durée que celles-ci (Sherrod, Sherrod et Rasch, 2005). D'autres auteurs rapportent qu'ils sont aussi plus nombreux que les femmes à utiliser des stratégies inefficaces, voire néfastes, pour contrer le stress. Par exemple, ils seraient plus nombreux à surinvestir le travail pour répondre à une trop grande charge de travail, expliquant en partie pourquoi le problème du *workaholism* est davantage présent chez les hommes que chez les femmes (Aziz et Cunningham, 2008 ; Burke, 2002). Plus en lien avec la profession infirmière, certains auteurs relèvent que les infirmiers vivent des défis considérables dès leur entrée dans cette formation (O'Lynn et Tranbarger, 2006). Les étudiants masculins seraient plus à risque d'être stigmatisés par les autres élèves, parfois même les enseignants, et seraient donc plus nombreux à abandonner la formation en soins infirmiers que les femmes (Wolfenden, 2011). La situation ne s'améliore pas lorsque l'infirmier commence sa pratique. En effet, l'infirmier est confronté, toujours selon ces études, au jugement des pairs et de la

clientèle, particulièrement sur le fait qu'ils sont perçus comme étant inadéquats pour pratiquer les soins infirmiers étant donné leur genre masculin (Anthony, 2004 ; Meadus et Twomey, 2007). Plusieurs infirmiers vivraient du stress supplémentaire, car ils ne réussissent pas à trouver une image de l'infirmier qui concorderait avec leur identité masculine. Tous ces défis expliqueraient pourquoi le nombre d'effectifs infirmiers masculin n'augmente pas depuis plusieurs années en Amérique du Nord, atteignant difficilement le seuil des dix pour cent depuis longtemps.

Ce portrait inquiétant de la réalité des infirmiers soutient la problématique abordée dans le cadre de cette thèse. Le but principal de cette recherche consiste à laisser une place aux infirmiers qui se portent bien. Un problème important demeure l'absence de connaissances concernant les éléments positifs et les solutions que les infirmiers adoptent envers la souffrance au travail et le défi de pratiquer la profession lorsque l'on est un homme. En effet, que font les infirmiers qui se portent bien au travail ? Quelles stratégies utilisent-ils ? De quelle manière ces infirmiers organisent-ils une cohérence entre le fait d'être homme et infirmier à la fois ? Autant de questions ayant pourtant peu de réponses dans les écrits scientifiques actuels. Pourtant, accéder à ces réponses s'avère d'une grande importance, car elle permettrait entre autres aux institutions scolaires et aux employeurs d'obtenir des réponses sur les stratégies et les moyens à mettre en place pour recruter plus d'hommes dans la formation en sciences infirmières et pour maintenir les infirmiers en poste par la suite. D'autant plus qu'il est noté que la pénurie du personnel infirmier ne fera qu'empirer, l'heure est maintenant à la recherche de solutions, et non plus au cri d'alarme.

Pour répondre à ce problème, cette thèse s'articule autour de trois objectifs. Premièrement, les sources de souffrance et de plaisir sont compilées auprès des participants. Bien que l'accent soit orienté sur les sources de plaisir, en vue de combler le vide d'éléments positifs en lien avec la situation des infirmiers en centre hospitalier au Québec, les sources de souffrance seront tout de même étudiées, à moindre échelle, afin d'observer s'il y a cohérence ou non avec les écrits scientifiques sur le sujet. Essentiellement, ce premier objectif désire répondre aux

questions suivantes : les sources de souffrances énoncées par les infirmiers sont-elles cohérentes avec les écrits sur le sujet, et malgré ces sources de souffrance, quelles sont les sources de plaisir présentes chez les infirmiers dans leur vie quotidienne au travail ? Pour continuer sur ce besoin d'obtenir le versant positif sur le problème de la souffrance au travail, le deuxième objectif consiste à recueillir les différentes stratégies défensives jugées efficaces pour diminuer les impacts de ces sources de souffrance. Plusieurs catégories de stratégies défensives seront considérées afin d'optimiser le nombre de réponses, donc les stratégies autant personnelles, sociales, que ce soit à l'intérieur du milieu de travail ou non, seront explorées pour répondre à ce deuxième objectif. Sachant que le milieu hospitalier présente des facteurs de souffrance de par sa nature et sa vocation, que développent les infirmiers comme moyens pour se protéger de ces sources de souffrance ? Enfin, le dernier objectif focalise sur le genre masculin, plus précisément sur l'observation de l'influence du genre dans la manière de pratiquer les soins infirmiers et dans le choix des stratégies défensives pour contrer les effets de la souffrance au travail. Les écrits actuels sur le sujet rapportent que les hommes vivent davantage de défis à pratiquer les soins infirmiers étant donné leur genre masculin. L'hypothèse du troisième objectif sous-tend qu'il doit nécessairement exister des hommes qui se sentent adéquats et à leur place dans la profession infirmière. Qu'ont en commun ces hommes, que ce soit dans leur vision de leur masculinité, dans leur façon de travailler ou dans l'interaction entre ces deux éléments, faisant en sorte qu'ils font fi des barrières du genre exprimées dans la littérature scientifique ? De plus, de quelle manière cette cohérence entre le genre et la pratique des soins infirmiers contribue-t-elle à minimiser les impacts des sources de souffrance ? Pour répondre à ce troisième objectif, les répondants ont été interrogés sur plusieurs axes du travail, toujours en lien direct avec le fait d'être un homme. En quoi être un homme influence la manière de pratiquer les soins infirmiers selon eux ? Avec la clientèle ? Les collègues ? Bref, ces trois objectifs, une fois mis en commun, permettent de construire le portrait de l'infirmier typique qui se porte bien au travail, et qui conjugue adéquatement avec les sources de souffrance rencontrées dans sa pratique de la profession.

Avant de décrire la structure de cette thèse plus en détail, un élément important reste à préciser : l'inscription de cette thèse en service social. Bien que certains puissent questionner la pertinence du travail social dans le cadre de cette thèse étant donné la problématique et la population à l'étude, des éléments clés demeurent bien ancrés pour démontrer au contraire la pertinence de cette discipline. Tout d'abord, le milieu d'étude, au-delà des infirmiers en centre hospitalier, concerne les travailleurs et le milieu de travail. Le travail social, bien que moins de nos jours, possède des assises bien réelles dans l'intervention auprès des travailleurs. Plus particulièrement, le travail social organisationnel (*occupational social work* en anglais) a connu une effervescence durant les années 1970 et 1980, principalement aux États-Unis, dont la spécialisation se donne encore dans quelques universités de ce pays de nos jours (Mor-Barak et Tynan, 1993). En bref, le travailleur social organisationnel a comme objectif premier d'observer les interactions entre les différents acteurs dans le milieu du travail, afin de tenter de trouver un équilibre et de favoriser au maximum l'épanouissement des travailleurs. Cette manière d'analyser du travailleur social organisationnel rappelle une des assises de la discipline du travail social, soit l'analyse écosystémique (Bronfenbrenner, 2009). En effet, le marché du travail étant un ensemble de systèmes en interaction (l'employeur, le syndicat, l'équipe de travail, pour ne nommer que ceux-là), le regard du travail social s'avère d'autant plus pertinent dans le cadre de cette thèse. Une autre assise importante du travail social qui est exploitée lors de la présente recherche concerne l'approche basée sur les forces (Vallerie, 2012). En effet, les revues de la littérature indiquant la faible présence d'éléments positifs connus sur les infirmiers dans les écrits scientifiques, l'enlignement donné à cette recherche va y remédier en se concentrant sur les forces des répondants, sur ce qu'ils font de bien, sur ce qu'ils considèrent être des moyens efficaces pour conjuguer avec la souffrance au travail, et ainsi apprécier leur emploi. En bref, puisque cette thèse porte un regard sur les différents acteurs pertinents encadrant le monde du travail des infirmiers en centre hospitalier, ainsi que par l'accent mis sur les forces plutôt que les limites, la pertinence de l'usage du travail social est évidente et bien justifiée.

Enfin, cette thèse souhaite démontrer que le champ de pratique du travail social organisationnel reste encore pertinent et d'actualité dans la réalité du monde du travail. Les écrits scientifiques sur le travail social organisationnel ont été culminants lors des années 1970 et 1980. Ils sont maintenant marginaux. La présente thèse se permet de rappeler que ce champ d'intervention qu'est le travail social organisationnel mérite de ne pas être oublié malgré sa faible prévalence dans la profession. En raison de l'essor de plus en plus marqué dans le milieu de la recherche à trouver les solutions possibles pour diminuer la présence des problèmes multiples de plus en plus importants en milieu de travail, le travail social organisationnel reste une avenue prometteuse pour contribuer à la diminution de ces problèmes.

Maintenant que la pertinence du choix de la discipline du travail social a été mise en lumière, il reste à présenter de quelle manière les objectifs de cette thèse seront structurés dans le présent document. Tout d'abord, la première partie de la thèse recense les écrits scientifiques portant sur le stress au travail. La souffrance au travail étant le problème général étudié, il est important d'élaborer autant que possible sur les modèles et les approches définissant ce problème, car avant de parler des solutions, il faut tout d'abord connaître de quoi on parle. À noter que pour cette première partie, afin de rester cohérent avec les termes employés dans les écrits scientifiques sur le sujet, les termes « stress » et « stress professionnel » seront souvent utilisés. De plus, afin de respecter l'accent porté sur cette thèse à se concentrer sur les aspects positifs, cette partie sur le stress professionnel se termine avec les différentes stratégies d'adaptation identifiées dans les recherches, pour permettre une première présentation des pistes potentielles de solutions pour affronter la souffrance au travail. Par ailleurs, sont aussi présentés dans cette première partie les écrits en lien avec la population à l'étude, soit les infirmiers œuvrant en centre hospitalier, pour enfin terminer avec le cadre conceptuel utilisé pour cette recherche.

Ensuite, la deuxième partie de cette thèse rassemble tous les aspects méthodologiques formant les assises du projet de recherche. La méthodologie générale et les considérations éthiques forment le cœur de cette deuxième partie.

Enfin, la dernière partie de ce document concerne les retombées finales de cette recherche. C'est à l'intérieur de cette partie que les résultats de la recherche sont présentés, ainsi que la discussion scientifique en lien avec les résultats recensés. Une discussion générale reprend ensuite l'ensemble des résultats obtenus et tente de répondre une dernière fois à la question : quel est le portrait global d'un infirmier en centre hospitalier qui se porte bien ? Le présent document termine avec un rappel des faits saillants de l'étude, ainsi que les retombées potentielles, notamment sur le plan de l'intervention et de la recherche.

Partie I : Corpus théorique et recension des écrits

1 Le stress, c'est quoi ?

1.1 Hans Seyle, précurseur de la notion du stress

La notion que l'on connaît aujourd'hui sous le nom de stress s'est popularisée avec le chercheur Seyle (1936), lors de la publication de son premier article portant sur la théorie du syndrome général d'adaptation (SGA). C'est à partir de ce moment que le terme stress a commencé à être utilisé pour définir l'ensemble des réponses du corps à une sollicitation extérieure. Toutefois, ce premier article écrit par Seyle se voulait davantage une introduction sur le sujet qu'une élaboration aboutie. Cette construction plus complète de la définition du stress voit le jour 20 ans plus tard, alors que Seyle (1956) publie un livre sur ses découvertes sur le stress, ainsi que sur les avancées en lien avec sa théorie du SGA. Les recherches de Seyle portent davantage sur l'aspect biologique du stress chez l'individu. En effet, les objectifs de ce chercheur étaient de découvrir les hormones et les neurotransmetteurs en action lors de l'activation du stress, ses recherches ont donc une portée orientée sur les facteurs biologiques et physiques du stress. Bien que cette concentration de la part du chercheur puisse sembler réductrice aujourd'hui, notamment avec les nouvelles recherches concernant les impacts de nature psychologique, émotionnelle et sociale du stress, il reste que la popularité du terme même qu'est le stress a émergé à travers les recherches de Seyle (1936, 1956, 1976).

1.2 Les développements des écrits sur le stress

Pendant plusieurs décennies, les chercheurs dans le domaine du stress ont tenté de démystifier ce qui définit le mieux ce concept, plus précisément l'impact du stress présent à l'intérieur de la sphère du travail, alors nommé stress professionnel. Existe-t-il des variables fixes structurant la sensation de stress professionnel chez l'individu ? Quels acteurs sont impliqués dans sa création et son maintien ? Existe-t-il des solutions universelles au stress dans sa forme générale, ou au contraire chaque individu le gère-t-il de manière entièrement différente ? Bref, ces questions

ne forment qu'un aperçu de l'ensemble des interrogations que les chercheurs se sont posés lors des études antérieures sur le stress et le stress professionnel. Ainsi, dans sa recension des écrits, Alderson (2004a : 262) résume cinq éléments récurrents constatés dans le cadre des recherches sur le stress :

Les chercheurs dans le domaine du stress du travail ont ainsi développé un certain nombre de modèles du stress professionnel faisant tous apparaître, à quelques nuances près, les éléments suivants : 1) des agents facteurs de stress de natures diverses [...] ; 2) des caractéristiques personnelles [...] 3) des indicateurs de stress [...] ; 4) des variables modératrices [...] et enfin 5) des conséquences sur la santé de l'individu [...].

Ces cinq éléments formant l'un des rares consensus sur les différentes théories et approches sur le stress, les prochaines pages de cette section les aborderont plus en détail. Comme la problématique étudiée à l'intérieur de cette thèse se centre sur le stress professionnel, les exemples et les liens rapportés dans les prochaines sections se rapporteront sur le travailleur et son milieu de travail. De plus, ces cinq éléments étant récurrents dans les études passées sur le stress, il appert essentiel d'en tenir compte lors de l'analyse des résultats de cette présente recherche. Une description de ces cinq variables semble donc pertinente afin de constater s'il y a similitude entre ce qui s'est écrit et ce qui s'est observé dans le cadre de cette recherche sur les éléments composant le stress professionnel.

Il est à noter, avant de passer à la section suivante, que le stress n'est pas uniquement négatif. Le stress, à son état le plus simple, déclenche la réaction de lutter ou de fuir une situation jugée dangereuse (Seyle, 1976). Dans une telle situation, c'est le stress qui donne l'énergie supplémentaire suffisante à un individu pour être capable de se sortir d'une telle situation. Il y a aussi les stress positifs, tels qu'une personne qui reçoit un cadeau pour son anniversaire, ou encore un couple lors de la journée de son mariage. Le stress devient néfaste s'il ne survient pas à un moment opportun, ou s'il survient malgré l'absence de danger. L'intensité et la régulation du stress forment deux autres éléments importants à prendre en considération dans l'impact potentiel du stress chez un individu. Par exemple,

recevoir une promotion peut amener un stress positif, soit être heureux d'être reconnu et apprécié, mais les nouvelles fonctions peuvent amener un stress négatif, amenant des conséquences telles que le travailleur ayant reçu une promotion fait des attaques de panique à cause des exigences reliées à son nouveau poste. Bref, le stress est un concept complexe et les prochaines sections, portant sur les cinq éléments d'Alderson (2004a), donnent un premier aperçu de toute cette complexité.

1.3 Des agents facteurs de stress de natures diverses

Les agents stresseurs concernent les différentes sources dans lequel baigne l'individu au quotidien de ses journées. Sous sa plus simple expression, il existe deux types d'agents stresseurs selon le Centre d'étude sur le stress humain (CESH : 2015) : les stresseurs physiques et les stresseurs psychologiques. Les stresseurs physiques englobent les situations amenant une contrainte sur le corps, par exemple travailler dans un milieu où la température ambiante est très froide ou très chaude, ou encore lorsqu'un travailleur subit une blessure sur son poste de travail. Pour leur part, les stresseurs psychologiques peuvent provenir de situations, d'évènements ou de personnes que le travailleur interprète comme négatifs ou sources de tension. Un patron tyrannique ou un collègue qui médit sur un travailleur sont deux exemples d'agents stresseurs psychologiques.

Avec le temps, les chercheurs du CESH ont peaufiné ces deux catégories du stress, en ajoutant les agents stresseurs dits « absous » et ceux étant plutôt « relatifs ». Les agents stresseurs de nature absolue sont perçus comme stressants pour tout le monde ayant à les vivre. Par exemple, un incendie majeur ou une catastrophe naturelle, comme un tremblement de terre. Les agents stresseurs de nature relative sont davantage subjectifs, liés à la perception qu'a l'individu de la situation. Par exemple, la charge de travail peut être un agent stresseur relatif, car pour une même charge de travail, un travailleur peut ne pas ressentir de stress, tandis qu'un autre

peut, au contraire, ressentir énormément de tensions de cette même charge de travail.

Cela dit, tout agent stresseur possède un des quatre ingrédients universels, qu'il soit absolu ou perçu. Un seul ingrédient est nécessaire pour que la situation soit source de stress. Plus les ingrédients sont présents de manière simultanée, plus l'intensité du stress est grande. Ces quatre ingrédients sont : 1) le contrôle faible, 2) l'imprévisibilité, 3) la nouveauté et 4) l'égo menacé. Le contrôle faible réfère à l'incapacité que peut ressentir le travailleur à trouver des solutions ou des moyens pour composer avec la source de stress. L'imprévisibilité, pour sa part, survient lorsque le travailleur reçoit une nouvelle fonction, ou une nouvelle tâche, sans en avoir été averti. Un imprévu, comme un nouveau client ou un bris mécanique, se classe dans le domaine de l'imprévisibilité. La nouveauté concerne une situation pour laquelle le travailleur doit composer avec une tâche qu'il n'a jamais faite. Enfin, l'égo menacé survient lorsque les compétences du travailleur sont remises en question, ou encore que la tâche demandée dépasse volontairement les compétences du travailleur. Par exemple, un gestionnaire remettant un contrat trop ambitieux à son employé dans l'objectif de le ridiculiser lors de son évaluation trimestrielle est une forme d'égo menacé.

Pour leur part, Dolan et Arsenault (2009) divisent les agents stresseurs ayant un impact sur le travail et son organisation en trois catégories : les agents stressants individuels, les agents stressants extraorganisationnels et les agents stressants intraorganisationnels. Les agents stressants individuels concernent l'ensemble des facteurs propres à l'individu qui façonnent en partie sa vulnérabilité ou sa résistance au stress. Ces facteurs peuvent être les valeurs, les compétences, les besoins personnels, les traits de personnalité et les objectifs personnels de carrière. Ce point est abordé dans la section suivante de ce travail, nommée « Des caractéristiques personnelles ». Les agents stressants extraorganisationnels sont les agents étant à l'extérieur du milieu de travail. Ces agents peuvent être de nature politique, socioéconomique ou familiale. Une situation financière difficile, ou des conflits conjugaux, peuvent avoir des répercussions sur le travail d'un individu, que ce soit

par une baisse de motivation, une réduction de la productivité, un état de fatigue accru ou encore une hausse des conflits interrelationnels. Cette relation entre vie personnelle et travail est aussi inversement influencée, soit que les stress vécus au travail peuvent avoir des répercussions sur la vie familiale et financière d'un individu. Ces différents stress font partie de la dernière catégorie d'agents stresseurs, soit les agents stresseurs intraorganisationnels. Une plus grande attention est portée à cette dernière catégorie, celle-ci retenant l'attention de plusieurs auteurs sur le stress en soins infirmiers (Mark et Smith, 2012 ;Rochlen, Good et Carver, 2009;), soit l'identification des agents stresseurs présents chez les infirmiers travaillant en centre hospitalier. Dolan et Arsenault (2009) divisent les agents stresseurs intraorganisationnels en quatre sous-catégories, soit les agents stresseurs physiques (ASP), les agents stresseurs individuels (ASI), les agents stresseurs collectifs (ASC) et les agents stresseurs organisationnels (ASO).

Les ASP représentent tout ce qui concerne le milieu physique du travail. Par exemple, il est reconnu qu'un milieu de travail peu éclairé, trop éclairé ou bruyant apporte des répercussions néfastes sur la santé des travailleurs, par exemple des maux de tête, des problèmes de vision, ainsi que de la frustration et une perte de motivation. Il en est de même pour un espace de travail dont l'organisation spatiale n'est pas adaptée à la tâche exigée. Les conséquences d'un manque d'ergonomie, soit une surrépétition de mouvements à faire, entraînent une augmentation de l'effort à donner par le travailleur, ainsi qu'une hausse du temps demandé pour faire la tâche.

Les ASI englobent la relation entre le travailleur et ses tâches. On retrouve quatre grands ASI selon Dolan et Arsenault (2009) : 1) la surcharge de travail, 2) le conflit des rôles, 3) l'ambiguïté des rôles et 4) les divergences avec les objectifs professionnels. La surcharge de travail survient lorsque le travailleur ne peut accomplir les tâches demandées dans le temps prescrit. Cette surcharge de travail peut être réelle ou perçue, mais, dans les deux cas, elle entraîne une baisse de motivation et de l'estime de soi chez le travailleur. À noter qu'une faible charge de travail peut amener des conséquences similaires, en plus de l'ennui et d'un

sentiment de dévalorisation. Pour sa part, le conflit de rôles se retrouve lorsque le travailleur reçoit des tâches contradictoires de la part de ses supérieurs, ou encore lorsqu'une tâche demandée entre en conflit avec les valeurs personnelles du travailleur. Un trop grand conflit de rôles entraîne principalement un sentiment d'anxiété pour le travailleur. L'ambiguïté des rôles survient dans les situations où la description des tâches demandées est vague et imprécise. Le travailleur n'est donc pas en mesure de savoir quelle tâche mettre en priorité ni quand exactement il aura réellement terminé ce qu'on lui a demandé de faire. Un milieu de travail ayant une trop grande ambiguïté dans ses tâches a pour effet d'avoir des travailleurs démotivés et désengagés dans la prise de décision. Enfin, les divergences avec les objectifs professionnels représentent l'adéquation entre les ambitions du travailleur et les possibilités de réaliser celles-ci dans le cadre de son emploi. L'augmentation de salaire, les possibilités d'avancement et le perfectionnement académique en sont des exemples. Au contraire, un travailleur œuvrant dans un milieu de travail ayant une forte insécurité d'emploi, ou encore une impossibilité d'avancement, est à risque de vivre de l'anxiété et de la frustration, pouvant mener à la dépression.

Les ASC structurent les stresseurs provenant de la relation entre le travailleur et ses collègues. Les quatre stresseurs principaux faisant partie de ce groupe, selon Dolan et Arsenault (2009) sont : 1) le manque de cohésion, 2) les conflits de groupe, 3) le climat au sein du groupe, ainsi que 4) la pression exercée par le groupe. Le manque de cohésion représente l'incapacité du groupe à travailler harmonieusement ensemble pour accomplir les tâches demandées. Les conflits de groupe concernent l'incapacité du groupe à s'entendre sur une marche à suivre, que ce soit sur les plans des techniques de travail, des objectifs à atteindre, de la priorisation des tâches ou de la division des tâches entre les membres. Les conflits de groupe affectent le climat du groupe, qui représente l'ambiance ressentie par les travailleurs dans leur équipe. Les non-dits et l'image que chaque membre du groupe se fait de son équipe affectent le climat du groupe. Enfin, la pression du groupe représente les exigences excessives que peuvent mettre certains membres sur d'autres dans leurs tâches. La pression peut être exercée sur la manière de faire le travail ou sur la priorisation des tâches. Cela dit, la pression du groupe devient néfaste lorsque

certains membres se sentent lésés dans leurs valeurs ou leurs croyances vis-à-vis la manière d'accomplir le travail.

Les ASO sont l'ensemble des stresseurs provenant de l'organisation dans son ensemble. Quatre agents principaux sont inclus, soit : 1) le climat et la taille de l'organisation, 2) le modèle hiérarchique, 3) la présence de la technologie ainsi que 4) les échéances irrationnelles (Dolan et Arsenault, 2009). Le climat et la taille de l'organisation se reflètent par les valeurs organisationnelles, l'importance qu'accorde ou non l'employeur à la santé et à la sécurité de ses travailleurs, ainsi que le style de gestion choisie, pouvant aller de permissif à tyrannique. Les stresseurs potentiels dans le modèle hiérarchique surviennent lorsque la distribution des pouvoirs est déséquilibrée et inégale. Lorsqu'un travailleur perçoit que son rôle à l'intérieur de l'organisation a peu d'importance, ou que sa participation dans les décisions d'entreprise est nulle, celui-ci peut alors ressentir une baisse de motivation et se désengager graduellement de ses fonctions. La technologie peut être un aspect positif, mais aussi négatif. Si la technologie permet d'améliorer et de simplifier l'exécution du travail, elle est alors positive. Toutefois, l'absence de technologies aidantes, ainsi qu'une mauvaise formation des travailleurs dans l'utilisation des technologies implantées, créent plutôt du stress et de l'insatisfaction chez les travailleurs. Enfin, les échéances irrationnelles surviennent lorsque l'employeur établit des objectifs qui sont démesurés et impossibles à atteindre dans les délais prescrits. Un débordement entre les objectifs et les délais entraîne un sentiment d'échec et de désespoir sur l'ensemble des travailleurs de tous les paliers hiérarchiques de l'entreprise.

1.3.1 Des caractéristiques personnelles

Plusieurs recherches se sont intéressées à identifier les caractéristiques personnelles pouvant faciliter l'adaptation au stress et donc minimiser ses impacts négatifs sur l'individu. Les résultats à ce sujet sont encore embryonnaires et le consensus est loin d'être établi entre les chercheurs sur ce qui représente une caractéristique personnelle fiable, soit qu'elle puisse être généralisable à l'ensemble des travailleurs et stable dans le temps. Toutefois, l'ensemble de la littérature

scientifique s'entend globalement sur la théorie du « *Big Five* » élaborée par Goldberg (1990). Cinq grands traits de personnalité ont été nommés comme jouant un rôle important dans la relation qu'entretient un individu face au stress : 1) le névrosisme, 2) l'extraversion, 3) l'amabilité et 4) la scrupulosité et 5) l'ouverture à l'expérience. Il faut voir ces cinq traits comme étant un continuum, et non une valeur fixe, dans le sens que, par exemple, un faible niveau de stabilité émotionnelle fait en sorte qu'un individu est plus enclin à vivre difficilement le stress, alors qu'au contraire, une personne avec une forte stabilité émotionnelle est en mesure de composer aisément avec ce même stress. Ces cinq traits de personnalité étant les plus étudiés dans les stratégies contre le stress, il appert important de les aborder plus en détail.

Le névrosisme se définit, selon Bakker, Van Der Zee, Lewig et Dollard (2006) comme étant la tendance à ressentir les émotions négatives, telles que l'anxiété, la colère ou la dépression. Pour ce trait de personnalité, plus une personne possède un haut pointage en névrosisme, plus cela signifie qu'elle ressent les émotions négatives avec une forte intensité. Les conséquences d'un fort névrosisme résultent en une aggravation dans la perception des événements négatifs. De plus, les sentiments négatifs ressentis lors d'un évènement difficile ont aussi tendance à durer plus longtemps chez une personne ayant un score élevé de névrosisme. Au contraire, une personne ayant un pointage faible en névrosisme se laisse moins emporter par les émotions négatives. Ces personnes sont plus calmes devant une situation négative et sont alors plus à même de prendre des décisions rationnelles qu'une personne ayant un fort névrosisme. Mention importante : ce trait de personnalité n'inclut que les émotions négatives. La fréquence des émotions positives n'est pas rattachée à ce trait, mais plutôt à celui de l'extraversion. Une personne peut donc avoir un fort pointage en névrosisme, mais être tout de même capable de ressentir et de vivre des émotions positives.

L'extraversion est la propension d'un individu à rechercher la compagnie des autres (Goldberg, 1990). Les extravertis préfèrent être parmi les gens et s'engagent plus intensément dans leurs relations interpersonnelles. Ce sont des personnalités

normalement positives et enthousiastes. À l'opposé, les introvertis sont davantage réservés et tranquilles. Les personnes avec un fort niveau d'introversion ne recherchent pas la présence des autres, non pas parce qu'elles sont gênées, mais tout simplement parce qu'elles n'ont pas besoin de la même stimulation interpersonnelle que les extravertis (Goldberg, 1990).

L'amabilité représente la capacité d'empathie et de coopération d'une personne avec les autres (Goldberg, 1990). Un haut niveau d'amabilité se reflète souvent chez un individu qui est optimiste de nature. Ces personnes sont aussi convaincues que les autres sont fondamentalement bons, et qu'ils sont alors honnêtes et dignes de confiance. Au contraire, les individus ayant un faible niveau d'amabilité sont davantage méfiants envers les autres. Ils ont plutôt tendance à se soucier de l'intention derrière les bonnes actions que peuvent avoir les autres à leur égard. Ces personnes avec un faible pointage en amabilité privilégient leurs objectifs personnels au détriment de la bonne entente et du travail d'équipe. Il va sans dire qu'une personne ayant un fort pointage en amabilité travaille mieux en équipe et est davantage appréciée par ses pairs. Toutefois, ce trait de personnalité n'a aucune influence sur la capacité de prendre des décisions importantes. Parfois, une personne avec un faible pointage en amabilité est plus apte à mettre une distance avec les émotions difficiles parfois ressenties lors d'une décision ayant de lourdes conséquences. Ce trait, comme les deux précédents, n'est ni tout blanc, ni tout noir.

Toujours selon Goldberg (1990) la scrupulosité représente la maîtrise d'une personne sur ses impulsions, afin de les orienter vers les meilleurs choix pour accomplir ce qui doit être fait. Au travail, cela se traduit par une personne organisée, méticuleuse et qui prend le temps d'analyser les retombées de ses choix afin de prendre celui lui permettant d'atteindre le mieux l'objectif à long terme. Une bonne scrupulosité entraîne une attitude positive de la part des collègues qui considèrent alors la personne comme fiable et efficace. Toutefois, une trop forte scrupulosité peut aussi faire des individus trop centrés sur la tâche, ils peuvent alors être perçus comme ennuyeux par leurs collègues. Cette caractéristique poussée à l'extrême

peut amener la personne à être un bourreau de travail avec un niveau de perfectionnisme exagéré.

Le dernier trait, l'ouverture à l'expérience, se dénote chez les individus par une curiosité naturelle, une sensibilité aux émotions d'autrui et une ouverture envers les plans et idées innovantes (Goldberg, 1990). Un travailleur avec une grande ouverture à l'expérience est sensible à l'attachement émotif de ses collègues envers leur travail, sait s'adapter en cas d'imprévu et laisse une place aux idées parfois inhabituelles de ses pairs dans les choix de solutions à une situation problématique. Au contraire, une personne ayant un faible niveau d'ouverture à l'expérience est davantage renfermée, préfère utiliser les moyens déjà connus et éprouvés par le passé. Ce sont des personnes généralement plus pragmatiques, qui laissent peu de place aux sentiments d'autrui. Bien que cela puisse paraître foncièrement négatif, un faible niveau d'ouverture à l'expérience s'est révélé utile dans certaines professions, par exemple les policiers et les vendeurs au détail. Une forte ouverture à l'expérience est davantage bénéfique chez des personnes travaillant dans le domaine de la recherche et de l'enseignement.

Outre la théorie du *Big Five* de Goldberg (1990), Kobasa, Maddi et Kahn (1982), de même qu'Antonovsky (1979) ont, à partir de leurs recherches, élaboré des modèles de personnalités résistantes au stress. Ainsi, Kobasa et ses collaborateurs (1982) ont identifié que les individus ayant une personnalité vigoureuse (de l'anglais *hardiness*) résistent le mieux au stress du travail. Trois concepts structurent la personnalité vigoureuse : 1) l'engagement, 2) le sentiment de contrôle et 3) la recherche du défi. Selon cette équipe de chercheurs, l'engagement signifie la perception que le travailleur a de son travail, notamment que ce qu'il fait est pertinent, nécessaire et bénéfique à plus grande échelle. La sensation de contribuer à la société rendrait le travailleur plus résistant au stress. Le sentiment de contrôle - le mot sentiment étant important - est atteint lorsque le travailleur considère qu'il a les outils nécessaires pour affronter les difficultés présentes et futures de son travail. Ce sentiment de contrôle confère une assurance au travailleur, lui permettant d'affronter davantage de situations stressantes. Enfin, la recherche de défi s'exprime

par la recherche d'opportunités ou le désir de s'améliorer dans le cadre de son travail. Les travailleurs ayant un fort besoin de défi croient davantage que la normalité au travail se traduit par un changement quotidien, et non une stabilité. Le besoin de se renouveler ou de trouver de nouvelles solutions à l'intérieur de son travail n'est pas perçu comme stressant pour le travailleur qui a un fort besoin de défi.

Pour sa part, Antonovsky (1979) constate que les travailleurs qui se portent bien possèdent comme variable commune un haut sens de cohérence envers leur travail. Par sens de cohérence, il entend la capacité du travailleur de structurer son travail pour qu'il soit en adéquation constante avec ses valeurs et ses croyances. Selon Antonovsky (1979), il s'agit d'un exercice cognitif par lequel le travailleur effectue une réévaluation constante du cadre global de son travail afin de se maintenir dans ce sentiment de cohérence.

Des chercheurs ont combiné les deux traits apportés par l'équipe de Kobasa (1982) et par Antonovsky (1979) afin d'évaluer la capacité d'adaptation au stress de différents groupes de travailleurs. Le constat est que tous ceux présentant une forte corrélation de ces deux traits présentent une excellente santé globale et une faible vulnérabilité au stress professionnel.

1.3.2 Des indicateurs de stress

Les indicateurs de stress composent un ensemble des comportements et des attitudes d'une personne pouvant donner un indice sur son niveau de stress (Brun, 2016). Les indicateurs diffèrent des conséquences sur la santé de l'individu par le fait que les indicateurs sont plutôt des changements progressifs dans les habitudes et les attitudes quotidiennes de l'individu. Toutefois, les indicateurs peuvent perdurer dans le temps et s'intensifier, exerçant alors des conséquences sur la santé. Par exemple, un travailleur s'isolant de plus en plus de son réseau social et qui vit une perte graduelle d'intérêt dans ses activités (deux indicateurs comportementaux) peut finir par vivre une dépression (conséquence sur la santé). Quant à la liste des indicateurs, Brun (2016) les regroupe en trois catégories (physiques,

psychologiques et comportementaux) dont il dresse un tableau simple, mais complet :

Tableau 1 Liste des indicateurs de stress selon Brun (2016 : 7)

Physiques	Psychologiques	Comportementaux
<ul style="list-style-type: none"> — Migraines — Problèmes de sommeil — Tensions musculaires — Problèmes de poids — Désordres gastro-intestinaux — Haute tension artérielle — Allergies — Haute teneur cholestérol — Affections dermatologiques 	<ul style="list-style-type: none"> — Humeur dépressive — Désespoir — Ennui — Anxiété — Pertes de mémoire — Insatisfaction — Frustration — Irritabilité — Découragement — Pessimisme 	<ul style="list-style-type: none"> — Absentéisme — Toxicomanie — Consommation abusive de médicaments — Problèmes sexuels — Impatience — Agressivité — Troubles alimentaires — Baisse de créativité et d'initiative — Problèmes de relations interpersonnelles — Sautes d'humeur fréquentes — Contacts superficiels — Diminution de la tolérance aux frustrations — Désintérêt — Isolement

1.3.3 Des variables modératrices

La littérature scientifique portant sur le stress professionnel tient compte de la présence de variables modératrices du stress, soit des variables qui minimisent l'impact du stress sur un individu (Raschle et Irachabal, 2001). Plusieurs variables ont été étudiées afin de voir si elles se qualifiaient comme variables modératrices fiables, par exemple l'âge et le sexe de la personne (Beehr, Farmer, Glazer,

Gudanowski et Nair, 2003). À travers l'ensemble des études, une variable en particulier démontre une fiabilité à l'épreuve du temps et des différents groupes de travailleurs : le soutien social (Cobb, 1976 ; Cohen et Wills, 1985 ; Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, 1996). Bien qu'il existe de multiples définitions du soutien social, il peut être présenté de manière générale comme étant l'ensemble des comportements venant des proches d'un individu pour l'aider à affronter une situation stressante (Devereux, Hastings, Noone, Firth et Totsika, 2009). Spécifiquement appliqué au milieu du travail, le soutien social est défini par l'Association paritaire pour la santé et sécurité du travail (2013: 3) comme :

Ce qui permet à une personne de se sentir l'objet d'attention et d'affection, et de développer un sentiment d'appartenance à son milieu de travail. C'est l'assistance dont elle peut bénéficier au sein de son groupe de travail et qui peut atténuer les effets négatifs d'événements et de conditions de travail. Mais c'est aussi une ressource positive essentielle pour l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Dans les écrits sur le soutien social, deux grandes formes de soutien social sont identifiées : 1) le soutien structurel et 2) le soutien fonctionnel (Lupien, 2010). Selon cet auteur, le soutien social structurel est davantage quantitatif, en ce sens qu'il représente le nombre de personnes ressources disponibles à un individu, ainsi qu'à la fréquence des interactions qu'il a avec ces mêmes personnes ressources. À l'intérieur du soutien social structurel est incluse la mesure d'intégration sociale, qui fait référence au statut matrimonial, au niveau d'appartenance à un groupe et à la fréquence des contacts de nature sociale d'un individu. Par ailleurs, le soutien social fonctionnel forme le volet qualitatif du soutien social, en faisant référence à la qualité de l'ensemble des relations qu'une personne entretient. Cette qualité dans les relations avec ses proches peut se manifester par différents vecteurs, ce que Leruse, Di Martino, Malaise et Fircket (2004) regroupent en quatre dimensions : 1) le soutien émotionnel, qui se manifeste par l'engagement empathique d'un proche sur les difficultés émotionnelles vécues par l'individu ; 2) le soutien d'estime, qui passe par la reconnaissance de l'individu dans ce qu'il est, tel que ses croyances, ses valeurs, ses pensées ; 3) le soutien informationnel, qui regroupe l'ensemble des idées ou des conseils qu'apporte le réseau social pour aider l'individu à choisir la meilleure

option possible en lien avec une situation problématique ; enfin, 4) le soutien instrumental, qui regroupe l'ensemble des aides matérielles et financières apportées par le réseau social.

Au travail, le soutien social passe principalement par les collègues et les supérieurs hiérarchiques. Trois formes de soutien social propres au milieu de travail sont répertoriées : 1) instrumental, 2) informationnel et 3) émotionnel (Ruiller, 2008). Selon Ruiller, le soutien instrumental concerne une aide directe apportée au travailleur pour l'aider dans sa tâche. Cela peut se refléter, par exemple, lorsque deux infirmiers s'entraident dans l'accomplissement du plan de travail qu'ils ont durant la journée. Le type de soutien de la part du supérieur se verrait plutôt dans l'offre de moyens afin de simplifier l'exécution des tâches. L'achat d'une nouvelle machine facilitant les techniques de soins, ou encore d'un logiciel plus performant, par exemple pour faciliter l'inventaire de la médication, sont des exemples d'un soutien social instrumental de la part du supérieur hiérarchique. Pour le soutien de type informationnel, ce n'est pas tant une aide directe, mais plutôt une offre d'information pour guider le travailleur. Un infirmier ayant plusieurs années d'expérience qui donne des conseils à un infirmier ou infirmière nouvellement embauchée sur des moyens pour simplifier ses tâches en est un exemple. De la part des supérieurs, ce type de soutien arrive lorsque le personnel infirmier est confronté à un dilemme éthique ou légal, par exemple, qui exige une décision de la part de ses supérieurs. Un supérieur présent, disponible, qui prend des décisions adéquatement et les transmet sans délai à son personnel fait usage d'un bon soutien social informationnel. Enfin, la dernière forme de soutien, celui de type émotionnel, est similaire au type de soutien social émotionnel défini plus haut, mais appliqué directement pour les besoins du milieu de travail. Par exemple, lorsqu'un infirmier ventile à un de ses collègues sur une situation stressante qu'il a vécue et que ce collègue prend le temps d'écouter l'anxiété ou la détresse qu'il ressent, il fait preuve de soutien émotionnel. De la part des supérieurs, un patron qui est disponible et à l'écoute de ses employés lors d'une phase de transition et d'incertitude de l'entreprise fait preuve de cette même forme de soutien social.

1.3.4 Des conséquences sur la santé de l'individu

Les conséquences sur la santé découlent en quelque sorte du résultat des indicateurs de stress qui agissent depuis trop longtemps sur le travailleur, qui augmentent en intensité et dont aucune mesure n'a été prise pour y mettre fin (Brun, 2016). Les conséquences sur la santé sont multiples, car elles agissent à différents plans sur l'organisme humain. À ce sujet, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (2014) dresse une liste simple, exposant bien les conséquences multiples du stress sur l'individu, divisée de la manière suivante :

Tableau 2 Les conséquences du stress sur les différents systèmes du corps humain selon Institut universitaire en santé mentale Douglas (2014)

Système affecté	Exemple de conséquence
Dermique	Eczéma
Cardiovasculaire	Hypertension
Cognitif	Troubles de mémoire
Pulmonaire	Asthme
Psychique	Troubles anxieux
Neurologique	Maux de tête chroniques
Immunologique	Infections
Gastro-intestinal	Ulcères

Pour terminer cette section concernant les éléments théoriques de base du stress, un constat émane : le stress forme un problème complexe, multifactoriel, qui implique plus que l'individu qui en souffre, qui peut varier en intensité selon la perception qu'en fait une personne et qui peut avoir des conséquences graves sur la santé physique et la santé mentale. Les cinq points communs résumés par Alderson (2004a) émanant des différents modèles existant dans les écrits sur le stress forment en quelque sorte la pierre d'assise des éléments de base dont l'ensemble des chercheurs s'entendent dans ce qui devrait se retrouver dans les recherches sur le stress. Rappelons que ces cinq éléments sont : 1) les divers agents facteurs de stress, 2) les caractéristiques personnelles, 3) les indicateurs de stress, 4) les variables modératrices et enfin 5) les conséquences sur la santé. Le consensus n'est toutefois pas aussi simple lorsqu'il s'agit de s'entendre sur un

modèle théorique expliquant adéquatement le stress professionnel dans son ensemble. La prochaine section s'attarde précisément sur les différents modèles théoriques qui ont été élaborés à travers les années, ayant comme objectif de démystifier et de comprendre le stress professionnel dans sa globalité.

2 Les modèles et les approches concernant le stress professionnel

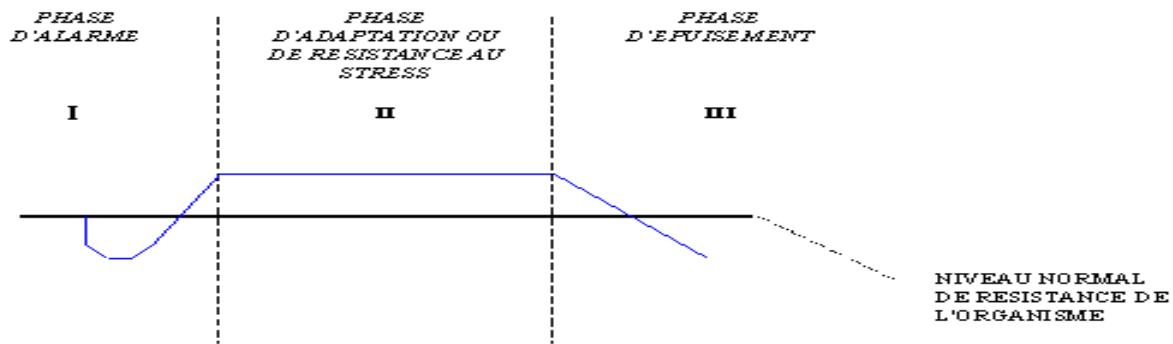
2.1 Les modèles du stress professionnel

Les théories tentant d'expliquer les causes et conséquences du stress professionnel sont nombreuses. Il est possible de les diviser en trois grands courants de pensée : le stress comme réaction, le stress comme stimulus et enfin les modèles interactionnistes du stress.

2.1.1 Le stress comme réaction

Cette théorie, principalement chapeautée par Selye (1956), voit le stress comme une réponse de l'organisme envers les exigences de l'environnement. La réponse serait universelle, et non spécifique à l'agent agresseur. Selye développe cette théorie du syndrome général d'adaptation (SGA), qui se présente en trois phases, comme le démontre le graphique suivant :

Figure 1 Les phases du stress selon Selye (1956)



Premièrement, la personne entre dans la phase d'alarme. Cette phase survient lorsque la personne est mise en présence d'une nouvelle situation, ou ce que Selye (1956) appelle un « agent stresseur ». Devant cet agent, la personne entame la deuxième phase, au cours de laquelle elle va choisir entre s'adapter à la situation ou plutôt l'affronter. Enfin, la dernière phase concerne la phase d'épuisement ; c'est alors que la personne revient à un état inférieur de stress. Cela peut arriver à la suite

de deux situations : soit la personne a réglé le problème, soit elle n'a pas réussi, mais le corps a « flanché » sous la pression induite par le stress. Les symptômes d'épuisement apparaissent justement à la suite de ce dernier exemple, lorsque le corps ne trouve plus de réponse pour arrêter la situation problématique.

Plusieurs critiques ont été émises à la suite de cette première théorisation du stress. Tout d'abord, plusieurs chercheurs la considèrent comme trop simpliste (Biron, Karanika-Murray et Cooper, 2012 ; Cox, 1985). De plus, il a été démontré que les réactions aux stimuli ne sont pas universelles. Par exemple, il est prouvé que dans une situation anxiogène, le corps produit de l'adrénaline, alors que dans une situation agressante, il produit plutôt de la noradrénaline. En lien avec cette réfutation biologique, une autre contestation de cette théorie est qu'elle s'applique pour expliquer des réactions de nature physique, mais non de nature psychologique. Par exemple, la réaction du corps lorsqu'il fait trop chaud ou trop froid s'explique bien par le SGA, mais non les réactions psychologiques. Dernière critique, la théorie se centre trop sur la réaction de l'individu, ne laissant pas de place à l'interaction et à l'influence de l'environnement dans le calcul du stress.

2.1.2 Stress comme stimulus

Dans cette catégorie, la théorie stipule que l'environnement prime sur la gradation du stress et que les réactions et caractéristiques des individus n'ont qu'une influence modeste sur la gravité du stress. Deux modèles de stress comme stimulus seront exposés : le *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS), et le *Daily Hassles and Uplifts Scale* (DHUS).

Tout d'abord, le SRRS, développé par Holmes et Rahe (1967), expose trois hypothèses. Premièrement, les impacts des évènements de la vie sont cumulatifs dans le temps. En ce sens, même les évènements considérés comme étant « passés » imbriquent une marque dans la mémoire d'un individu, le fragilisant ainsi quand vient le temps d'affronter des stresseurs futurs. Deuxièmement, le calcul de la hausse du stress se fait toujours à partir du quotidien et des habitudes d'une personne. À ce sujet, même si le changement est positif, s'il diffère du quotidien de

la personne, celle-ci vit alors un stress. Enfin, pour que la gradation des évènements stressants soit valide, il faut qu'ils demeurent constants en intensité parmi plusieurs groupes. Par exemple, le décès du conjoint ou de la conjointe est considéré plus stressant que la perte d'un emploi, mais il faut que cette gradation soit considérée à la même intensité pour tous les individus. À ce sujet, Holmes et Rahe (1967) ont effectué une étude auprès de 394 participants, dans le but de voir si ceux-ci quantifiaient et qualifiaient une liste de 43 évènements de vie sous la même gradation de stress selon leur intensité. L'étude a conclu que les corrélations sont très élevées entre les différents groupes de participants, renforçant ainsi la croyance des auteurs que ce sont les évènements qui forment le stress chez l'individu et non l'inverse. C'est une échelle qui a connu beaucoup de succès, autant chez les chercheurs pour son avancée sur les connaissances du stress, notamment parce que l'échelle demeure un outil simple et pratique pour évaluer l'indice de stress chez une personne.

Par contre, deux critiques ont été évoquées envers le SRRS (Scully, Tosi et Banning, 2000). En premier lieu, il est impossible d'établir la causalité entre l'indice de stress et la présence de maladie chez la personne. En fait, le stress serait plutôt une conséquence indirecte d'un problème et non le problème lui-même amenant la maladie. Voyons un exemple sous forme de graphique :

Figure 2 Stress : cause ou conséquence ?



Comme le montre le graphique, une consommation excessive de drogues chez une personne peut amener différents stress, autant un dérèglement sur les saines habitudes de vie que des stress reliés à la situation financière. De cela en découlent certaines maladies, comme la malnutrition et le développement de troubles

mentaux. Donc, dans cet exemple, le stress est l'une des conséquences issues de la consommation de drogues, ce qui accélère sûrement l'apparition des maladies. Par contre, il n'est pas possible de dire que c'est le stress lui-même qui amène la maladie. La deuxième critique émise à l'endroit du SRRS est que plusieurs études ayant utilisé l'échelle de gradation du stress l'ont fait sous forme rétrospective. Cela signifie que les participants étaient parfois amenés à se rappeler des événements de longue date, ce qui peut entraîner un biais de rappel. Est-ce vraiment le score que le répondant voulait attribuer à l'évènement, ou bien sa mémoire a-t-elle pu diminuer ou amplifier la gravité de l'évènement ?

La seconde théorie du stress comme stimulus, le *Daily Hassles and Uplifts Scale* (DHUS), amène une vision différente du SRRS. Cette échelle, développée par Kanner, Coyne, Schaefer et Lazarus (1981), suppose que les stresseurs mineurs et les plaisirs quotidiens ont un effet plus important que les événements majeurs de la vie mentionnés dans le SRRS. Pour cette échelle, les participants devaient remplir un questionnaire une fois par mois durant 10 mois, dans lequel ils devaient identifier les stresseurs et les bons coups quotidiens les plus présents dans leur vie. Dans l'étude, les auteurs ont démontré que les 10 stresseurs et bons coups nommés le plus fréquemment étaient, en ordre, les suivants (en traduction libre du tableau original de l'auteur) :

Tableau 3 Les principaux éléments du *Daily Hassles and Uplifts Scale* de Kanner, Coyne, Schaefer et Lazarus (1981)

Découragements	Encouragements
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inquiétude concernant le poids 2. La mauvaise santé d'un membre de la famille 3. La hausse des prix des biens de consommation 4. L'entretien de la maison 5. Manquer de temps, avoir trop de choses à faire 6. Perdre des objets 7. Entretien du terrain et de l'extérieur de la maison 8. L'accès à la propriété et les taxes reliées à l'achat d'une propriété 9. Criminalité 10. L'apparence physique 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bonne relation avec le partenaire de vie 2. Relations saines avec les amis 3. Accomplir une tâche 4. Se sentir en santé 5. Dormir suffisamment 6. Manger au restaurant 7. Répondre à ses responsabilités 8. Visiter, écrire ou téléphoner à quelqu'un 9. Passer du temps en famille 10. Relaxer chez soi

De plus, Kanner et ses collaborateurs (1981) ont démontré que cette échelle était plus fiable que le SRSS pour prédire l'apparition de symptômes physiques et psychologiques reliés au stress. En effet, lorsque les stresseurs mineurs sont présents sur une longue période, la corrélation avec la qualité de vie est plus solide qu'avec l'échelle du SRSS. Les auteurs expliquent cela avec le fait qu'un évènement majeur peut aussi cause un changement radical pour le mieux. Par exemple, la rupture amoureuse peut être catastrophique pour certains, mais peut aussi être un nouveau départ pour d'autres. Ce changement positif, selon les auteurs, est moins présent et plausible dans les stresseurs mineurs.

Pour conclure sur les théories du stress comme stimulus, trois critiques majeures en résultent (Cox, Griffiths et Rial-González, 2000). Premièrement, ces théories ne tiennent nullement compte des différences individuelles et des processus cognitifs pouvant influencer la perception des situations stressantes. Elles ciblent donc une grande partie de la population, mais n'arrivent pas à expliquer les cas particuliers.

Deuxièmement, ces théories ne possèdent pas suffisamment de variables pour pouvoir établir une véritable théorisation complète du stress. Elles restent des théories partielles, notamment à cause de la troisième critique, soit le manque flagrant d'un lien entre l'interaction de l'environnement avec l'individu. Bref, les théories du stress comme stimulus démontrent des points intéressants, mais insuffisants pour établir une théorie complète et articulée.

2.1.3 Les théories interactionnistes

La dernière catégorie des théories du stress est aussi la plus récente. Dans les théories interactionnistes, l'individu et l'environnement sont tous deux pris en considération, mais l'importance est surtout accordée à l'influence que joue la relation entre ces deux concepts. La prémissse principale établit que le stress est un facteur variable, qui nait de l'équation entre l'individu et l'environnement. Il faut noter aussi que, pour les prochaines théories de cette section, elles se rattachent toutes directement avec le milieu du travail, ce qui n'était pas toujours le cas avec les deux catégories précédentes.

La première théorie interactionniste survient avec Lazarus et Folkman (1984), auteurs de la théorie cognitivo-comportementale du stress. Ces auteurs soulèvent que le stress proviendrait en fait d'un débalancement entre les exigences de l'environnement de travail et les ressources que possède le travailleur. De cette notion de relation entre l'individu et l'environnement nait ce que les auteurs nomment le « *coping* », ou stratégie d'adaptation. Essentiellement, cette dernière signifie l'ensemble des efforts que fournit une personne pour tenter de maîtriser, de réduire ou, au mieux, de tolérer les exigences qui menacent ou dépassent ses ressources individuelles. Cette notion ouvre un volet intéressant aux théories du stress. En effet, la relation entre l'individu et l'environnement ajoute un côté actif à l'acteur, qui ne répond plus simplement passivement à un évènement stressant, mais qui l'analyse plutôt et s'adapte en conséquence. Le concept même de stress n'est donc plus interne à l'individu ou à l'environnement, mais survient de l'interaction entre ces deux éléments. Cette interaction entre ces deux éléments se traduit par une phase

d'évaluation effectuée par l'acteur, phase qui est divisée en deux étapes selon Lazarus et Folkman. Tout d'abord, il y a une évaluation primaire de la situation, qui est en fait le moment au cours duquel l'individu prend conscience du stresseur et en décortique les différentes caractéristiques, telles que la gravité, la durée et la contrôlabilité. Ensuite vient l'évaluation secondaire, au cours de laquelle la personne évalue sa capacité et ses ressources pour maîtriser le stresseur.

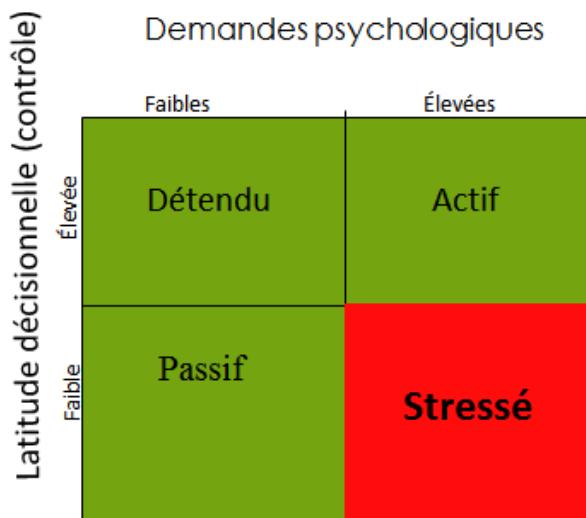
Une fois cette évaluation effectuée, les auteurs identifient trois types de stratégies d'ajustement. La première englobe les stratégies axées sur le problème. Le but est alors de réduire la source stressante en diminuant les exigences ou encore en augmentant ses ressources. Une personne qui a une surcharge de travail pourrait donc, selon ce type de stratégie, demander à un autre collègue de l'aider dans ses tâches ou encore demander à son employeur de lui offrir une formation lui permettant d'améliorer ses performances. Le deuxième type concerne plutôt les stratégies orientées sur les émotions. Sans nécessairement affronter le stresseur directement, il s'agit ici plutôt de s'y adapter. Cela peut se faire par la fuite des responsabilités ou encore par une réévaluation positive. Pour reprendre l'exemple de la surcharge au travail, dans ce cas-ci la personne pourrait prendre des pauses plus longues, ou encore réévaluer la surcharge de manière positive, en se disant que son poste est garanti étant donné la quantité de travail. Enfin, la dernière stratégie porte sur le soutien social. Il s'agit alors de demander le soutien des collègues, en obtenant leur sympathie. Un employé qui se plaint constamment à ses collègues, même durant les heures de dîner, utilise ce type de stratégie. L'objectif est alors d'évacuer le stress par la parole.

Une deuxième théorie interactionniste consiste au modèle de déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist, Klein et Voigt (1996). Ces auteurs dressent un portrait simple du stress au travail en utilisant la métaphore d'une balance. D'un côté, il y a les efforts investis par le travailleur et de l'autre, les récompenses reçues. Plus les efforts investis dépassent les récompenses reçues, plus le travailleur subit un stress dans son milieu de travail. Une notion que Siegrist et ses collaborateurs (1996) spécifient est que l'attribution des récompenses n'est pas obligée d'être continue.

Par exemple, prenons un employé qui, durant plusieurs mois, fait des heures supplémentaires et s'investit grandement dans l'entreprise et, à la suite de ces efforts, son employeur lui offre un nouveau poste, avec un meilleur salaire. D'un côté, les efforts sont progressifs et étendus sur plusieurs mois, et la récompense, ponctuelle. Dans la balance, l'employé considère sans doute qu'il a reçu les récompenses suffisantes pour ses efforts, même si ces récompenses ne sont pas apparues de manière ponctuelle à son investissement.

Le modèle de demandes-contrôles créé par Karasek (1979) est une théorie qui s'avère encore d'actualité et utilisée par certains chercheurs. Le modèle s'illustre à l'aide du graphique suivant.

Figure 3 Le modèle de demandes-contrôles de Karasek Jr (1979)



Deux concepts clés forment le graphique : les demandes psychologiques exigées par le milieu de travail et la latitude décisionnelle, soit les possibilités de l'employé pour affronter les exigences. Ces deux concepts forment ensuite quatre types d'emplois, selon le niveau faible ou élevé attribué à chacun des deux axes. Il est possible de résumer ces quatre types d'emplois de la façon suivante :

2.1.3.1 *Emploi à faible tension (contrôle élevé et demande faible) :*

Cette catégorie est celle présentant le plus faible taux de maladies associées aux stress. L'employé a une énorme latitude étant donné les tâches qu'il doit accomplir. Le risque provient plutôt de la perte de motivation issue du manque de stimulation au travail.

2.1.3.2 *Emplois passifs (contrôle faible et demande faible) :*

Bien que ce soit un niveau entraînant très rarement un stress, il peut être la source de plusieurs autres problèmes. En effet, l'employé risque, par manque de stimulation et d'intérêt, de perdre ses capacités d'apprentissage et ses compétences, par manque de mise en application. La motivation risque de connaître une baisse importante et cela s'étend parfois aux autres activités de la vie quotidienne.

2.1.3.3 *Emploi actif (contrôle élevé et demandes élevées) :*

Bien que ce soit un emploi ayant énormément de responsabilité et d'exigences, il reste que l'employé a la possibilité d'organiser son horaire selon ses besoins. C'est un type d'emploi propice à l'apprentissage et motivant, car la reconnaissance accompagne souvent l'accomplissement des tâches.

2.1.3.4 *Emploi à haute tension (contrôle faible et demande élevée) :*

Il s'agit du type d'emploi entraînant le plus haut risque de maladies liées au stress. À cause du peu de ressources et de latitudes décisionnelles, la personne n'atteint pas ses objectifs, se sent dévalorisée dans ses compétences, ce qui entraîne une perte de la motivation et des capacités d'apprentissage. Il s'agit du type qui provoque le plus haut taux de détresse psychologique.

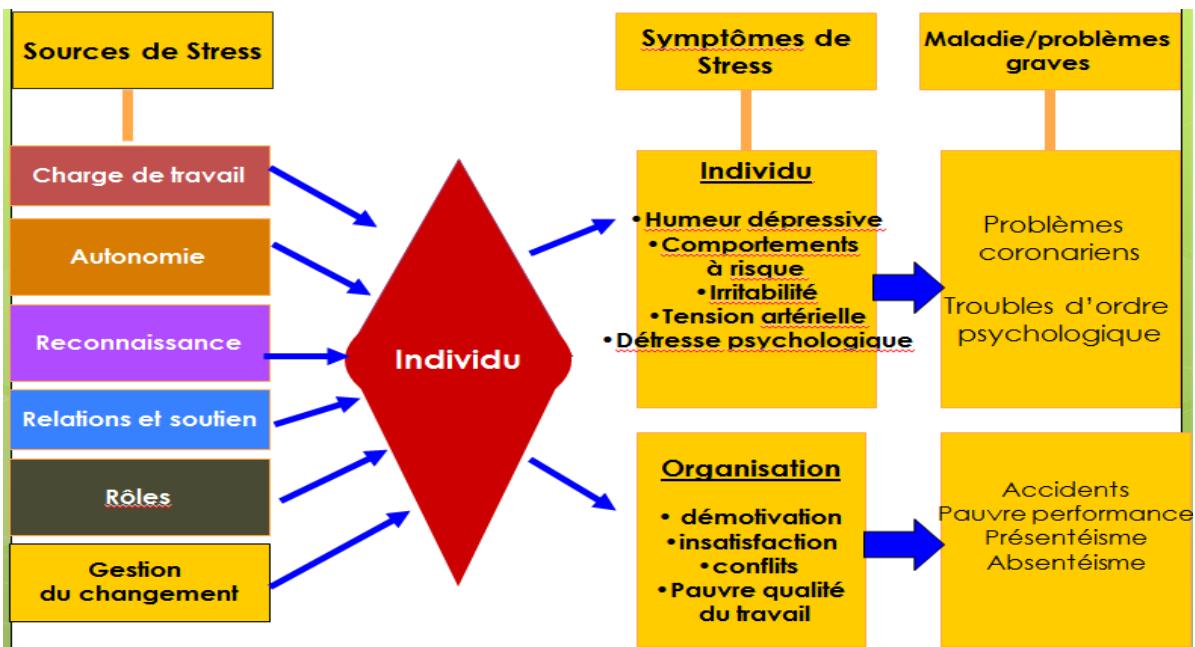
Un autre facteur intéressant, mais qui n'est pas mentionné dans le modèle initial de Karasek (1979), consiste au fait que le soutien social peut atténuer grandement les impacts négatifs possibles dans ces quatre types d'emplois (Karasek et Theorell, 1990). Bien que cela n'empêche pas les symptômes, le soutien social a un effet modérateur sur les conséquences physiques et psychologiques du stress. Ce qu'il y a de réellement innovant avec la théorie de Karasek et Theorell est qu'il s'agit des

premiers auteurs à vouloir théoriser le stress en tenant compte des particularités propres à chaque emploi. En effet, Quinn et Staines (1979) se sont servis du modèle défini par Karasek (1979) pour tenter de classifier les différents emplois.

Malgré cette première nomenclature du stress selon le domaine d'emploi, plusieurs critiques émergent envers ce modèle (Kristensen, 1995 ; Ostry, Kelly, Demers, Mustard et Hertzman, 2003 ; Van der Doef et Maes, 1999). La principale critique exprime que le modèle de Karasek et Theorell (1990) ne tient nullement compte des caractéristiques et des différences individuelles, notamment les stratégies d'adaptation. Sur un autre plan, les chercheurs ne s'entendent pas sur ce qui définit exactement la notion de contrôle ni la notion de demande. Pour Siegrist et ses collaborateurs (1996), par exemple, les notions les plus importantes pour le contrôle comprennent le salaire, les opportunités de carrières et la reconnaissance des collègues, ce que Karasek et Theorell (1990) n'approuvent pas. Une autre critique concerne le manque d'adaptation du modèle théorique à certains emplois. Par exemple, les militaires, étant donné la nature de leur travail, représentent une population ne pouvant jamais avoir une grande latitude décisionnelle. Enfin, la dernière critique concerne la concentration sur les conséquences négatives du déséquilibre contrôle/demande. Peu d'éléments sont orientés vers les avantages d'un équilibre sain de ces deux concepts.

En réponse aux critiques du modèle de Karasek et Theorell (1990), Cooper et Cartwright (1994) tentent d'établir un modèle plus facilement modulable pour chaque type d'emploi : le modèle du stress au travail. L'objectif est d'établir les défis spécifiques à chaque profession. Ne se concentrant pas sur les facteurs modifiables pour réduire le stress et améliorer la productivité des employés, la finalité du modèle consiste plutôt en l'élaboration la plus précise possible de tous les symptômes de stress, autant pour l'employé que pour l'employeur. Ce constat se fait aisément à la suite de la consultation du graphique suivant :

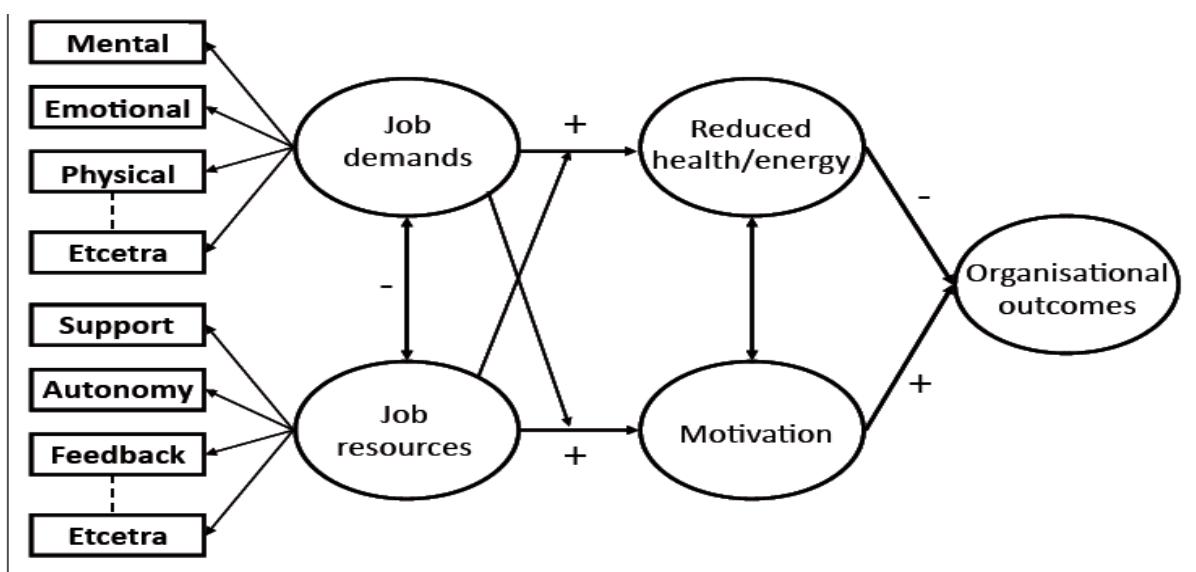
Figure 4 Modèle du stress au travail de Cooper et Cartwright (1994)



Ainsi, Cooper et Cartwright (1994) soulignent six sources de stress présentes dans le milieu du travail. Ces sources se répercutent inévitablement chez l'individu, qui les extériorise alors par des symptômes qui, s'ils ne sont pas traités, deviennent des maladies ou des problèmes graves.

Finalement, la dernière théorie appartenant au groupe des théories interactionnistes est le modèle de Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli (2001), le *Job Demands-Resources* (JDR). Ces derniers tentent d'établir un modèle plus facilement adaptable pour chaque type d'emploi. Il part de la prémissse principale que chaque profession présente ses propres facteurs de risques associés au travail (Bakker et Demerouti, 2007). Le graphique qui sous-tend le modèle JDR est le suivant :

Figure 5 Le modèle du Job Demands-Resources de Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli (2001)



Dans ce modèle, les concepts clés, que l'on retrouve d'ailleurs jusqu'à présent dans les modèles interactionnistes, sont les exigences au travail et les ressources disponibles. Si les exigences dépassent les ressources, l'énergie et la motivation de l'employé diminuent, entraînant des pertes sur les gains de l'entreprise. Au contraire, si les ressources suffisent pour répondre aux exigences de l'emploi, l'énergie et la motivation de l'employé augmentent, améliorant alors le rendement de l'organisation. Ce modèle, en plus de donner une grande latitude dans la définition de ce qui forme les exigences et les ressources d'un milieu, offre aussi comme nouveauté l'intégration plus évidente du milieu de travail. Les auteurs tentent aussi de démontrer aux employeurs le bon côté de porter une attention à la qualité du milieu pour leurs employés puisque, selon ce modèle, cela influence directement le rendement au travail.

Outre ce qui a été présenté à travers le graphique, le modèle JDR souhaite aussi davantage se concentrer sur les aspects positifs, contrairement au modèle proposé par Cooper et Cartwright (1994), en décrivant davantage les ressources disponibles pour les employés. Tout d'abord, les auteurs émettent trois conditions pour que les ressources soient efficaces : 1) être fonctionnelle dans l'atteinte des objectifs de travail, 2) avoir un lien concret avec la réduction des exigences du travail et 3) stimuler et favoriser la croissance personnelle et l'apprentissage de l'employé dans

son emploi. Pour ce faire, Demerouti et ses collaborateurs (2001) identifient quatre niveaux de ressources : 1) le premier concerne l'organisation, comme le salaire, les possibilités d'avancement, la sécurité d'emploi ; 2) le deuxième représente les ressources interpersonnelles, comme le soutien des collègues, la supervision d'un supérieur, le climat de l'équipe de travail ; 3) le troisième concerne le poste de travail, notamment par une clarté des rôles et la possibilité de participer aux décisions dans l'organisation des tâches 4) enfin, le quatrième s'oriente directement vers les tâches, car celles-ci doivent être variées, soit solliciter les compétences, tout en laissant un certain degré d'autonomie à l'employé.

La critique principale des deux derniers modèles est le manque de solutions tangibles (Van der Doef et Maes, 1999 ; Xanthopoulou et al., 2007). Certes, le stress est davantage élaboré et tient maintenant compte des particularités de chaque profession. Par contre, qu'est-il possible de faire pour l'employeur pour aider les employés ? Cette question pourrait se répondre si les auteurs se concentraient davantage sur les ressources spécifiques, plutôt que les exigences de chaque emploi. Même si le modèle JDR le fait en partie, il reste que cela n'est qu'un exercice partiel de l'identification des ressources et des solutions.

2.2 Les stratégies d'adaptation, présentation générale

Globalement, les stratégies d'adaptation consistent aux moyens, conscients ou inconscients, mis en place par une personne pour affronter le stress. Plus précisément, Folkman, Lazarus, Gruen et DeLongis (1986 : 572) définissent une stratégie d'adaptation comme étant « *a person's cognitive and behavioral efforts to manage (reduce, minimize, master, or tolerate) the internal and external demands of the person-environment transaction that is appraised as taxing or exceeding the person's resources* ». Les écrits de Lazarus (1995, 2006), un pionnier dans la recherche sur les stratégies d'adaptation particulières en lien avec le monde du travail, expliquent que le choix d'une stratégie d'adaptation se produit en deux

étapes. La première étape consiste en l'évaluation primaire de la situation. L'individu identifie la situation problématique et quantifie sa gravité. La deuxième étape se traduit par une évaluation secondaire, à savoir si l'individu possède les capacités personnelles nécessaires pour composer avec le problème, mais aussi s'il y a accès à des ressources externes, comme un réseau social, pour lui venir en aide. De ces évaluations peuvent surgir plusieurs stratégies d'adaptation, par exemple la confrontation directe du problème, la distanciation, la recherche de soutien auprès des pairs, l'acceptation de la situation, l'évitement, ou encore la réévaluation positive de la situation, pour ne nommer que celles-ci.

Lazarus (2006) divise les stratégies d'adaptation utilisées en trois catégories globales : celles centrées sur les problèmes, celles centrées sur les émotions et celles centrées sur le soutien social. Les stratégies centrées sur les problèmes amènent la personne à chercher une solution directement centrée sur la situation ou la personne qui pose problème. Ce groupe de stratégies vise le changement à tout prix. Dans les stratégies centrées sur les émotions, le changement n'est pas obligatoirement visé. La personne tente plutôt d'attribuer un nouveau sens à la situation et cherche à réguler ses émotions pour en être moins affectée. Enfin, le groupe de stratégies centrées sur le soutien social déploie de nombreux efforts pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui, que ce soit les collègues immédiats, ou encore la famille et les amis. Le soutien des proches vient donc contrebalancer les problèmes vécus au travail, par le fait que le travailleur peut ventiler ses émotions négatives avec ses proches, ou encore recevoir du soutien et des conseils de leur part sur les manières d'affronter les situations problèmes. Ces trois grandes familles de stratégies, bien que présentées une à la suite de l'autre, ne signifient pas qu'elles ne peuvent être utilisées en même temps. Un travailleur peut, par exemple, utiliser quelques stratégies centrées sur les émotions, doublées d'un soutien social fort et présent.

Bien que les écrits de Lazarus et Folkman (1984) sur les stratégies d'adaptation soient significatifs, il est également intéressant de porter attention à la classification des stratégies effectuée par Carver, Scheier et Weintraub (1989). Ces auteurs

identifient 14 stratégies d'adaptation différentes, qu'il est possible de regrouper dans trois grandes catégories : les stratégies efficaces, les stratégies inefficaces et les stratégies neutres (elles peuvent être efficaces ou non, selon le contexte). Graphiquement, les 14 stratégies se divisent ainsi :

Tableau 4 Classification des stratégies d'adaptation selon Carver et al. (1989)

Efficace	Neutre	Inefficace
L'adaptation active	La distraction	Le déni
La planification	L'humour	L'utilisation de substances
La réinterprétation positive	L'expression des émotions	Le désengagement
L'acceptation	Se tourner vers la religion	Le blâme dirigé vers soi
	Le soutien social	

Maintenant, il convient de présenter une brève définition pour chacune de ces stratégies, afin de bien les situer, ainsi que de préciser certains éléments. Les éléments théoriques expliquant ces 14 stratégies au cours des prochaines pages proviennent de l'ensemble des écrits de Aldwin (2007); Carver et al. (1989); Dewe, O'Driscoll et Cooper (2010); Lazarus et Folkman (1984). Pour simplifier la présentation de ces 14 stratégies, un exemple concret est donné en se basant sur le scénario suivant :

Marcel travaille comme infirmier depuis cinq ans. Il a été transféré sur un nouveau département il y a quelques mois et depuis, rien ne va plus. Les relations avec ses collègues sont ardues. Certains de ses collègues le rabaiscent, lui disant qu'il ne se débrouille jamais tout seul, tandis que d'autres collègues ne lui font pas confiance dans le partage de certaines tâches. Ne pouvant plus endurer le stress soulevé par ces tensions avec les collègues, Marcel adopte des stratégies pour composer avec la situation.

À l'aide de ce scénario, il sera aussi possible de préciser certaines nuances en lien avec quelques stratégies d'adaptation, surtout celles appartenant à la catégorie neutre.

2.2.1 Les stratégies dites efficaces

Tout d'abord, l'adaptation active consiste en la prise d'actions directes pour tenter de corriger ou de modifier la situation jugée problématique. Des efforts supplémentaires sont déployés de la part du travailleur pour mettre fin à ce stress. En reprenant la mise en situation, Marcel utilise l'adaptation active lorsqu'il fait part des situations de tensions directement à ses collègues, dans le but de clarifier et de régler la situation.

L'autre stratégie efficace, soit la planification, regroupe l'ensemble des réflexions que le travailleur se fait sur ce qui pose problème, dans l'objectif d'arriver au meilleur choix possible pour corriger la situation. Par exemple, lorsque Marcel se questionne à savoir s'il devrait en parler directement à ses collègues, ou exposer la situation à son infirmière-chef, ou encore plutôt demander l'aide de son syndicat, Marcel est alors dans la planification, car le travail qu'il effectue dans cette stratégie est purement réflexif. Habituellement, la planification et l'adaptation active sont deux stratégies combinées : le travailleur analyse l'ensemble des avenues possibles (planification), avant de mettre en place celle qu'il juge la plus efficace (adaptation active).

Par ailleurs, la réinterprétation positive consiste plutôt à travailler les perceptions et les émotions rattachées à la situation jugée problématique, plutôt que de changer celle-ci. Marcel pourrait ainsi se dire que les commentaires de ses collègues ne le concernent pas personnellement, mais concernent plutôt une méfiance envers ses capacités de travail étant donné qu'il est nouveau. Il pourrait alors réinterpréter la situation comme une occasion idéale pour faire ses preuves envers ses collègues, et ainsi gagner leur respect.

Enfin, la dernière stratégie, l'acceptation, représente la réévaluation de l'urgence d'agir sur la source de stress. Dans la mise en situation, Marcel peut juger que les accros vécus avec ses collègues sont quelque chose de passager, qu'ils font partie d'une forme de « rite de passage obligé » avant d'être accepté par l'équipe. Marcel effectue donc de l'acceptation, car plutôt que de sentir l'urgence d'agir pour changer les relations tendues avec ses collègues, il accepte plutôt que ce soit un mal nécessaire qu'il ne peut sans doute pas changer, mais qui devrait s'améliorer avec le temps.

2.2.2 Les stratégies inefficaces

Dans cette catégorie, on retrouve quatre stratégies qui sont jugées inefficaces. Tout d'abord, le déni consiste en l'effort d'ignorer ou de ne pas tenir compte de la situation problème. Bien que cela puisse fonctionner un bref moment, cette stratégie a tendance à faire exacerber le problème à long terme, par le fait qu'aucune action n'est tentée pour corriger le problème, celui-ci risque donc de s'empirer au fil du temps. Dans la mise en situation de Marcel, l'usage du déni peut avoir plusieurs conséquences. Ses collègues peuvent continuer leurs commérages, faisant en sorte que les perceptions de l'équipe sur Marcel se cristallisent. Ses collègues peuvent aussi voir son déni comme une forme de condescendance et se sentir agacés par cette attitude. Bref, l'usage du déni n'apporte rien de positif dans cette situation.

La deuxième stratégie, soit l'utilisation de substances, regroupe l'ensemble des comportements faisant usage de substances, notamment l'alcool et les drogues. Cette stratégie vise à offrir une fuite rapide de la situation stressante et des sentiments négatifs ressentis par le travailleur, mais entraîne en contrepartie bien souvent des conséquences aggravantes. Dans ce cas-ci, Marcel pourrait commencer à consommer avant de venir travailler afin d'alléger ses angoisses. Toutefois, la consommation entraîne un manque de concentration et Marcel peut en arriver à faire plusieurs erreurs lors de son quart de travail. Si le comportement persiste dans le temps, l'accumulation des erreurs peut se terminer par une perte d'emploi pour Marcel.

La troisième stratégie, le désengagement, se manifeste par le détachement envers les obligations liées au travail. Cette stratégie peut se diviser en deux, soit le désengagement comportemental, qui représente les mesures prises par la personne pour éviter de faire son travail, et le désengagement mental, qui représente les mesures prises pour compenser lorsque la fuite des obligations professionnelles est impossible. En guise d'exemple, lorsque Marcel repousse le moment d'aller parler à un collègue d'un cas clinique, par exemple en prenant plus de temps avec les personnes soignées, ou en étirant ses pauses et son heure de dîner, Marcel utilise alors le désengagement comportemental. Toutefois, quand Marcel n'a plus le choix et doit consulter ses collègues, il peut alors par la suite devenir distract, ou encore fuir par l'abus de sommeil ou de télévision une fois à la maison. Il utilise alors le désengagement mental.

Enfin, le blâme dirigé vers soi regroupe l'ensemble des attitudes négatives que le travailleur a envers lui-même. L'individu s'autocritique sévèrement, dans l'objectif de se motiver ou de s'inciter à changer. Malheureusement, les résultats vont rarement en ce sens, et c'est plutôt une perte de motivation et d'estime personnelle qui s'en suit. Lorsque Marcel croit que ses collègues ne l'apprécient pas parce qu'il se sent nul, ou pas suffisamment intelligent, il fait usage de blâme dirigé vers soi.

2.2.3 Les stratégies neutres

Les stratégies dites « neutres » peuvent être bonnes ou mauvaises à la fois. La façon de s'en servir, la fréquence et l'intensité ne sont que quelques facteurs pouvant faire que la même stratégie soit efficace dans un cas ou nuisible dans un autre.

Tout d'abord, la distraction consiste en faire une autre activité afin d'oublier ou d'éviter la situation problématique. *A priori*, la distraction peut être positive si elle est utilisée de manière modérée. Par exemple, lorsque Marcel revient chez lui, il prend une heure pour faire de l'activité physique. Cela lui permet de se changer les idées, de se dépenser physiquement et il se sent plus détendu par la suite. À ce stade, cette distraction est positive. Toutefois, si Marcel fait de l'activité physique de

manière compulsive, soit avant d'aller travailler, pendant l'heure du dîner, ou encore une fois revenu du travail, la distraction devient surcompensatoire et présente des risques. Elle devient donc une stratégie inefficace.

En deuxième, l'humour peut être une stratégie efficace lorsqu'elle est utilisée pour détendre l'atmosphère ou désamorcer une situation inutilement tendue. Par contre, si l'humour est utilisé à outrance, ou encore s'il devient un moyen pour blesser ou humilier une autre personne, alors la stratégie devient négative. Par exemple, Marcel pourrait dire une blague concernant sa nervosité envers la personne qu'il soigne, pour détendre l'atmosphère. L'usage dans ce cas-ci est positif. Toutefois, s'il fait des blagues auprès de ses collègues pour souligner leur mauvais caractère, alors la stratégie peut rapidement devenir inadéquate.

L'expression des émotions, la troisième stratégie neutre, signifie la démonstration des émotions personnelles ressenties par une personne envers une autre. Le versant positif de cette stratégie survient lorsqu'elle est utilisée pour éclairer la personne des émotions ressenties et ainsi permettre une meilleure compréhension dans le choix des actions ou des réactions envers une situation problématique. Quand Marcel prend le temps d'exprimer à ses collègues comment il se sent quant à leur attitude et leur explique de quelle façon cela l'affecte dans son quotidien, la stratégie est positive, car elle vise à faire comprendre les impacts des comportements des collègues de Marcel, dans le but que ceux-ci changent et cessent un comportement jugé problématique. L'expression des émotions devient négative lorsque la personne s'en sert pour s'apitoyer sur son sort ou justifier ses propres mauvais comportements. Comme le précisent Carver et ses collaborateurs (1989), la stratégie peut devenir négative si elle n'est pas tournée vers les bonnes personnes pouvant agir sur la situation. Par exemple, si Marcel exprime à son seul collègue avec qui la relation est bonne, que la situation conflictuelle avec certains membres de l'équipe mine son travail, l'expression des émotions dans cette situation peut avoir moins d'impact que s'il s'exprimait directement à ses collègues avec qui il est en conflit ou encore à son supérieur immédiat.

Une autre stratégie, soit se tourner vers la religion, peut avoir des côtés bénéfiques. Pour certains, l'usage de la religion offre un soutien émotionnel important et peut devenir le vecteur amenant le travailleur vers des stratégies efficaces, telles que la réinterprétation positive ou l'adaptation active. Si, à l'aide de la prière, Marcel ressent un soutien lui permettant de persévéérer dans sa situation et que cela lui procure suffisamment de courage ou de volonté pour affronter la situation avec ses collègues, alors l'usage de la religion est bénéfique. Le danger de cette stratégie provient du contraire de l'exemple donné, soit de rester passif devant la situation problématique, en espérant qu'une force extérieure à soi vienne transformer ou corriger la situation. Si Marcel espère par ses prières que la situation se corrigera par elle-même ou qu'un évènement se produise sans qu'il ait à agir, alors le fait de se tourner vers la religion n'est sans doute pas une stratégie efficace dans ce cas-ci.

Enfin, la dernière stratégie et non la moindre est l'utilisation du soutien social. Le soutien social est généralement une stratégie qui présente de multiples bénéfices. Quand le soutien social est utilisé en vue de chercher un soutien émotionnel, un réconfort ayant pour objectif d'accumuler assez d'énergie pour faire changer la situation problématique, alors le soutien social est un moyen très efficace. Par exemple, si Marcel parle de sa situation avec des amis, que ceux-ci le réconforment et l'encouragent à faire changer le climat au travail et que ce soutien l'amène à rencontrer son gestionnaire pour clarifier la situation, alors il s'agit d'une stratégie efficace. Le soutien social devient inefficace lorsque son utilisation vise à maintenir, voire même enfoncer, la personne dans un état psychologique plus négatif encore qu'avant son utilisation, ou que le réseau renforce des comportements inadéquats (ex. : la consommation) ou soulève encore plus le ressentiment. Quand Marcel utilise son réseau social pour dénigrer ses collègues, s'exposer en position de victime et que son réseau ne fait que valider ou empirer les commentaires apportés par Marcel, sans apporter de piste de solution, alors Marcel utilise de manière inadéquate la stratégie de soutien social. En fait, cette manière de faire risque d'empirer son état de stress, en le gardant focalisé sur le problème, ce qui du coup

l'éloigne aussi des pistes de solutions et des moyens possibles à prendre pour corriger la situation.

Pour résumer cette section, les stratégies d'adaptation, qu'elles soient efficaces ou inefficaces, ont pour objectif de faciliter l'adaptation de l'individu à une situation que son organisme juge stressante. Le choix des stratégies est un processus personnel et difficile à saisir. Qu'est-ce qui fait qu'une personne choisit une stratégie d'adaptation active, alors qu'une autre utilise plutôt l'humour ? Certaines études font des liens avec la personnalité ou l'éducation parentale (Jarvis et Creaser, 1991 ; Skinner, Edge, Altman et Sherwood, 2003). Cela dit, peu importe le bagage de vie d'une personne, les stratégies d'adaptation peuvent s'apprendre et se développer. Plusieurs écrits encouragent les employeurs à sensibiliser leurs employés aux stratégies d'adaptation et aux bons choix possibles pour se protéger des effets du stress en milieu de travail (Semmer, 2006 ; Noblet et Lamontagne, 2006).

2.3 Discussion autour des modèles et des approches

Dans les pages précédentes, les différentes théories et approches du stress ont été présentées. Bien que leur objectif premier reste de mieux appréhender et de démysterifier le phénomène du stress professionnel, des différences fondamentales existent entre elles. Certaines veulent comprendre plutôt qu'expliquer le phénomène du stress. Dans un même ordre d'idée, certains auteurs ont une vision déterministe du stress, par le fait qu'un ensemble de facteurs structurels viendraient limiter et contraindre la portée et le choix des actions des individus. Dans ce courant de pensée, l'individu n'est pas un acteur ; il dépend de son environnement. Ce dernier point est remis en question par la vision volontariste, qui croit plutôt que l'individu analyse et interprète les facteurs structurels avant de faire un choix : il n'est donc pas passif, soumis à l'environnement, contrairement à ce que sous-entend la vision déterministe. Afin de mettre en pratique cette division déterministe/volontariste et expliquer/comprendre, le tableau suivant situe les différentes théories et approches du stress :

Tableau 5 Classification des approches et modèles du stress

	Explication (causes)	Compréhension (sens)
Approches déterministes	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Syndrome d'adaptation général</i> • <i>Social Readjustment Rating Scale</i> • <i>Daily Hassles and Uplifts Scale</i> • Modèle de demandes-contrôles de Karasek • Modèle du stress au travail par Cartwright et Cooper • Modèle déséquilibre efforts-récompense de Siegrist • <i>Job Demands-Resources</i> 	
Approches volontaristes	<ul style="list-style-type: none"> • Théorie cognitivo-comportementale 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche traditionnelle • Approche positive

À la suite de cet exercice, un constat intéressant apparaît : la majorité des théories explorées utilisent une vision déterministe. Seules la théorie cognitivo-comportementale et les approches qui en découlent cadrent plutôt dans une approche volontariste. L'ensemble des théories déterministes soulevées dans le tableau ont un but similaire : expliquer les causes du stress professionnel par l'influence directe de l'environnement de travail sur la personne. Dans la théorie du syndrome d'adaptation générale de Selye (1975), c'est un calcul purement déterministe. Le stress provient de l'environnement et les humains y réagissent tous de la même manière. Même si les théories SRRS et DHUS tentent de nuancer en graduant le taux de stress selon l'évènement, un principe déterministe prime. En effet, l'objectif recherché par la gradation du stress consiste à démontrer l'uniformité des réponses données. Cela entraîne l'idée que les humains réagissent de manière similaire au stress, et donc que seul l'environnement influence réellement la gravité du stress vécu par les individus. Pour les quatre autres modèles situés dans l'approche déterministe/explication, soit le modèle de déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist et al. (1996), le modèle de demandes-contrôles de Karasek

et Theorell (1990), le modèle du stress au travail par Cooper et Cartwright (1997), ainsi que le *Job Demands-Resources* de Demerouti et al. (2001), l'accent est davantage porté sur le milieu de travail que sur les particularités des employés. Ces quatre modèles tentent, de différentes manières, d'expliquer les différentes causes du stress selon l'organisation du travail. Le modèle de Siegrist et ses collaborateurs (1996) avance simplement que si les efforts exigés par l'employeur envers l'employé dépassent les récompenses offertes, celui-ci sera indubitablement stressé. Même chose avec le modèle de Karasek et Theorell (1990), dans lequel le profil d'un employé peut se diviser en quatre, selon la latitude décisionnelle offerte dans le milieu de travail et les demandes psychologiques que ce même travail exige. Les deux derniers modèles, celui de Cooper et Cartwright (1997) et celui de Demerouti et ses collaborateurs (2001), présentent encore plus précisément tous les éléments présents dans un milieu de travail, autant nuisibles qu'aidants, influençant le niveau de stress chez les employés. Même si on inclut plus manifestement l'individu dans ces modèles, celui-ci ne reste qu'un vecteur du stress, il n'a pas réellement d'impact sur le stress vécu. Par contre, la théorie cognitivo-comportementale de Lazarus et Folkman (1984) permet de voir une relation, un retour, entre l'individu et son environnement. La manifestation volontariste de cette théorie passe par les stratégies d'adaptation, qui sont alors individuelles, propres à chaque personne tentant de s'adapter aux exigences de son milieu de travail.

En effectuant un recul sur cette analyse générale des différents angles d'étude portés par les théories sur le stress professionnel, il devient possible de constater une difficulté partagée par toutes ces théories. En effet, elles n'arrivent pas à proposer de directives claires pour arriver à sortir l'employé de son rôle passif, ou encore à se distancer de l'idée que la seule emprise pour gérer le stress de la part d'un employé demeure dans l'élaboration de mesures personnelles, excluant dès lors le milieu de travail. Le constat qui ressort à la lecture de ces différentes théories est que des solutions communes et partagées entre l'employé et l'employeur ne sont pas clairement élaborées dans l'ensemble des écrits sur le stress professionnel. Cette incapacité à clairement établir des pistes de solutions collaboratives entre les

travailleurs et leur employeur demeure une lacune manifeste dans les différents écrits, peu importe l'angle théorique adopté pour analyser le stress professionnel.

Maintenant que l'ensemble des éléments théoriques rattachés au stress professionnel ont été abordés, les sections suivantes aborderont ce problème, mais appliqué directement à la population à l'étude, soit les infirmiers en centre hospitalier.

3 Le stress professionnel chez les hommes infirmiers en centre hospitalier

La présente section s'organise en quatre temps, partant du général pour finir au particulier. Dans un premier temps, une présentation globale des écrits scientifiques sur l'influence du genre sur le stress, de manière générale, mais aussi sur le plan professionnel, est faite. En deuxième temps, l'état de la situation du personnel infirmier en centre hospitalier est abordée, afin de donner un aperçu global de l'évolution de la situation au sein du réseau de la santé jusqu'à aujourd'hui. En troisième temps, on retrouve une synthèse des écrits sur la réalité des hommes pratiquant la profession infirmière. En quatrième temps, les termes « soins infirmiers » et « soin » seront définis, ces deux termes ayant un usage propre à chacun dans le cadre de cette thèse.

3.1 L'influence du genre sur le stress professionnel

Avant de préciser la situation du stress professionnel vécue par les infirmiers en centre hospitalier, il est important de recenser les écrits scientifiques portant sur les différentes actions du stress professionnel en interaction avec le genre masculin et féminin. En clarifiant ces différences, il devient alors aussi possible de s'assurer que l'angle donné dans les observations portées par cette thèse soit ajusté à la réalité des infirmiers. Pour ce faire, ce regard se pose en deux temps. Tout d'abord, un comparatif des impacts du stress professionnel entre les hommes et les femmes. Ensuite, des pistes de réflexion sur les causes de ces différences entre les deux sexes sont exposées.

Les recherches quant à l'influence du genre sur le stress professionnel démontrent une multitude de différences entre les hommes et les femmes, autant sur les déclencheurs du stress, la manière de le vivre que les moyens pour l'affronter. Un déclencheur principalement rapporté dans les écrits englobe l'évaluation portée par les hommes et les femmes envers une situation stressante. En effet, Liu, Spector et Shi (2008) et Matud (2004) avancent que les femmes évaluent les situations

stressantes plus négativement que les hommes. Les répercussions du stress se font donc ressentir plus fortement chez les femmes, d'autant plus que l'intensité des affects négatifs est recensée comme étant aussi plus importante chez les femmes aussi, selon l'étude de Jex, Adams et Ehler (2002). De plus, Jex et ses collaborateurs (2002) rapportent que, de manière générale, les femmes attribuent les succès qu'elles vivent en grande partie à la chance, alors qu'elles s'attribuent les torts d'un échec. Les hommes, eux, vivraient plutôt l'effet inverse. Ces perceptions peuvent expliquer, du moins en partie, la différence d'intensité ressentie du stress entre les deux sexes. Ce constat ne veut pas dire pour autant que les hommes ne vivent pas de répercussions du stress. Ils peuvent le vivre moins fortement, mais les impacts du stress pour les hommes demeurent bien réels aussi.

Par ailleurs, lorsqu'interrogées sur les facteurs les plus stressants dans la vie en général, les femmes mentionnent, en ordre d'importance, la famille et la santé, tandis que les hommes mentionnent plutôt la relation conjugale, la situation financière et le travail (Matud, 2004). Lorsque l'exercice est appliqué aux stresseurs issus du milieu du travail, les femmes disent vivre davantage de stress de la part des relations avec les collègues, la conciliation travail-famille, ainsi que l'ambiguïté des rôles. Pour les hommes, les facteurs de stress se situent plutôt dans les conditions de travail, la pression de la promotion, ainsi que les responsabilités rattachées à l'emploi (Liu, Spector et Shi, 2008). Les conséquences de ces stresseurs sur la santé des hommes et des femmes se vivent aussi de manière différente. En effet, les femmes rapportent vivre davantage de stress chronique et des problèmes de santé mentale que les hommes, mais ces derniers rapportent davantage de maladies physiques chroniques (Bell, Cycyota et Quick, 2002 ; Nelson, Burke et Michie, 2002).

Enfin, en ce qui concerne les stratégies d'adaptation favorisées selon le genre, certains constats s'observent. De manière générale, les hommes utiliseraient davantage des stratégies centrées sur le problème et les femmes des stratégies centrées sur les émotions (Folkman et Lazarus, 1980 ; Hurst et Hurst, 1997). Par exemple, les hommes utiliseraient plutôt des moyens favorisant l'atteinte des

objectifs, l'implication non émotionnelle et l'utilisation d'une approche orientée vers les solutions ou l'évitement en cas de conflit (Houkes, Winants, Twellaar et Verdonk, 2011). Pour leur part, les femmes utiliseraient plutôt l'entraide pour régler un conflit. Si ce n'est pas possible, elles tenteraient plutôt de s'adapter à la situation. De plus, elles percevraient les situations problématiques de manière plus stressante que les hommes (Houkes et al., 2011).

Ces particularités propres à chaque genre, observées à la fin du XX^e siècle auraient cependant tendance à changer graduellement avec le temps, de telle sorte que cette répartition des stratégies entre les hommes et les femmes serait moins évidente aujourd'hui (Nagase et al., 2009). Ensuite, Gianakos (2002) soulève un point intéressant concernant le soutien social, qui n'est pas sollicité de la même manière selon le genre. En effet, les hommes auraient davantage tendance à rechercher le soutien de la part de leurs collègues au travail, tandis que les femmes solliciteraient plutôt la famille et les amis comme soutien concernant des difficultés vécues au travail. Ce constat alimenterait la division soulevée par Houkes et ses collaborateurs (2011) sur le type de stratégies utilisées par les hommes et les femmes. Cependant, Pugliesi et Shook (1998) avancent que ce soutien émotionnel au travail recherché par les hommes favoriserait des stratégies centrées sur le problème et la recherche de solutions. Ces auteurs poursuivent en avançant que le soutien davantage développé auprès de la famille et des amis par plusieurs femmes pourrait expliquer en partie les conflits de nature travail-famille, un conflit reconnu comme plus fréquent chez les femmes (Bowden, 2002). Bref, il est clair que le genre influence le choix des stratégies d'adaptation.

Comment expliquer ces divergences entre hommes et femmes sur la manière de vivre le stress, autant dans sa perception, sa manière de le vivre que dans la façon de l'affronter ? Les différences de la socialisation genrée appliquée par la société envers les hommes et les femmes expliquent ces divergences dans le vécu envers le stress. Cette explication fait consensus auprès de plusieurs chercheurs sur ce sujet (Burke, 2002). Dans la vie en général, les hommes adopteraient, à différentes intensités, les valeurs de la masculinité traditionnelle, qui valorise l'autonomie, la

confiance en soi, l'instrumentalité et l'orientation vers les objectifs (Matud, 2004). Cette socialisation ferait en sorte que les hommes s'expriment moins ouvertement sur les émotions négatives qu'ils ressentent, dont le stress, ce qui permettrait d'expliquer le choix de stratégies davantage orientées vers les activités (en phase avec la valeur d'être orienté vers l'objectif), que de chercher un soutien émotionnel (qui est contradictoire avec les valeurs d'autonomie).

Dans le cadre du travail, Maier (1991) identifie un modèle d'homme propice à subir davantage les impacts du stress professionnel, qu'il nomme la masculinité corporative. Essentiellement, les hommes cadrant dans ce modèle favoriseraient l'agressivité, la compétitivité, l'autonomie, la rationalité plutôt que l'émotivité et la loyauté. Bien que ce modèle ferait en sorte que les hommes réussissent davantage à atteindre des promotions, la contrepartie entraîne qu'ils sont moins réceptifs envers les conséquences du stress, et moins outillés pour les affronter.

Ces deux modèles, soit la masculinité traditionnelle et la masculinité corporative, s'expliquent en partie selon les recherches par le contexte social et économique d'autan (Burke, 2002 ; Kimmel, 1996 ; Maier, 1991). En effet, auparavant, le modèle traditionnel familial principal était celui de pourvoyeur ménager, soit que l'homme occupe un emploi et subvient aux besoins matériels de la famille, tandis que la femme s'occupe de la sphère privée, telle que la famille et les tâches ménagères. Ce modèle, qui a été dominant sur une très longue période de temps (Dagenais, 2004), est aujourd'hui ébranlé et contesté, notamment par l'arrivée des femmes sur le marché du travail, l'érosion des emplois stables et un plus grand partage des rôles familiaux entre le père et la mère (Burke, 2002 ; Nelson et al., 2002). Bref, selon ces auteurs, les hommes doivent remettre en question les modèles genrés en vigueur, pour faire place à un nouveau modèle, plus permissif et adapté à percevoir le stress, permettant aussi de développer des moyens plus sains et diversifiés pour l'affronter. À ce sujet, Kimmel (1996) expose un nouveau modèle, qu'il nomme la masculinité démocratique (*democratic manhood*), qu'il décrit comme utilisant certaines valeurs du modèle de la masculinité traditionnelle, mais pour des objectifs plus sains, tels

que l'inclusion, combattre l'injustice dans les différences de genre, ainsi que par un engagement et une implication soutenue dans la sphère privée et publique.

Pour terminer ce regard sur les causes expliquant les divergences dans les réactions et les manières de vivre le stress entre les hommes et les femmes, il est constaté que ces différences ne proviennent probablement pas principalement de l'individu lui-même. En effet, la nature biologique même du sexe masculin ou féminin a peu d'impacts comparativement à une forte socialisation genrée, appliquée dès le jeune âge, amenant ainsi une panoplie de différence dans les valeurs, les attitudes et les comportements des hommes et des femmes envers le stress en général et le stress professionnel en particulier. Ces questionnements sur le genre et la manière d'agir se poursuivent dans la section suivante, mais cette fois-ci sous l'angle de l'expression du soin, concept essentiel lorsque l'on pratique en soins infirmiers, peu importe le milieu de travail.

3.2 État global de la situation du personnel infirmier en centre hospitalier

Avant même d'explorer les particularités des défis et des réalités du personnel infirmier selon l'axe du genre, une présentation globale des difficultés vécues sur le terrain par le personnel infirmier dans le domaine hospitalier s'impose. En lien avec le stress, ces différentes difficultés sont en quelque sorte les déclencheurs des réactions de stress, mais aussi des stratégies pour l'affronter. Une brève présentation de ces difficultés semble donc pertinente pour mieux situer les causes potentielles de stress vécu par l'effectif infirmier en centre hospitalier.

Tout d'abord, le fait même de travailler dans le milieu hospitalier expose ceux qui y travaillent à côtoyer, des personnes vivant plusieurs problèmes de santé, et donc du même coup à être exposés à la souffrance humaine, pouvant parfois être aiguë selon le département de pratique (Sundin, Hochwälder et Bildt, 2008). Le décès d'une personne soignée et la gestion des soins dans un contexte d'urgence sont aussi deux autres facteurs de stress vécus par ces travailleurs (Sasaki, Kitaoka-

Higashiguchi, Morikawa et Nakagawa, 2009). De plus, l'organisation même des centres hospitaliers a connu plusieurs transformations depuis la fin du 20^e siècle. Notamment, sous le nom de l'amélioration de l'efficience, soit la meilleure offre de service possible à moindre coût, plusieurs changements structurels ont eu lieu et sont devenus une préoccupation centrale pour tout le personnel des hôpitaux au Québec (Bourbonnais, Comeau, Viens, et al., 1999). Cette situation affecte le personnel infirmier à qui il est souvent demandé, comme pour les autres professionnels concernés, de « faire plus avec moins ». Concrètement, cela signifie un plus grand ratio de malades par infirmier/e, contexte qui est reconnu pour causer un plus haut taux d'insatisfaction au travail et de stress professionnel (Aiken, Clarke et Sloane, 2002). Une surcharge de travail pour le personnel infirmier entraîne aussi un taux plus élevé d'erreurs dans les manœuvres d'urgence et donc un plus grand risque de mortalité chez les malades (Schulz et al., 2011). Bref, ce mot d'ordre de faire « plus avec moins » peut s'avérer néfaste sur le plan de la santé psychologique des infirmières et infirmiers, mais aussi pour les personnes qui nécessitent des soins. À cela, il est possible d'ajouter la gestion des quarts de travail comme étant une autre source de stress pour ce personnel, notamment le fait de devoir travailler deux quarts de travail de suite. Cette situation, en plus d'une constante surpopulation des hôpitaux, génère des défis de taille pour le personnel infirmier œuvrant en milieu hospitalier (Aydemir et Iceli, 2013).

3.2.1 La réalité du personnel infirmier au Québec

Depuis les années 1990, le réseau québécois de la santé et des services sociaux a connu plusieurs transformations. Parmi ces changements majeurs figure la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), dont la mission a été élargie à la suite du virage ambulatoire, ainsi que la restructuration des centres hospitaliers, entraînant la fermeture de quelques-uns de ces hôpitaux (Bourbonnais, Comeau, Viens, et al., 1999). Ces changements se sont poursuivis, notamment avec le projet de loi 25 voté en 2003, fusionnant ainsi des CLSC, des centres hospitaliers (CH) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en un seul et même établissement : les centres de santé et de services sociaux (CSSS)

(Soares, 2011). Ces modifications, jumelées à un départ massif à la retraite de plusieurs professionnels de la santé en 1997, ont entraîné une restructuration majeure du personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Ces changements se poursuivent encore en 2016, notamment avec le projet de loi 10 adopté en 2015. Cette loi vise notamment à abolir les agences de la santé et des services sociaux des différentes régions du Québec, pour plutôt centraliser les différents établissements de la santé et des services sociaux en un seul établissement par région¹, entraînant une nouvelle restructuration majeure.

À travers ces multiples transformations, Bourbonnais (2000) souligne que l'effectif infirmier constitue le groupe de travailleurs le plus nombreux à vivre ces changements organisationnels. Plusieurs de ces infirmières et infirmiers ont dû changer de milieu ou de poste de travail, abandonnant alors une expertise acquise, pour aller vers un nouveau secteur de soins. Cette situation a donc amené des défis supplémentaires pour le personnel infirmier : adaptation dans un nouveau milieu de travail sans nécessairement avoir préalablement acquis les compétences nécessaires, perte de collègues, nouveau supérieur hiérarchique (qui peut ne pas être de la même profession), etc. Bref, cette restructuration du réseau de la santé et des services sociaux a entraîné le personnel infirmier à puiser énormément dans ses ressources d'adaptation pour conserver un équilibre sur le plan de la santé personnelle dans un contexte de nouvelles exigences au travail.

Dans une enquête menée en 2005 sur l'état de santé du personnel infirmier canadien, il est rapporté qu'au Québec, 70 % des répondants mentionnaient avoir trop de travail pour une seule personne, comparativement à 67 % pour l'ensemble de leurs collègues canadiens (Shields, 2006). Bien que l'écart soit infime, il soulève quand même qu'une majorité de la population infirmière considérerait ne pas être en mesure d'effectuer l'ensemble de leur travail, ce qui s'avère préoccupant. Dans cette même enquête, 62 % du personnel infirmier québécois disait avoir trop de travail pour bien le faire (57 % pour l'ensemble des répondants canadiens). Pour

¹Sauf les plus grandes régions (Montréal, Montérégie et Capitale-Nationale) dont le nombre d'établissements est quelque peu supérieur.

pallier à ce problème, 59 % des infirmières et infirmiers québécois affirment arriver plus tôt ou rester plus tard au travail afin d'accomplir le travail demandé. Concernant les questions de l'enquête portant sur la santé mentale de cette population, 11 % ont affirmé avoir souffert d'une dépression au cours de l'année précédent l'enquête, soit 2 % de plus que la moyenne canadienne. Enfin, sur une note plus globale, 12 % du personnel infirmier canadien dit être insatisfait au travail, ce qui est plus élevé par rapport à la population active en général (8 %). Plus encore, 45 % des infirmières et 51 % des infirmiers soulignent l'absence de soutien de la part de leurs collègues de travail; ces statistiques se démarquant clairement de la population active canadienne pour qui ce taux atteint 33 % (Barrett et al., 2005). En bref, les récentes transformations du réseau de la santé, doublé avec les résultats des différents sondages sur l'état de santé de la population infirmière, mènent à croire que la situation restera préoccupante pour les années à venir.

3.3 Être un homme et pratiquer le soin

3.3.1 Portrait statistique des infirmiers

Les écrits traitant des infirmiers nord-américains et européens statuent unanimement sur le fait que la profession infirmière est une profession non traditionnelle pour les hommes (Cottingham, 2014 ; Heikes, 1991 ; Roy, Holmes et Chouinard, 2011 ; Simpson, 2005). Pour qu'une profession soit considérée comme non traditionnelle pour un sexe, la proportion du sexe minoritaire doit être inférieure à 30 % (Lupien, 2010). Sachant cela, quelle est la situation précise des hommes infirmiers québécois ? Les prochaines lignes exposent les statistiques les plus à jour sur la question.

3.3.2 Les infirmiers québécois

Au Québec, pour travailler en soins infirmiers, il faut être membre de l'un des deux ordres professionnels qui rassemblent les différents titres infirmiers : l'Ordre des

infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). En 2014-2015, 10,8 % des effectifs de l'OIIQ étaient des hommes, soit 7 454 infirmiers sur un total de 69 242 membres. Pour l'OIIAQ, 3 008 hommes étaient inscrits au tableau des membres lors du renouvellement en date du 31 mars 2016, composant 11,5 % du total des 29 148 membres inscrits (Ruiller, 2008). Ainsi, le pourcentage total d'hommes en soins infirmiers se situe aux alentours de 10 %, un nombre étant clairement en dessous du 30 % établi par Lupien (2010) pour désigner une profession non traditionnelle.

3.3.3 L'état des infirmiers d'aujourd'hui

Les données concernant le stress professionnel chez les hommes infirmiers demeurent rares et les conclusions livrées à ce jour sont encore à un stade hypothétique. Parmi les quelques recherches réalisées sur le sujet, Bekker, Croon et Bressers (2005) constatent que les hommes infirmiers de leur étude vivent de la détresse psychologique de manière plus prononcée que les femmes infirmières. Il est intéressant de soullever que ce constat est contraire à la population générale des travailleurs : les femmes, de manière générale, vivent la détresse psychologique de manière plus prononcée que les hommes. Ces auteurs constatent aussi dans leur recension des écrits que l'absentéisme à court terme est plus fréquent chez les femmes, alors que l'absentéisme à long terme est plus fréquent chez les hommes. Cela porte à croire que le fait de se retrouver en minorité dans une profession à forte majorité de l'autre sexe (féminine dans ce cas-ci) représente une condition favorisant la détresse au travail de manière plus aigüe (Evans et Steptoe, 2002). Hormis ces quelques constats, quels sont exactement les défis que rencontre un homme lorsqu'il entre dans la profession infirmière ?

D'abord, il y a l'ensemble des problèmes rattachés à l'image personnelle de l'infirmier. Par exemple, le stéréotype qui veut qu'un homme qui choisit cette profession soit homosexuel ou efféminé demeure largement véhiculé encore aujourd'hui (Genua, 2005). De plus, devoir offrir des soins intimes, tels que les soins d'hygiène, représenterait un autre défi, certaines clientèles présentant un malaise à

être soigné par un homme (Lupton, 2006), notamment, selon Evans et Steptoe (2002), parce que plusieurs rattachent encore la masculinité avec la déviance sexuelle.

Hormis cette vision portée de l'extérieur vers les infirmiers, il y a aussi la vision interne, soit la vision qu'ont les hommes d'eux-mêmes lorsqu'ils choisissent cette profession. En effet, la négociation intérieure de ces hommes sur les comportements à faire pour être reconnus en tant qu'hommes, en comparaison aux comportements qu'exige la pratique infirmière, amène parfois des conflits intérieurs et identitaires complexes (Simpson, 2011). Heikes (1991) avance qu'un conflit est inévitable pour ces hommes, ce conflit étant entraîné par une socialisation de genre incompatible entre le fait d'être homme et celui d'être infirmier. La négociation constante découlant de cette incompatibilité entraînerait un stress supplémentaire aux hommes qui souhaitent bien performer au travail, tout en restant en adéquation avec l'image personnelle masculine qu'ils ont d'eux-mêmes.

Par ailleurs, l'aspect relationnel avec les collègues de travail, notamment les collègues de sexe féminin, contribuerait également aux défis et aux difficultés rencontrées. Par exemple, certains infirmiers disent se sentir volontairement exclus des conversations avec leurs homologues féminines, par exemple lors des pauses ou sur les heures de repas au travail (Heikes, 1991). Ce comportement aurait comme effet que certains infirmiers se sentent isolés et hésitent par la suite à demander de l'aide ou des conseils à leurs collègues féminines. Sur le même plan, l'évaluation que portent les infirmières sur les compétences de leurs collègues infirmiers masculins influence grandement la qualité du climat de travail. À ce sujet, les infirmières auraient des opinions partagées quant aux capacités des hommes d'offrir des soins (Simpson, 2011). En effet, selon l'étude de Snyder et Green (2008), alors que certaines voient l'adhésion des hommes à cette profession d'un bon œil, d'autres considèrent que les femmes possèdent davantage les caractéristiques « intrinsèques » pour être de bonnes soignantes, ce que les hommes n'auraient pas. Ces résultats se retrouvent également dans l'étude de Simpson (2011).

En somme, les études indiquent une double pression au travail. La première proviendrait des infirmiers eux-mêmes, avec la négociation perpétuelle entre les exigences pour préserver une identité masculine et les exigences de la profession. La deuxième proviendrait du regard porté par l'extérieur, notamment les collègues féminines. L'ambivalence mentionnée par les infirmières en regard des compétences de leurs collègues masculins, ainsi que les préjugés encore présents que les infirmiers sont nécessairement efféminés ou homosexuels, apportent une lourde discrimination pour ces hommes. L'infirmier porte donc un double stigmate : l'inadéquation avec sa propre vision de ce qu'est être un homme et cette même inadéquation provenant de la vision des autres personnes l'entourant.

Pour clore cette partie, il appert important de préciser brièvement la distinction de l'usage du terme sexe et du terme genre, termes utilisés tout au long de cette thèse. L'extrait suivant de l'article scientifique de Dorais (2015 : 5) décrit clairement cette distinction entre sexe et genre :

[...] le sexe d'une personne désignera essentiellement les caractéristiques physiologiques qui font en sorte qu'elle a été désignée à sa naissance comme étant de sexe mâle, femelle, indéterminé, ou encore comme étant intersexuée. [...] Le genre, lui, est plutôt d'ordre social et culturel. Il réfère à ce qui est considéré comme masculin ou féminin dans une société donnée à un certain moment de son histoire.

En résumé, le sexe renvoie aux caractéristiques biologiques, tandis que le genre fait plutôt référence à la construction sociale et culturelle modulant les comportements et manières d'agir comme appartenant plus à un genre qu'à l'autre.

3.3.4 L'influence du genre masculin dans la pratique des soins infirmiers

Ainsi, les hommes qui choisissent volontairement de pratiquer une profession traditionnellement reconnue comme féminine seraient conscients, à différents niveaux, des conflits de genre opérés par ce choix. Les quelques études sur le sujet indiquent que ceux persistant dans ce domaine d'emploi mettent en exercice

différents moyens pour conserver un équilibre entre leur image masculine et la pratique des soins infirmiers, ce que Kanner et al. (1981 : 588) nomment *mobilizing masculinity*, qui : « *refers to men's use of practices in the workplace that implicate, or "bring to bear," masculinities in a given situation* ». Un exemple de cette mobilisation de la masculinité consiste au fait que les infirmiers auraient tendance à mettre l'accent sur les compétences techniques plutôt que sur les compétences relationnelles exigées par l'emploi (Cottingham, 2014). Lazarus et Folkman (1984) constatent cette même division, soit que les hommes préfèrent les tâches techniques et évitent les tâches de soins. Or, Evans et Steptoe (2002) indiquent que ce détachement des hommes envers les tâches de soins vient en partie de la crainte d'être jugés par leurs collègues féminines, spécialement celles ne voyant pas les hommes pratiquant la profession d'un bon œil. En réduisant les tâches de soins au minimum, les opportunités d'être évalués demeurent minimales. Dans la même veine, les participants de l'étude de Simpson (2011) considèrent que les femmes s'en sortent mieux dans les situations exigeant un soutien relationnel intense avec les clients, tandis que les hommes brillent davantage dans les situations pour lesquelles des décisions importantes doivent être prises dans un contexte d'urgence et de grand stress, par exemple la priorisation des soins lorsque plusieurs personnes arrivent en même temps à l'urgence dans un état critique.

Sur un sujet de même nature, Heikes (1991) identifie trois catégories de comportements utilisés par des hommes en soins infirmiers qui cherchent à préserver leur sentiment de masculinité, soit les hommes axés sur la promotion (*Ladderclimber*), ceux que l'auteur qualifie de faiseurs de trouble (*Troublemaker*) et enfin les surhommes (*He-man*). À noter que les termes français utilisés proviennent d'une traduction libre, les termes anglophones de l'auteur n'ayant jamais été traduits en français. La catégorie des hommes axés sur la promotion (*Ladderclimber*) représente ceux qui cherchent les promotions vers des postes de direction et de gestion. L'exercice d'un poste de plus haut niveau, avec plus de responsabilités et de gestion, procure aux hommes de cette catégorie un sentiment de pouvoir qui rejoindrait les normes de la masculinité traditionnelle. Ceux de la catégorie des faiseurs de trouble (*Troublemaker*) auraient tendance à défier l'autorité de leur

supérieur ou à remettre en question les procédures en place dans leur établissement. Enfin, les hommes figurant dans la catégorie des surhommes (*He-man*) seraient ceux qui mettent en valeur leur force physique pour accomplir certaines tâches, tel que de lever une personne ou de la contrôler physiquement si elle est violente. Par cette capacité physique, l'homme se valoriserait dans ses tâches infirmières par l'usage d'un trait reconnu traditionnellement comme masculin : la force physique.

En résumé, même si les divisions de Heikes (1991) manquent de nuances, l'auteur expose bien ce que plusieurs études soulèvent aussi, soit que les hommes sont conscients de cette contradiction qui semble être présente dans les normes sociales entre être homme et être infirmier, de telle sorte que certains mettraient en place des stratégies et des comportements pour atténuer les effets de cette contradiction dans ces rôles. Un stress intrinsèque supplémentaire serait donc présent chez ces hommes, qui doivent conjuguer avec l'exercice de leur profession, tout en maintenant une image saine et équilibrée d'eux en tant qu'homme.

3.4 Les limites des écrits sur les infirmiers

Les écrits actuels sur les problèmes et les spécificités liés au genre masculin en soins infirmiers s'avèrent encore insuffisants pour bien comprendre les réalités de ces hommes. Plusieurs lacunes restent à combler par les recherches futures auprès de cette population. Tout d'abord, davantage d'études de nature qualitative sont nécessaires afin de mieux saisir les spécificités du genre masculin dans l'exercice de la profession infirmière, de même que sur le vécu du stress professionnel, permettant ainsi d'en avoir une analyse plus fine (LaRocco, 2007). En fait, les études sur le stress professionnel auprès du personnel infirmier se concentrent souvent sur les femmes, qui composent l'essentiel des échantillons étudiés. Peu de place est donc laissée aux hommes pour exprimer leur propre voix sur leurs réalités. Ensuite, les prochaines études doivent regarder davantage les implications positives et

négatives du réseau social (Roth et Coleman, 2008). Rochlen, Good et Carver (2009) démontrent que le soutien social et les liens qu'entretiennent les hommes en soins infirmiers jouent un rôle majeur sur la présence ou l'absence de stress professionnel. Ces auteurs spécifient qu'il faut étudier davantage les relations avec les collègues de travail et regarder au-delà du milieu de travail, notamment le réseau social des hommes en soins infirmiers, soit la famille, les amis et les autres personnes significatives. Cet exercice permettrait de cibler les facteurs aidants et les facteurs de risque provenant de la sphère relationnelle et non plus seulement de la sphère personnelle.

Les besoins mentionnés précédemment en regard des études futures sur les infirmiers rappellent l'importance d'étudier les différentes stratégies d'adaptation utilisées par ces hommes. En effet, une attention plus importante doit être tournée sur les infirmiers qui se portent bien. Par l'analyse des propos de ces hommes, l'accès aux perceptions qu'ils ont des soins infirmiers et de leurs stratégies d'adaptation positives devient atteignable. Les écrits, déjà peu nombreux sur les facteurs de stress vécus par les infirmiers en rapport avec leur genre, sont encore plus rares lorsqu'il s'agit d'en observer les forces.

Enfin, une dernière limite est liée à l'absence d'études sur le rôle de l'organisation de travail sur l'influence générée de la profession infirmière et sur le stress vécu au travail (Cottingham, 2014 ; Roth et Coleman, 2008). Quelques études ont exploré les contraintes liées au genre provenant de l'infirmier lui-même et de ses collègues de travail, mais très rarement de la part de l'organisation de travail. En effet, les études sont rarissimes sur le rôle qu'occupe l'organisation de travail dans la perpétuation des stéréotypes générés rattachés à la pratique infirmière. Est-ce que l'employeur met en place des moyens pour diminuer la stigmatisation des infirmiers ? Est-ce qu'une attention est portée sur les défis qu'entraîne le fait d'être un homme dans une profession traditionnellement féminine ? Les infirmiers ont-ils des ressources disponibles sur le milieu de travail en cas de préjudices rattachés à leur genre masculin ? Bref, selon Cottingham (2014), les études futures doivent explorer le rôle de l'organisation de travail sur le maintien des stéréotypes véhiculés envers

les infirmiers, afin de déceler des solutions possibles pour diminuer et cesser cette stigmatisation que portent les hommes ayant décidé de pratiquer les soins infirmiers. Pour cet auteur, exclure le rôle de l'organisation de travail sur le stress vécu par les hommes en soins infirmiers ferme la porte à la mise sur pied de stratégies organisationnelles visant à contrer les difficultés propres aux réalités infirmières.

Pour conclure, il y a encore bien à faire pour comprendre le stress professionnel chez les infirmiers, ainsi que le rôle du genre masculin dans cette problématique. Les écrits restent hypothétiques dans leur résultat, exigeant des études futures afin de confirmer ou infirmer les réflexions actuelles sur les difficultés vécues par cette population. Différents aspects, dont la place de l'organisation de travail, restent encore à explorer. Bref, autant d'aspects et de considérations que prend en considération cette thèse afin de venir alimenter les réflexions et les besoins de la recherche portant sur le stress professionnel vécu par les infirmiers.

3.5 Les soins infirmiers et le soin

Avant de poursuivre sur la situation des infirmiers, il convient d'éclaircir l'usage qu'auront les termes « soins infirmiers » et « soin » à l'intérieur de ce texte. Bien que cette partie bifurque momentanément de la thématique du stress en soins infirmiers, elle demeure importante, car elle vise à délimiter l'utilisation de deux termes qui seront utilisés régulièrement à l'intérieur de cette recherche. Il est donc essentiel que le lecteur puisse saisir dès le départ la signification de chacun de ces termes. De plus, certains résultats issus du partage des répondants obligent une mise en relation de ces deux termes, renforçant alors l'importance de bien les distinguer. Chacun de ces termes possède une définition particulière, dont plusieurs auteurs ont débattu et décortiqué le sens pouvant être de multiples natures (philosophique, anthropologique, sociale, médicale) (Remy-Largeau, 2011). Sans entrer dans toutes les subtilités que ce débat peut soulever, car là n'est pas le propos prioritaire de

cette thèse, les paragraphes suivants serviront de références quant au sens qu'auront les termes soins infirmiers et soin dans le cadre de cette thèse.

Tout d'abord, les **soins infirmiers** font référence à l'exercice de la profession infirmière. Ce concept agit dans un cadre légal, par le fait qu'il faut avoir complété la formation nécessaire, ainsi qu'adhérer à un ordre professionnel avant d'être légalement en droit de pratiquer les soins infirmiers. De plus, l'ensemble des soins infirmiers sont régis par un cadre de pratique, englobant les actes réservés et les rôles attendus envers cette profession, pour ne mentionner que ces deux points. En bref, l'usage de l'expression « soins infirmiers » à l'intérieur de cette thèse renvoie à la profession elle-même, dont les porteurs du titre d'infirmier ou d'infirmière sont soumis à un ensemble d'obligations légales et éthiques (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016).

Ensuite, le **soin**, pour sa part, revêt une connotation plus générale, dépassant les soins infirmiers. Plusieurs écoles de pensée tentent toutes à leur façon de décrire et de circonscrire le sens et la portée du soin à l'intérieur d'une société (Saillant et Gagnon, 1999). Bien qu'il existe, de par ces différentes écoles de pensées, de multiples définitions de ce qu'est le soin, deux définitions sont retenues pour clarifier le sens utilisé dans l'usage de ce mot pour cette thèse. La première définition provient de Mayeroff (1971, dans Hesbeen, 1999 : 2) qui définit le soin comme « l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement ». La deuxième définition provient de Hesbeen (1999 : 8) qui décrit le soin ainsi : « prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière, et ce, dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé ».

Ce qu'il faut retenir, c'est que ce souci des besoins de l'autre n'est pas circonscrit à un milieu précis, ni à des acteurs précis. L'infirmier qui replace l'oreiller de la personne dont il prend soin pour son confort, le travailleur social qui accompagne une personne en fin de vie ou encore une mère qui donne le bain à son enfant font tous acte de soin. Le mot « soin » utilisé dans ces exemples n'est pas synonyme de

« soins infirmiers », ce dernier renvoyant plutôt aux tâches professionnelles des soins que prodiguent les infirmiers et infirmières dans le cadre de leurs fonctions.

Maintenant que les termes soins infirmiers et soin ont été définis, les sections suivantes vont se concentrer sur les défis rencontrés par les hommes lorsqu'ils souhaitent entrer dans la profession des soins infirmiers. Tout d'abord, une présentation des critiques et des débats actuels sur le soin est effectuée afin d'élaborer les différentes idées existantes sur l'impact de la perception du soin sur les infirmiers. Ensuite, les impacts de ces débats sur l'organisation et la structuration de la pensée des différents acteurs impliqués seront élaborés. Enfin, quelques pistes de solutions auprès de différents acteurs sont nommées pour permettre l'éclaircissement du lien insidieux entre le soin en général, et le soin infirmier en particulier, avec le genre.

3.5.1 Les critiques et débats actuels sur le soin et le genre

Une source importante des débats sur la situation des hommes décident de pratiquer les soins infirmiers réside dans la manière dont les hommes arriment la pratique d'une profession catégorisée comme étant davantage féminine à leur genre masculin (Rochlen, Good et Carver, 2009 ; Roth et Coleman, 2008). Certains auteurs considèrent qu'une partie de la réponse provient du fait que le questionnement par les hommes eux-mêmes de l'aspect genré des soins infirmiers est manquant (Simpson, 2011).

En réaction à cette hypothèse de Simpson (2011), Cottingham (2014) invite les hommes à créer leurs propres modèles d'infirmiers, sans reflet fidèle à celui des femmes. Brièvement, l'étude de cette auteure est basée sur l'analyse de différents médiums ayant été utilisés par des agences de recrutement d'effectif infirmier aux États-Unis. L'auteure démontre, à travers l'analyse de ces médiums, la portée de l'utilisation des caractéristiques masculines pour inciter les hommes à choisir les soins infirmiers comme profession. L'auteure constate dans ses résultats que même les outils promotionnels sont confus dans les rattachements possibles entre le genre masculin et la profession infirmière, n'a aidant pas les hommes qui souhaitent intégrer

cette profession à mieux se définir à travers elle. En constat de ce résultat, l'auteure rappelle l'importance pour ces hommes de remettre eux-mêmes en question les valeurs et les attitudes mises en place par la masculinité traditionnelle, qui valorise notamment le stoïcisme et censure l'expression des émotions (Pleck, 1981). L'influence de la masculinité traditionnelle serait une barrière importante à la prise de conscience des hommes du rôle du genre masculin dans la pratique des soins infirmiers. Par ailleurs, le constat que certains hommes peuvent baser la structuration du genre dans la pratique infirmière en se basant sur les avancées des femmes amène le besoin d'identifier une autre façon de voir la place du genre dans la pratique des soins infirmiers. Par exemple, plutôt que de se questionner sur comment faire différemment des femmes, les infirmiers devraient, selon cette auteure, se demander comment agir comme hommes lorsqu'ils pratiquent les tâches rattachées à la profession. Selon les résultats de sa recherche, la réponse va alors d'un continuum intérieur (ce que je suis en tant qu'homme) vers l'extérieur (comment j'exprime ma pratique infirmière selon qui je suis), plutôt qu'un continuum extérieur (ce que les femmes sont dans le domaine infirmier) vers l'intérieur (comment je m'adapte à ce que je constate en tant qu'homme).

À un plus haut niveau, lorsque l'on dépasse la dynamique genrée modulant la pratique des soins infirmiers pour plutôt aller à la réflexion de la dynamique du soin selon le genre masculin, l'exercice devient encore plus complexe. En effet, pour Butler (1990), le concept même du soin est pour l'instant l'antithèse de la masculinité. Antithèse, car le soin en lui-même n'a rien de performant, alors que l'image masculine, selon elle, est en grande partie basée sur la performance. De plus, pour Brugère (2008), le soin reflète l'intimité et les sentiments empathiques, renvoyant alors davantage à l'image maternante de la mère qu'à celle du père. De par ces différents constats par toutes ces auteures, les infirmiers ont devant eux un important questionnement identitaire à effectuer afin de trouver une adéquation dans l'intégration du soin à l'intérieur de leur pratique en soins infirmiers. De plus, cette intégration doit aussi être en adéquation avec leur identité masculine, exercice qui dépasse alors largement la simple pratique des soins infirmiers, le soin étant présent dans toutes les sphères de leurs vies.

Bien que Brugère (2008) soulève que le soin possède certaines valeurs rattachées à la féminité, elle précise également que cet aspect ne devrait pas fermer la porte aux hommes. Dans ses écrits, Brugère emploie le terme sollicitude (terme qu'elle utilise pour faire mention du soin et qu'elle définit comme étant de : « se préoccuper de quelqu'un, s'occuper de ceux et de celles qui en ont besoin à un moment donné, dans un contexte particulier (Brugère, 2009 : 140) ». L'auteure mentionne que le problème derrière le soin est justement le fait qu'on tente de lui appliquer un genre. Certes, selon cette perspective, une remise en question des rôles genrés socialement acceptés doit être mise à l'épreuve, mais encore mieux, le soin lui-même doit viser à être dégenré. Pour y arriver, Brugère (2008) considère que les hommes doivent dépasser ce marquage genré imposé sur la sollicitude, par un questionnement continu des pratiques et mœurs sociétales encourageant ce marquage.

Pour revenir davantage à la profession infirmière et à la division genrée des soins infirmiers, les différents auteurs ayant écrit sur le sujet considèrent l'entrée des hommes dans la profession comme étant une partie de la solution pour amener la pratique infirmière à ne plus être genrée. Pour ces auteurs, les soins infirmiers sont socialement rattachés au genre féminin parce qu'il existe une répétition des gestes et des attitudes approuvés et encouragés par la société qui renforce la construction sociale et culturelle acceptée qu'une femme pratiquant les tâches de soins, en particulier de soins infirmiers, est plus à sa place qu'un homme faisant de même. Cela maintient une conception des soins infirmiers comme relevant de la sphère féminine. Pour Cottingham (2014), une entrée soutenue et progressive des hommes dans la profession infirmière, qui font et pratiquent les soins infirmiers de manière répétée, commence une nouvelle chaîne pouvant changer les mentalités et la construction sociale et culturelle existante sur le genre attribué à l'exercice de cette profession. Lorsque l'on approfondit la réflexion des auteurs sur le besoin de « dégenrer » la pratique infirmière, l'objectif est que cette répétition de gestes dans la sphère des tâches soignantes de la profession par les hommes infirmiers devienne autant respectée et reconnue que pour leurs homologues féminines, pour ensuite faire en sorte que, dans la conception sociale des soins infirmiers, ceux-ci

soient « interchangeables », c'est-à-dire pouvant être autant réalisés par un homme que par une femme. Une fois ce point atteint, alors la pratique des soins infirmiers peut espérer se détacher du genre.

Bien que les critiques et les débats sur la conception genrée de la pratique infirmière soient très avancés sur le plan théorique, le contexte sur le terrain est tout autre : le ratio d'hommes en sciences infirmières reste minoritaire, se situant aux alentours de 10% depuis les années 2000 en Amérique du Nord (Canadian Nurses Association, 2008 ; U.S. Census Bureau, 2013), reflétant que les soins infirmiers relèvent encore, pour la société, du genre féminin. Les prochaines pages abordent les transformations et les actions jugées nécessaires par plusieurs acteurs pour amener progressivement un changement de mentalité.

3.5.2 Le rôle des acteurs sur la transformation de la vision genrée des soins infirmiers

LaRocco (2007), lors de son étude qualitative étudiant la progression de 20 infirmiers américains dans leur carrière, a classifié le processus de socialisation des hommes ayant choisi la profession infirmière en quatre grandes étapes. La première étape regroupe la période qui précède le moment de la décision d'étudier en sciences infirmières. Durant cette étape, les garçons sont amenés, par le système scolaire, à commencer une réflexion sur la carrière qu'ils veulent choisir lorsqu'ils seront adultes. L'ouverture des professeurs, des conseillers en orientation et de l'entourage du garçon à ce qu'il puisse considérer devenir infirmier comme emploi futur consiste en un moment fort de la première étape. La deuxième étape débute avec la décision de s'inscrire en sciences infirmières. À cette étape, l'ouverture et l'optimisme des parents, de la famille élargie et des amis, représente un aspect important pour le maintien ou non de la décision de l'homme de s'inscrire dans ce champ d'études. La troisième étape, pour sa part, comprend la période d'étude en soins infirmiers, de l'entrée jusqu'à la diplomation. Pour LaRocco, les facteurs déterminants soulevés par les répondants de son étude quant au choix de compléter ou de quitter le programme sont la présence de modèles masculins (professeurs, superviseurs de stage) et la possibilité d'avoir un mentorat avec un infirmier d'expérience. Enfin, la quatrième étape débute dès que l'homme commence à pratiquer comme infirmier.

LaRocco constate que trois éléments influencent la décision de l'infirmier de rester dans sa profession ou de plutôt changer de carrière : le soutien de la famille et des amis, la satisfaction de la carrière et l'ouverture des collègues et de l'employeur à ce qu'un homme pratique la profession. Selon l'auteur, plus ces éléments sont positifs, plus les chances sont élevées que l'homme persévère dans cette profession.

De par cette socialisation structurée en étape par LaRocco (2007), il est possible de cibler quelques acteurs spécifiques pouvant influencer la dégenrisation des soins infirmiers : la famille, le système scolaire, les collègues et l'employeur.

La famille est le premier lieu de socialisation pour tout enfant. La culture familiale influence grandement la manière dont l'enfant perçoit le monde, et cela n'est pas différent quand il s'agit de pouvoir considérer l'emploi d'infirmier comme un choix possible ou non. Lorsqu'il est question du rôle de la famille dans la socialisation positive des garçons envers le soin de manière générale, Cottingham (2014) avance que les parents ne devraient pas hésiter à initier leurs garçons à la sphère du soin dans toute sa globalité. Cela peut autant passer par le jeu, que par la participation dans l'aide aux soins s'il a des frères ou des sœurs. En fait, les recherches étudiant le parcours des hommes les ayant amenés en sciences infirmières constatent que, bien souvent, l'infirmier a été en contact dès son jeune âge avec l'univers du soin par le biais d'un membre de la famille, souvent la mère, qui pratiquait déjà comme infirmier ou infirmière. Bref, une exposition en bas âge des garçons à la sphère du soin en général, et du soin infirmier en particulier, ne peut que contribuer à normaliser que ces actes puissent être posés par des hommes, et donc enlever une première couche de stigmatisation potentielle ressentie par l'homme dans l'action de soigner.

Pour le système scolaire, le rôle n'est pas le même selon le niveau d'étude du garçon. À l'école primaire, le rôle des professeurs et des éducateurs est d'amener les enfants, garçons et filles, à choisir des activités qu'ils souhaitent faire, parce qu'ils le veulent, et non parce que leur genre prescrit ce qu'ils devraient supposément vouloir faire (Eccles, Jacobs et Harold, 1990). Un garçon que l'éducatrice laisse

jouer à la poupée avec sa camarade de classe s'initie déjà partiellement à la sphère du soin, mais surtout, il ne ressent pas de jugement de la part des autres à le faire. Cette situation serait bien différente si, à la place, l'éducatrice tentait de ramener constamment le garçon vers les blocs de construction ou les camions, lui disant que les poupées consistent en un jeu pour les filles. C'est déjà à partir de ce moment précis que l'on commence à appliquer un rôle genré au soin. À l'école secondaire, les professeurs et les conseillers d'orientation ont la responsabilité de sensibiliser les élèves à choisir une carrière non pas selon leur sexe ni leur genre, mais selon leurs goûts, leurs intérêts, leurs valeurs et leurs passions. À la fin du secondaire, l'accompagnement de l'adolescent dans l'inscription de son choix de programme est un moment important. S'il démontre de l'intérêt à vouloir s'inscrire en soins infirmiers, et que le conseiller d'orientation le décourage, prétextant qu'il s'agit d'un domaine féminin et qu'il sera difficile pour lui de s'intégrer, alors les risques sont élevés que l'adolescent abandonne. Alors qu'au contraire, un professeur ou un conseiller d'orientation qui l'encourage dans cette voie et qui ne porte aucun jugement genré lors de la démarche participe au processus de dégenrisation du soin.

Une fois entré dans le programme en sciences infirmières, plusieurs défis s'imposent au jeune homme qui choisit cette carrière. En effet, bien souvent, les garçons se retrouvent minoritaires en nombre dans la classe, autant avec les collègues, mais aussi les professeurs. Un processus d'acceptation se produit alors de la part de ses pairs : un regard négatif peut inciter l'homme à quitter le programme, par manque de sentiment d'appartenance. De plus, davantage sur le plan structurel, plusieurs hommes sont confrontés aux manuels scolaires qui utilisent essentiellement le genre féminin pour décrire les activités professionnelles. Cela peut avoir comme effet que, tout au long de ses études de par la lecture de ses livres scolaires, l'homme intègre que la profession infirmière est essentiellement féminine. Les auteurs (Sherrod et al., 2005 ; Trossman, 2003) invitent les institutions scolaires à réviser leurs manuels afin de les garder le plus neutre possible sur le plan du genre. Enfin, un point important soulevé par plusieurs recherches est le manque de modèles pour les hommes durant leurs études (Evans et Frank, 2003). Selon ces auteurs, pour y remédier, un système de mentorat, que ce soit durant les stages ou encore

accessible sur une base volontaire tout au long du programme, permettrait aux étudiants de se référer à un infirmier déjà en emploi et ainsi être, par le fait même, sensibilisés aux réalités masculines dans la pratique de la profession. Ce système de mentorat offre un moyen présageant un bon potentiel pour remettre en question la masculinité traditionnelle et aussi pour recentrer l'homme sur le caractère non sexué du soin.

Enfin, le dernier acteur, l'employeur, entre en jeu lorsque l'homme a terminé sa formation et commence sa carrière d'infirmier. Dans la même veine que les autres acteurs, un volet important demeure l'ouverture des collègues et des supérieurs à ce qu'un homme pratique les soins infirmiers. Un milieu de travail où les collègues féminines passent constamment des commentaires désobligeants sur la qualité du travail du nouvel infirmier, basés sur le fait qu'il est un homme, risque de le décourager à rester en emploi, contrairement à des collègues accueillantes et encourageantes dans son intégration. Bien que cette socialisation des pairs à l'intérieur du milieu de travail reste un volet important, un autre volet chez l'employeur attire l'attention des chercheurs : la méthode de recrutement. En effet, Cottingham (2014) constate dans son étude que plusieurs médiums de recrutement tentent d'accrocher les hommes à choisir la profession infirmière en mettant de l'avant les valeurs stéréotypées de la masculinité traditionnelle. Deux versants s'observent dans le type de stratégies de recrutement : celles utilisant les aspects de la masculinité traditionnelle, et celles qui tentent d'utiliser des moyens alternatifs, voire même des valeurs non rattachées à la masculinité traditionnelle. Cottingham (2014) brosse la fréquence des valeurs observées lors des diverses stratégies de recrutement, qu'elle divise en deux catégories, soit celles rattachées à une vision traditionnelle de la masculinité et celles rattachées à une vision non traditionnelle de la masculinité :

Tableau 6 Codes de Cottingham (2014) sur les valeurs traditionnelles et non traditionnelles observées dans les stratégies de recrutement pour hommes infirmiers

Valeurs traditionnelles	Valeurs non traditionnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Compétences techniques et rationnelles • Autonomie/indépendance • Rôle de pourvoyeur • Athlétisme et apparence physique • Prise de risques/goût de l'aventure • Détachement émotionnel • Hétérosexualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre soin des autres/ aider les autres • Faire une différence dans la vie des autres • Travailler en équipe • Se sentir gratifié et satisfait de soi • Loisirs non traditionnels (yoga, méditation)

Un exemple frappant d'une stratégie de recrutement s'appuyant sur les valeurs associées à la masculinité traditionnelle consiste en la campagne effectuée par l'Oregon et la Virginie aux États-Unis. L'affiche principale de la campagne utilise le slogan « Êtes-vous suffisamment homme pour être infirmier ? » (*Are you man enough to be a nurse?*). Sur l'image, on voit plusieurs hommes en bonne condition physique, certains tenant une guitare, un autre ayant une ceinture d'outils de construction et un autre ayant un équipement de golf. Les termes « intelligence, courage et aptitudes techniques » (*intelligence, courage and skill*) se lisent aussi sur l'affiche. Bref, la campagne, peut-être malgré elle, a reçu de nombreuses critiques, disant que cette façon de faire ne dépeint pas une image sincère des infirmiers et qu'elle peut même accentuer la stigmatisation ressentie envers d'autres groupes d'hommes, par exemple les hommes homosexuels. Bref, pour Cottingham (2014), cette démarche ne fait, en fin de compte, qu'accentuer un stéréotype et, plutôt que de contribuer à dégénérer le soin, elle en accentue les valeurs genrées. Cottingham (2014) suggère plutôt que les stratégies utilisent des valeurs et des qualités n'ayant pas un genre prédéterminé, ciblant à la fois les hommes et les femmes. Cette méthode répond davantage, selon cette auteure, au besoin de dégénérer les soins infirmiers.

Pour terminer cette section, il est évident que l'interaction entre le soin en général, le soin infirmier en particulier, et le genre masculin apporte des questions majeures dans la réalité du vécu des infirmiers au quotidien de leur travail, mais aussi dans leur vie privée. Les soins infirmiers ont été attribués de manière tranchée à la sphère féminine avec l'arrivée des écrits de Nightingale lors du XIX^e siècle. À partir de ce moment, plusieurs débats ont émergé à savoir si la profession infirmière devait réellement revêtir un genre particulier. Les études se sont penchées sur la manière dont les hommes pourraient trouver une place confortable malgré ces enchevêtrements genrés dans la pratique des soins infirmiers. Les réflexions ont commencé par soulever le besoin que les hommes trouvent leurs propres valeurs en adéquation avec le rôle d'infirmier. Avec l'avancée des réflexions, plusieurs auteurs soulignent plutôt que l'objectif ultime est de dénier les soins infirmiers de tout genre (Halford et Leonard, 2003 ; Roth et Coleman, 2008 ; Simpson, 2011). Ainsi, les tâches de soins seraient perçues plutôt comme étant composées de valeurs, d'attitudes et d'un savoir-être qui seraient « agénrés ». Toutefois pour y arriver, un changement de mentalité au sein de la société doit s'opérer selon Butler (1990). L'implication des institutions scolaires, des milieux de travail ainsi que de la famille est perçue comme étant primordiale pour amener les hommes, dès leur jeune âge, à porter un regard sur le soin dans l'exercice infirmier, mais aussi à plus grande échelle sur l'exercice du soin de manière générale en tant qu'homme. Ce regard doit mener vers une relation entre les hommes infirmiers et leurs perceptions de l'exercice du soin pour ne plus être synonyme d'anti-masculinité et de stigmatisation identitaire, mais plutôt devenir un champ de pratique (les soins infirmiers) et une manière d'agir (le soin) adéquats, autant pour les hommes que pour les femmes.

4 La pertinence de la thèse

À travers la recension des écrits, plusieurs limites sur les connaissances actuelles du stress professionnel chez les infirmiers ont été démontrées. C'est en se basant sur ces limites, ainsi que sur les besoins exprimés par les chercheurs sur le sujet que ce projet de doctorat s'est construit. Lors des prochaines pages, la pertinence de la concrétisation de ce projet de thèse est élaborée. Cette section débute par la pertinence sociale, en faisant ressortir les besoins réels exprimés par la population à l'étude, mais aussi en démontrant ce que le présent projet peut apporter aux différents acteurs impliqués de près ou de loin, tels que les gestionnaires, les décideurs politiques, les intervenants sociaux, et enfin, les infirmiers eux-mêmes. Ensuite, l'état de la littérature scientifique est présenté dans la deuxième partie de cette section, soit la pertinence scientifique, principalement les manques et les besoins manifestés par les chercheurs sur l'état des connaissances à propos des hommes infirmiers. Ainsi, cette partie permet de bien saisir en quoi ce projet de recherche propose un angle nouveau sur le sujet d'étude, avec les retombées possibles pour la communauté scientifique.

4.1 Pertinence sociale

Depuis 1990, différents auteurs soulèvent le besoin d'étudier plus en profondeur les impacts provenant de la transformation majeure du réseau de la santé et des services sociaux, afin d'en ralentir les effets négatifs sur les travailleurs de ce milieu (Bourbonnais, Comeau, Viens, et al., 1999 ; Vezina, 1996). Malgré ce cri d'alarme, les répercussions du stress professionnel sur les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ne cessent de s'amplifier, comme le constate Bourbonnais (2000) et Soares (2011) dans leurs rapports respectifs. Les dangers sont bel et bien réels et le stress professionnel entraîne d'importants coûts humains, économiques et sociaux (Vezina, 1996).

Par ailleurs, les études actuelles mettent l'accent sur les causes et les conséquences du stress professionnel chez le personnel infirmier. Bien que cela soit une étape importante afin de bien en comprendre les enjeux, les études doivent maintenant porter sur les forces et les ressources déployées par ce personnel. En effet, malgré le contexte organisationnel difficile, plusieurs employés se portent bien et sont satisfaits de leur travail. Avoir accès aux différentes stratégies mises en place par ces personnes permettrait aux gestionnaires et aux employeurs d'accéder à des pistes de solutions plausibles à appliquer dans le milieu afin d'apporter des changements positifs durables.

De plus, un regard porté directement sur l'organisation du travail et sur ses implications devient inévitable pour les recherches futures. En effet, la littérature scientifique s'avère exhaustive quant aux impacts négatifs des transformations du réseau de la santé et des services sociaux sur les effectifs infirmiers (Bourbonnais et al., 2011 ; Bourbonnais, Comeau, Viens, et al., 1999 ; Bourbonnais, Lee-Gosselin et Pérusse, 1985 ; Duquette, Beaudet et Kérouac, 1992 ; Soares, 2011). Toutefois, les études se raréfient lorsqu'il s'agit de proposer ou d'implanter des changements organisationnels et d'en évaluer les résultats sur la qualité de vie des travailleurs. Par exemple, un questionnement émis par Duquette et ses collaborateurs (1992 : 34) en conclusion de leur rapport de recherche exprime bien la nécessité de revoir l'organisation de travail, notamment la relation entre les gestionnaires et le personnel infirmier : « les gens occupant des postes de responsabilités sont-ils invités à soutenir les soignants et à refléter, à l'occasion de leur travail, engagement véritable, contrôle empathique et défi quotidien? » Ce questionnement rejoue le constat de plusieurs autres recherches, soit que les gestionnaires ont un objectif davantage centré sur l'efficience et la réduction des coûts des services de santé et des services sociaux, tandis que le personnel infirmier et l'ensemble des intervenants du réseau se soucient davantage de la qualité des interventions et du bien-être des clients (Aiken et al., 2002 ; Bourbonnais, 2000 ; Vezina, 1996). Pour faire suite à ces recherches, Soares (2011 : 31) met en garde les gestionnaires des centres hospitaliers contre la surconcentration vers l'efficacité des services à moindres coûts, écrivant que :

Il ne faut pas proposer des solutions abracadabantes comme « le toyotisme dans les hôpitaux », car la transposition d'un modèle productif industriel vers le secteur des services ne peut jamais fonctionner compte tenu des dimensions émotionnelles et relationnelles fondamentales dans le travail des services et presque absentes dans le monde industriel.

Bref, par une analyse temporelle des écrits sur le stress professionnel du personnel infirmier dans le réseau de la santé et des services sociaux, une division franche se dessine entre les administrateurs, notamment les gestionnaires, et les différents intervenants. Or, la nécessité d'identifier des pistes permettant de rapprocher ces deux groupes existe plus que jamais. Le besoin d'étudier les moyens concrets possibles pour les gestionnaires de venir en aide et d'appuyer les effectifs infirmiers est imminent. Les résultats provenant de ce type de recherche permettraient d'émettre des possibilités de stratégies que les différents acteurs, comme les syndicats, les administrateurs et les décideurs politiques, pourraient utiliser afin de changer l'organisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux pour améliorer la santé des travailleurs.

Quant au fait d'étudier les hommes infirmiers, une meilleure compréhension des rapports entre le genre, la pratique du soin infirmier en centre hospitalier et la souffrance professionnelle permet de cibler les stratégies adéquates pour atténuer les facteurs de stress particuliers vécus par ce groupe. Les connaissances étant limitées sur les défis vécus par ces hommes, les stratégies pour leur venir en aide le sont aussi. Enfin, une meilleure compréhension de la réalité des hommes en soins infirmiers offre la capacité de déployer de meilleures stratégies de recrutement pour inciter les hommes à se joindre parmi les rangs de cette profession. En effet, Rochlen et ses collaborateurs (2009) avancent que le déploiement de stratégies efficaces de recrutement auprès des hommes serait une méthode privilégiée pour ralentir l'accroissement de la pénurie actuelle d'infirmières et d'infirmiers que connaissent le Canada et les États-Unis. Roth et Coleman (2008 : 138-139) abondent dans le même sens et avancent que :

Understanding the dynamics of perceived occupational barriers and how they relate to male recruitment is important because men represent half of the

potential nursing candidates. [...] ...men remain an untapped reservoir of potential nurses and need to be targeted through recruitment strategies.

Bref, en comprenant mieux comment les infirmiers négocient leur masculinité à travers la profession, et comment celle-ci influence leur rapport à la souffrance vécue au travail, cela devrait permettre d'identifier des moyens qui pourraient être entrepris pour faciliter leur intégration, et du coup, contribuerait à diminuer la pénurie alarmante actuelle du personnel infirmier dans le réseau de la santé et de services sociaux.

Pour conclure sur la pertinence sociale de ce sujet d'étude, Duquette et ses collaborateurs (1992 : 8) expriment de manière très éloquente, et encore d'actualité, la nécessité d'étudier le stress professionnel des effectifs infirmiers :

Enfin, en tant que société, si l'on veut assurer à la population québécoise des services de santé et sociosanitaires complets, continus et de qualité, il est urgent que les gestionnaires de la santé et des services sociaux, personnel infirmier et universitaires se concertent en vue de générer des solutions novatrices à des problèmes liés aux conditions de travail du personnel infirmier.

4.2 Pertinence scientifique

Sur le plan scientifique, il est constaté que le nombre d'écrits scientifiques portant sur les hommes infirmiers en centre hospitalier demeure faible. Cette affirmation s'avère d'autant plus vraie lorsqu'il s'agit d'explorer les stratégies utilisées par ces hommes pour apprécier leur travail malgré les défis entraînés par le stress et le genre. Rochlen et ses collaborateurs (2009) mentionnent que les études portant sur les infirmiers concentrent trop leur intérêt sur un point, soit les raisons ayant amené les hommes à choisir cette profession. Bien que ces auteurs ne nient pas l'importance de ce regard exploratoire, ils soulèvent le besoin de faire place à des études mettant en lumière les moyens utilisés par ces hommes pour rester en emploi. Pour résumer la pensée de ces auteurs, c'est une chose de comprendre les motivations amenant les hommes à choisir la profession infirmière, mais cela en est

une autre lorsqu'il s'agit de comprendre les motivations de ces mêmes hommes à exercer dans la profession à long terme.

Dans un même ordre d'idée, plusieurs aspects relatifs au genre masculin en soins infirmiers restent à explorer avant de pouvoir prétendre à une théorisation permettant d'expliquer la situation des infirmiers, constat aussi soulevé dans le texte de Roy et ses collaborateurs (2011). Sans être exhaustif, deux aspects sont à approfondir spécifiquement sur les impacts du stress rattaché à la particularité d'être un homme qui pratique les soins infirmiers. Premièrement, bien que la littérature scientifique soit abondante lorsqu'il s'agit d'étudier la situation des femmes dans un emploi traditionnellement masculin (Ostry et al., 2003 ; Quinn et Staines, 1979 ; Van der Doef et Maes, 1999), l'inverse n'est pas aussi vrai. En effet, les écrits scientifiques sur les défis et les stresseurs pour les hommes travaillant dans une profession traditionnellement féminine sont rares (Rochlen et al., 2009 ; Roth et Coleman, 2008). Étant donné le peu d'écrits sur ce sujet, les conclusions en sont encore à un stade embryonnaire, ne permettant pas de statuer sur les besoins de ces hommes et des stratégies possibles pour les soutenir contre les différentes sources de souffrance au travail. Deuxièmement, Simpson (2011) souligne que les études ne laissent pas suffisamment de place aux infirmiers qui y participent pour procéder à un exercice introspectif concernant l'influence du genre masculin sur le quotidien du travail. L'auteure poursuit cette réflexion sur le fait que les femmes ont eu la possibilité de remettre en question le discours dominant sur leur féminité, par exemple à travers les écrits de Kristensen (1995), ou encore les écrits de Butler (1990). Par ces différentes figures importantes est venue la possibilité pour les femmes de réfléchir sur les relations de pouvoir, les coutumes et les mœurs en lien avec le genre féminin. Les hommes, selon Simpson (2011), n'ont pas encore eu l'occasion d'appliquer un exercice aussi profond en rapport à leur masculinité comparativement aux démarches effectuées par les femmes concernant leur féminité. Bien que les recherches sur l'identité masculine aient connu un essor depuis les années 1980 (Genest Dufault et Dulac, 2010), il reste que plusieurs hommes présentent encore aujourd'hui des difficultés à bien identifier les influences apportées par le genre masculin dans les relations avec le monde qui les entoure,

ainsi que de reconnaître de quelle façon le genre joue un rôle dans la manière de vivre les stresseurs et de composer avec eux.

Ce constat de Simpson (2011) rejoint une autre limite des études actuelles sur les hommes en soins infirmiers œuvrant en centre hospitalier : le manque de recherche qualitative. Plusieurs auteurs mentionnent que les études actuelles sur le stress professionnel chez les infirmiers sont majoritairement de nature quantitative (Alderson, 2004a, 2009 ; Bourbonnais, 2000 ; Maranda, 1995 ; Simpson, 2011). Or, cette concentration de l'utilisation de la méthode quantitative ne permet pas de cerner les nuances dans l'expérience de chacun de ces hommes ni d'accéder à la subjectivité et aux perceptions des répondants (Godard, 2006). Morrow (2005) précise même que la recherche qualitative a cette force de pouvoir redonner une voix, une opportunité à ceux qui sont sous-représentés et donc d'accéder à une réalité qui a été auparavant gardée sous silence, force en bonne partie absente dans une recherche de nature quantitative.

À plus grande échelle, un autre reproche sur les études sur le stress consiste au fait que celles-ci s'inscrivent majoritairement dans un paradigme positiviste (Alderson, 2004b ; Maranda, 1995). En plus de ne pas permettre de saisir la complexité derrière les phénomènes humains, ce type de paradigme amène une vision davantage médicale et psychologique du stress que sociologique et psychosociale (Maranda, 1995). Les recherches passées ont davantage cherché à objectiver le stress professionnel, amenant la conclusion que certains individus sont incapables de conjuguer avec le stress alors que d'autres le sont, amenant à tort que le problème se trouve essentiellement du côté du travailleur (Alderson, 2004a). Bien que les études positivistes aient permis de faire une première théorisation sur le stress, il reste tout de même un besoin urgent d'études de nature qualitative et constructiviste. Les recherches de ce genre auront pour objectifs de décloisonner les recherches portant sur le stress professionnel et de permettre un autre angle d'analyse pouvant apporter des solutions autres que de nature individuelle, dont sur les plans relationnel et organisationnel.

En lien avec ce besoin d'élargir les horizons, deux concepts doivent être analysés lors des futures études sur le stress professionnel chez les hommes infirmiers : le soutien social et les mécanismes de défense. En effet, bien qu'il est reconnu que le soutien social représente un modérateur important du stress vécu au travail (Alderson, 2004a ; Bourbonnais, Comeau et Vézina, 1999 ; Bourbonnais et al., 1985 ; Rochlen et al., 2009), les études saisissent encore mal comment les hommes utilisent leur réseau social pour les soutenir lors de difficultés au travail (Kowalski et al., 2010 ; Mark et Smith, 2012 ; Roth et Coleman, 2008). Il en est de même lorsqu'il s'agit d'identifier les différents mécanismes de défense utilisés par les infirmiers. Certes, les hommes vivent peut-être plusieurs difficultés par le fait de pratiquer une profession non traditionnelle, mais que font ces mêmes hommes pour composer avec leur emploi ? Quels moyens utilisent-ils pour être satisfaits de leur profession ? Les réponses à ces questions restent encore absentes de la littérature scientifique. Une vision plus optimiste, par un regard porté vers les forces, les aspects satisfaisants dans le quotidien des infirmiers, doit être appliquée lors des prochaines études pour renouveler les connaissances sur le stress professionnel des infirmiers.

Pour conclure cette section, la pertinence de cette thèse par rapport aux limites soulevées consiste à apporter un vent nouveau aux écrits actuels. Les écrits sont exhaustifs sur les causes et les conséquences du stress professionnel chez le personnel infirmier. Maintenant, l'objectif doit se tourner vers les solutions pour contrer ce problème de société qui ne cesse de s'amplifier. Une meilleure compréhension de la réalité des hommes en soins infirmiers permettra de saisir la complexité derrière le fait de pratiquer une profession traditionnellement féminine, de même que de mettre en place des stratégies d'aide pour les infirmiers déjà en exercice et troisièmement de développer des stratégies de recrutement pour inviter de manière plus efficace les hommes à considérer cette profession comme emploi futur. Les bénéfices en seront triples : une meilleure compréhension du stress et des stratégies d'adaptations utilisées par les hommes, de meilleurs outils pour soutenir les hommes dans les défis en lien avec leur genre, ainsi qu'une possibilité de réduire la pénurie du personnel infirmier dans le réseau public.

5 Le cadre théorique et conceptuel

5.1 Les objectifs de recherche

La présente thèse souhaite établir le portrait type d'un infirmier qui conjugue efficacement avec la souffrance qu'il peut vivre en milieu hospitalier. Globalement, quels éléments majeurs influencent un infirmier qui se considère satisfait au travail ? À partir de cet angle, le but n'est pas de savoir comment éliminer les sources de souffrance, mais au contraire de mettre en lumière les sources de plaisir qui accentuent l'appréciation que porte l'infirmier à son travail. Ce regard porté sur ce qui favorise le maintien en emploi, plutôt que sur ce qui amène les travailleurs à ne plus être en mesure d'occuper leurs emplois, constitue une des raisons amenant le choix d'utiliser la psychodynamique du travail de Dejours (1993) comme cadre théorique principal. Dès le départ, la problématique du stress professionnel et le personnel infirmier cadrant dans l'univers de l'organisation de travail, le choix d'un cadre théorique se focalisant justement sur l'organisation de travail, s'avère tout indiqué. De plus, ce cadre théorique ne prétend pas avoir comme postulat qu'il faut nécessairement éliminer les sources de souffrance pour qu'un travailleur soit heureux. Plutôt, le travailleur doit trouver une cohérence dans l'interaction des sources de souffrance et de plaisir au quotidien de son travail, afin de bien naviguer dans tout cela. Malgré ce choix du cadre théorique, cela ne veut pas dire que les sources de souffrance sont éclipsées à l'intérieur de cette thèse, mais plutôt mises en relation avec les recherches antérieures sur ce même sujet. L'accent est toutefois porté sur les sources de plaisir, afin de conserver une cohérence avec le désir de découvrir les éléments positifs présents chez les infirmiers qui apprécient leur travail. De plus, il est à noter qu'à partir de ce point, les termes sources de souffrance et stress sont synonymes. En effet, Dejours (1993), à l'intérieur du cadre théorique de la psychodynamique du travail, utilise ce terme pour englober l'ensemble des sources de stress présentes en milieu de travail. L'usage du terme source de souffrance se trouve dès lors favorisé pour la suite de cette thèse par souci de cohérence avec le cadre théorique choisi. Ce point étant éclairci, en plus des

sources de plaisir, une attention particulier est portée sur le choix des stratégies qu'utilisent les infirmiers qui se considèrent satisfaits au travail pour conjuguer avec les difficultés rencontrées au quotidien. Enfin, de quelle manière le genre masculin influence cette satisfaction au travail ? Les écrits scientifiques mentionnent plusieurs défis du fait d'être un homme en soins infirmiers, mais est-ce qu'il existe au contraire des aspects positifs du fait d'être un homme dans la profession infirmière ? Bref, les résultats obtenus visent à permettre de présenter une image générale de l'infirmier qui se porte bien au travail.

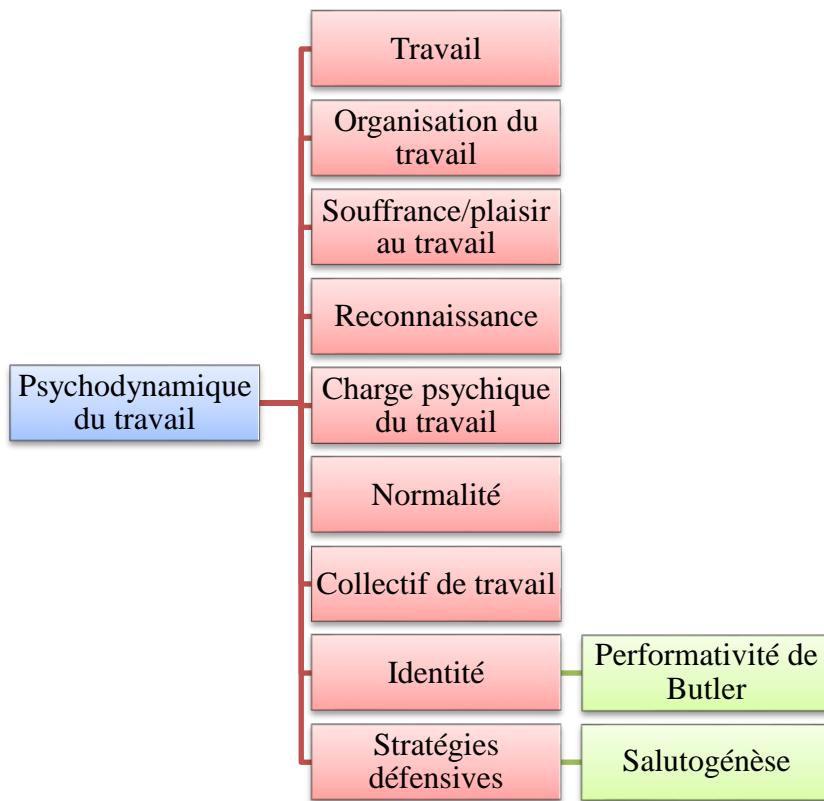
En reprenant les questions précédentes, la présente recherche se structure autour de trois objectifs spécifiques, soit :

1. Explorer les sources de plaisir et les sources de souffrance chez le personnel infirmier masculin travaillant en centre hospitalier ;
2. Identifier les différentes stratégies défensives utilisées par ces hommes pour contrer les sources de souffrance vécue au travail ;
3. Explorer les perceptions des infirmiers sur l'influence du genre masculin dans le choix des stratégies défensives utilisées pour affronter les sources de souffrance en milieu hospitalier.

Chaque objectif cible une facette importante que la thèse souhaite aborder, soit le milieu du travail, les solutions utilisées et l'identité masculine mise de l'avant par ces hommes pour maintenir l'appréciation de la pratique des soins infirmiers. Pour encadrer ces trois facettes et s'assurer de les aborder clairement, cette thèse utilise le cadre théorique de la psychodynamique du travail (PDT) de Dejours (1993). Pour compléter certains aspects précis étudiés lors de ce projet de recherche que la PDT ne couvre pas directement, soit la notion du genre et l'aspect positif derrière l'usage des stratégies défensives, un emprunt de notions issues d'autres théories est fait. Pour ce qui concerne les notions sur le genre masculin, la théorie de la performativité de Butler (1990) permet de préciser le concept d'identité décrit dans la PDT. Concernant l'exploration des stratégies d'adaptation au stress professionnel, les concepts du cadre théorique de la salutogénèse (Antonovsky, 1979) sont ajoutés à la notion des stratégies défensives déjà présente dans la PDT. En bref, cette thèse

utilise principalement le cadre théorique de la PDT, mais l'inscrit dans un cadre conceptuel plus large, par l'inclusion de la salutogénèse d'Antonovsky (1979) et de la performativité de Butler (1990). Avant de développer plus en détail le cadre théorique de la PDT, voici un tableau faisant une synthèse de ces concepts clés, ainsi que de ceux qui seront arrimés avec la théorie de la performativité de Butler (1990) et de la salutogénèse d'Antonovsky (1979) :

Tableau 7 Principaux concepts de la psychodynamique du travail de Dejours (1993)



L'objectif premier de ce tableau consiste à donner un premier aperçu des concepts principaux de la PDT, en plus d'identifier les deux concepts qui seront étoffés à l'aide de notions provenant d'autres théories. Maintenant que ce premier aperçu est terminé, les prochaines pages décrivent en détail la PDT, ses objectifs, ses postulats et ses inscriptions épistémologiques. Les différents concepts découlant de la PDT sont aussi élaborés, dans l'ordre présenté par le graphique précédent. Enfin, les deux derniers concepts, soit l'identité et les stratégies défensives, sont présentés en deux parties. La première partie reprend la définition que la PDT donne du concept.

La deuxième partie spécifie les ajouts et les modifications apportées au concept de base par l'incorporation des notions provenant de la théorie de Butler (1990) et celle d'Antonosvky (1979).

5.2 La psychodynamique du travail

5.2.1 Origine de la psychodynamique du travail

Cette théorie a émergé par le biais des travaux de Georges Friedman qui, en 1964, constate, sous l'angle de la sociologie du travail, les dégâts de la révolution industrielle sur la santé des travailleurs (Friedmann, 1964). Par la suite, Dejours (1993) poursuit cette réflexion par la mise sur pied d'une théorie qu'il nomme à cette époque la psychopathologie du travail (PPT). La naissance de cette approche s'avère en grande partie motivée par le désir de concevoir la réalité des travailleurs autrement que sous l'œil des approches théoriques centrées sur le stress (ATCS). Le reproche principal porté envers les ATCS consiste au fait que ces dernières se concentrent trop sur les capacités de l'individu au détriment du rôle de l'organisation de travail (Maranda, 1995). En effet, globalement, les ATCS avancent que la différence entre un employé en santé et un employé stressé dépend de la capacité de ce dernier à s'adapter aux exigences de son environnement de travail. Si le travailleur vit des troubles issus du stress vécu au travail, c'est donc qu'il n'a pas su développer les moyens nécessaires pour s'adapter à son emploi. Ce point de vue des ATCS laisse peu d'espace à l'interaction entre l'organisation de travail et l'employé et porte le blâme de l'inadaptation entièrement sur l'employé, plutôt que d'observer le rôle que joue l'environnement de travail (Beehr *et al.*, 2003).

Au cours des années 1980, la PPT prend de l'expansion. Les chercheurs constatent que, malgré l'augmentation des défis dans les différents milieux de travail, les travailleurs se portent généralement bien (Alderson, 2004b). Ce constat a amené le besoin d'étudier les stratégies utilisées par les employés pour maintenir leur santé mentale dans une organisation anxiogène. L'intérêt n'est donc plus porté sur ce qui amène la maladie mentale, mais plutôt sur ce qui protège les travailleurs de cette

dernière. Ce changement de perspective de la PPT mène au passage d'une approche centrée sur la maladie mentale à une approche ciblant plutôt les forces et les stratégies utilisées par les employés. Cela amène Dejours (1993) à changer le nom de son approche en 1992, rebaptisant la psychopathologie du travail sous le nom de psychodynamique du travail (Demerouti *et al.*, 2001 : 209).

5.2.2 Définition et postulats de la PDT

Dejours (1993: 207) définit la PDT comme « *l'analyse psychodynamique des processus intra et intersubjectifs mobilisés par la situation du travail* ». Selon lui, cette théorie se base sur le postulat que l'être humain tente naturellement d'adapter son potentiel à son milieu de travail afin de pouvoir se réaliser personnellement, tout en accomplissant les objectifs fixés par son employeur. Le postulat principal de cette approche propose qu'il y a un lien direct entre l'organisation du travail et la santé mentale des travailleurs. Le regard est donc porté à la fois sur les situations de travail nuisibles pour le fonctionnement psychique des travailleurs et sur les différents mécanismes utilisés par ces derniers afin de conserver leur équilibre psychique.

Concernant l'organisation de travail, Cooper et Cartwright (1997) utilisent deux termes pour résumer le rôle de l'employeur envers les travailleurs. Premièrement, l'organisation de travail doit être « équilibrante », en ce sens qu'elle doit permettre aux employés d'être créatifs à travers l'accomplissement de leur tâche de travail. Elle doit aussi être « structurante », c'est-à-dire qu'elle doit laisser une certaine flexibilité dans la manière d'atteindre les objectifs fixés par le travail. Une organisation de travail trop rigide ne permettant pas cette créativité ou cette flexibilité dans les tâches devient donc un milieu aliénant pour la santé mentale des travailleurs.

5.2.3 L'inscription épistémologique et paradigmatische de la PDT

La psychodynamique du travail constitue une approche découlant de l'épistémologie des sciences historico-herméneutiques (Alderson, 2004a ; Vezina, 1996). Ce courant considère que : « *la réalité est relative et liée au moment historique, à l'état des préoccupations sociales et à l'ensemble des connaissances disponibles* » (Alderson, 2004a : 244). En soi, l'herméneutique peut être définie comme l'art de comprendre. Elle pose donc l'empathie comme principe méthodologique de la compréhension. « Comprendre » au sens de la PDT, se joue à la fois sur le plan affectif et sur le plan cognitif. Affectif, car le chercheur doit tenter de ressentir ce que les participants vivent, et cognitif, car il doit aussi bien saisir le sens attribué par les participants à leur réalité. Dans ce contexte, un utilisateur de la PDT n'a pas à être l'expert qui analyse un milieu de travail, mais plutôt celui qui s'attarde à connaître les participants et le sens de l'expérience vécue par ceux-ci. Il agit plutôt à titre de décrypteur et d'interprète, comme le décrivent Beehr et ses collaborateurs (2003 : 39) : « *un interlocuteur qui, à travers sa subjectivité, va soutenir le travail de mise en forme de sens en interaction avec les membres du collectif étudié* ».

Au sein de cette épistémologie, la PDT s'inscrit dans un paradigme appartenant à la sociologie compréhensive. Ce paradigme met une grande importance sur le sens et les représentations que se font les individus de leur environnement et de leurs relations. Alderson (2004b : 245) considère que, par la PDT, les travailleurs incarnent : « *tantôt comme des acteurs déterminés par les contraintes organisationnelles, structurelles et managériales, tantôt comme des sujets libres ; ils sont à la fois “agis par” et “agissant sur” l’organisation de travail* ». De plus, la PDT conçoit que, pour saisir le sens des comportements observés dans les milieux de travail, il faut nécessairement comprendre les rationalités qui les gouvernent. Ce concept de rationalité est entendu par les tenants de la PDT comme étant la vision que se fait l'individu du monde, ainsi qu'à la croyance qu'un individu peut porter en lui plusieurs rationnels concernant une même réalité (Vezina, 1996). La justification des gestes commis par les travailleurs ne relève donc pas d'une seule rationalité,

rappelant l'importance de leur laisser l'espace nécessaire pour s'exprimer et pour partager leur vécu, vécu qui doit par la suite être analysé et compris par le chercheur.

Bref, par son inscription dans une épistémologie historico-herméneutique et dans le paradigme de la sociologie compréhensive, une importance capitale s'avère attribuée au sens que l'acteur donne à chacune de ses propres réalités. L'objectif premier consiste donc à comprendre plutôt que d'expliquer, d'explorer plutôt que de confirmer, ce qui éloigne la PDT des sciences expérimentales, celles-ci s'apparentant davantage aux approches du travail centrées sur le stress.

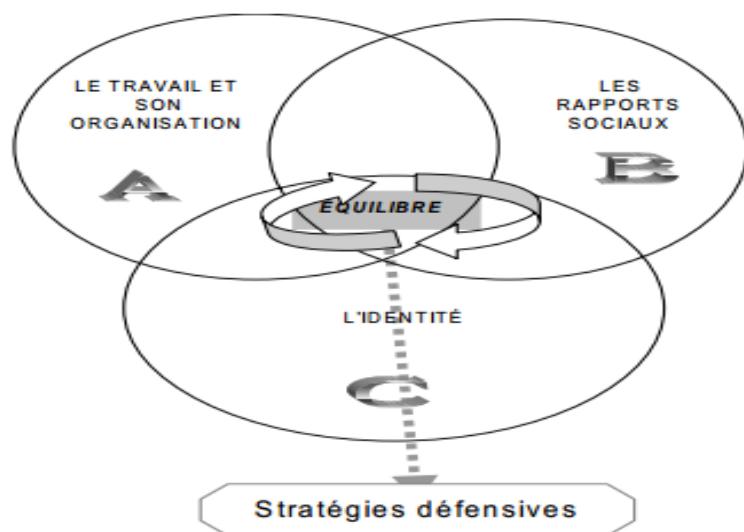
Maintenant que l'exercice de décortiquer les origines et les fondements de la PDT a été réalisé, la prochaine section définit chaque concept clé repris dans les différents travaux de Dejours (1993a; 1993; 2000; 2012).

5.2.4 Les différents concepts de la PDT

Au total, neuf concepts construisent l'élaboration théorique de la PDT. Ces concepts influencent de manière directe la façon d'analyser les données recueillies lors de cette thèse, l'importance de les définir convenablement et sans ambiguïté constitue donc une étape cruciale. Plus précisément, les concepts élaborés sont le **travail**, **l'organisation de travail**, la **souffrance et le plaisir au travail**, la **reconnaissance**, la **charge psychique** du travail, la **normalité**, le **collectif de travail**, **l'identité** et les **stratégies défensives**. Plutôt que de les présenter simplement par énumération successive, les concepts sont regroupés selon les sphères décrites par Vezina (1996) dans son article vulgarisant le cadre théorique de la PDT. Pour l'auteur, trois sphères sont constamment en interaction à l'intérieur de la PDT : 1) l'organisation du travail, 2) les rapports sociaux et 3) l'identité. Selon l'auteur, l'équilibre entre ces trois sphères doit être maintenu afin de préserver la santé mentale du travailleur. Plus le déséquilibre entre ces trois sphères est grand, plus le travailleur met en place des stratégies défensives et s'expose à vivre de la souffrance psychique et à

s'éloigner de son état d'équilibre. Quick et Tetrick (2003 : 32) ont créé un graphique résumant bien l'interaction de ces trois sphères auprès du travailleur :

Figure 6 Interactions entre les concepts de la PDT selon Quick et Tetrick (2003 : 32)



La catégorisation des concepts se base donc sur cet exercice de vulgarisation partagé par Vezina (1996) ainsi que par Quick et Tetrick (2003). À l'intérieur de la sphère du travail et de son organisation se trouve tout ce qui concerne l'environnement même de travail et ses spécificités (A). Les concepts de travail et d'organisation de travail sont abordés pour cette sphère. La sphère des rapports sociaux concerne les interactions qu'entretient le travailleur avec les autres dans le cadre de son travail. Le concept de collectif de travail résume cette sphère (B). Enfin, la sphère portant sur l'identité rassemble le plus grand nombre des concepts représentant les perceptions et les sentiments de l'individu par rapport à sa réalité en tant que travailleur (C). Les concepts d'identité, de normalité, de souffrance et plaisir au travail, de reconnaissance et enfin les stratégies défensives seront décrites à ce moment.

5.2.4.1 Sphère A : le travail et son organisation

Pour commencer, il est impossible d'aborder la PDT sans aborder le concept même du **travail**. Dans cette théorie, l'accent est porté plus précisément sur la dimension humaine du travail. En effet, selon Demerouti et al. (2001 : 220), « *le travail est par définition humain, puisqu'il est convoqué là où précisément l'ordre technologique machinal est insuffisant* ». Cet auteur considère que le travail constitue un acte essentiellement subjectif, car il n'appartient pas seulement au monde visible. En effet, bien des tâches accomplies dans le cadre d'un travail nécessitent des actes qui ne sont pas observables (Johnson et al., 2005). Par ailleurs, le travail peut être vu comme une activité de production qui transforme le monde, tout en permettant aux capacités individuelles des travailleurs de s'exprimer. La PDT approfondit cette relation entre le travailleur et la production en ajoutant un troisième aspect : la transformation même du sujet. En effet, le milieu de travail est plus qu'un milieu d'activité de production, il constitue aussi un milieu dans lequel se produisent des rapports sociaux, des constructions identitaires et ultimement, la reconnaissance sociale (Demerouti et al., 2001). Enfin, le concept du travail est important, car il représente en quelque sorte le cadre d'analyse, en étant le milieu de base où est étudiée la population ciblée par la PDT : les travailleurs.

Plus tangiblement, le terreau d'observation de la PDT peut s'identifier comme le milieu de travail, le lieu où les travailleurs se dirigent pour accomplir les tâches pour lesquelles ils ont été embauchés. La structure qui coordonne l'activité des travailleurs se nomme **l'organisation de travail**. Maranda (1995 : 228), se basant sur les écrits de Dejours, la résume ainsi : « *l'organisation du travail, quant à elle, concrétise les rapports sociaux, c'est-à-dire les modalités de réalisation de la production traduite simplement par : "qui" fait "quoi" et "comment"* ». Par contre, ce concept ne tient pas seulement à cette définition. Effectivement, avec le temps, les recherches utilisant la PDT ont constaté qu'il existait une double réalité de l'organisation du travail (Cooper et Cartwright, 1994 ; Demerouti et al., 2001 ; Johnson et al., 2005). Il y a tout d'abord *l'organisation prescrite de travail*, qui se compose des descriptions de tâches, des méthodes et des procédures décidées par

l'employeur, qui forment en quelque sorte les attentes de ce dernier envers l'employé embauché. Ensuite, il y a ce que la PDT nomme *l'organisation réelle de travail*, qui pour sa part est constituée des actions réelles effectuées par le travailleur, ou encore des tâches que celui-ci fait même si elles ne figurent pas dans la description de tâches décrites par l'employeur. Cet écart démontre qu'il est difficile de couvrir entièrement les tâches et le quotidien d'un emploi par une liste d'actions statiques, le travail étant un concept mouvant et en constante transformation. En fait, Lamontagne et ses collaborateurs (2007) suggèrent que l'organisation prescrite demeure souvent incomplète, voire inefficace, ce qui amène les travailleurs à combler ces lacunes et ces manques par des méthodes de travail différentes, mais qui répondent tout de même aux besoins exigés par l'emploi. Cette différence entre organisations prescrite et réelle n'est pas mauvaise en soi, tout dépend de la latitude qu'offre l'employeur à ses employés pour leur permettre d'adapter et d'ajuster la méthode de travail pour compenser les lacunes de l'organisation prescrite. Une grande latitude peut être source d'ingéniosité, de créativité et d'autorégulation permettant à l'employé de s'accomplir par une façon de faire qui est représentative de sa personnalité et de ses besoins. Au contraire, si la latitude permise s'avère restreinte, l'employé doit tenter de faire son travail au mieux avec les lacunes observées, sans pouvoir les changer, ce qui peut apporter une grande charge de souffrance psychique (Beehr *et al.*, 2003).

5.2.4.2 Sphère B : les rapports sociaux

Aucun emploi ne peut se réaliser seul, isolé du monde. L'employeur, les supérieurs immédiats, les collègues, les représentants syndicaux et la clientèle ne sont que quelques exemples des relations sociales qu'implique l'action de travailler. Ces relations, que la PDT nomme **collectif de travail** se définissent comme les tâches que déploient plusieurs travailleurs vers une œuvre commune (Alderson, 2004b). Le collectif de travail joue un rôle très important, soit celui de système social au sein du milieu de travail. Il incarne donc le lieu de régulation, de cohésion et de protection pour les travailleurs qui le composent. Le collectif de travail renferme la culture organisationnelle du milieu, exigeant un partage des valeurs et de normes que tous

doivent adopter pour préserver l'équilibre social (Brun, 2008). Lamontagne et ses collaborateurs (2007) ajoutent que cette culture s'observe aussi lors de l'arrivée d'un nouveau travailleur. En effet, des rites de passage se constatent dans l'organisation de travail, avec le transfert des règles du métier, des différentes traditions et du savoir-faire des employés d'expérience. Tous ces éléments représentent la culture du travail, démontrant qu'il existe une conscience collective de l'ensemble des travailleurs œuvrant dans un même milieu. Par cette vision culturelle du collectif de travail de la part de la PDT, une place importante est laissée à l'étude et à la compréhension des différentes relations construites par le travailleur à l'intérieur de ce que Demerouti et ses collaborateurs (2001) nomment parfois la « communauté d'appartenance » du travailleur.

Cela dit, la nature de tous ces différents échanges relationnels affecte l'appréciation du collectif de travail. Un infirmier recevant l'aide de ses collègues et qui est bien accepté dans son équipe de travail vit une meilleure expérience qu'un infirmier se retrouvant dans un contexte de commérages de la part de ses collègues. L'appréciation s'avère similaire en ce qui concerne l'employeur. Si ce dernier offre une bonne latitude à ses employés et démontre une reconnaissance sincère envers la qualité de leur travail, la force du collectif s'en trouve plus forte que si l'employeur refuse tout à ses employés et offre de piétres conditions de travail.

Bref, bien que cette sphère ne possède qu'un seul concept, celui-ci joue un rôle essentiel pour la PDT. En effet, par le postulat que les différentes sources de souffrance au travail proviennent de l'environnement de travail et de la dynamique entre les employés, les études utilisant la PDT concentrent leurs observations et leur analyse sur le collectif de travail, et non seulement sur le travailleur dans son individualité.

5.2.4.3 Sphère C : l'identité

Le rôle que joue le travail dans la structuration identitaire d'un individu forme une grande partie des postulats de la PDT. Outre la rémunération, le travail apporte d'autres bénéfices à l'être humain. L'un de ces bénéfices, selon Brun (2008),

consiste au fait que cette activité sert d'exutoire de l'énergie psychique du travailleur, exutoire résultant des différentes exigences du milieu de travail. Demerouti et ses collaborateurs (2001 : 82) définissent la **charge psychique** comme étant « *la participation affective de l'homme à sa situation de travail* ». En effet, sous la prémissse que l'être humain est un être devant s'accomplir, le travail doit contribuer à ce besoin qui se traduit par une dépense suffisante de la charge psychique de l'individu à l'intérieur même de sa routine de travail. Un milieu de travail n'utilisant pas les capacités personnelles de ses travailleurs, ou au contraire surutilisant ces mêmes capacités, représente un risque d'aliénation pour la santé mentale de la personne.

Par ailleurs, la PDT clarifie tout ce qui encadre la santé mentale des travailleurs. Sachant que le travail présente toujours ses défis et ses difficultés, ce cadre théorique conçoit que l'idée de « santé parfaite » n'existe pas. Pour cela, le cadre théorique utilise plutôt le terme **normalité** pour remplacer le terme « santé ». En ce sens, Dejours (1995 : 3) décrit la normalité comme « un état réel de la santé dans lesquels les sources de maladies et de souffrances sont stabilisées et compensées ». La normalité ne signifie donc pas l'absence de maladie ou de souffrance, mais plutôt que le travailleur a déployé les stratégies de défense suffisantes pour les renverser. Cela rappelle que la santé, la normalité dans ce cas-ci, n'est pas un concept statique, ou quelque chose qui peut s'acquérir de manière définitive, mais plutôt un état à toujours reconstruire (Brun, 2008).

La normalité représente en fait l'équilibre entre deux autres concepts de la PDT, **la souffrance et le plaisir au travail**. Goldgruber et Ahrens (2010 : 50) expriment bien que ces deux concepts sont complémentaires, que ceux-ci : « *ne s'articulent pas nécessairement dans un rapport d'exclusion ; c'est dire qu'ils peuvent se côtoyer* ». Cela reprend bien le concept de normalité, qui ne signifie pas l'absence de maladie, mais plutôt un équilibre sain entre les sources de stress et les facteurs de protection déployés.

La **souffrance au travail** est reconnue comme étant un facteur normal à toute situation de travail. Celle-ci peut se décrire comme étant un état de lutte permanent

que vit le travailleur pour rester dans un état de normalité et ne pas dériver vers la maladie. La souffrance se déclenche en réaction aux stresseurs présents dans le milieu de travail. Une trop grande charge de travail, un patron tyrannique, un milieu de travail inadéquat ne constituent que quelques exemples de stresseurs générant la souffrance au travail. Les souffrances ressenties selon le type de stress sont multiples : la monotonie, la peur, la déception, l'anxiété, la colère ou l'insatisfaction au travail. Lorsque la souffrance psychique devient trop élevée, elle entraîne une réduction du plaisir, une baisse de la coopération et de la solidarité avec les collègues, ainsi qu'une réduction de la convivialité au travail. La souffrance psychique n'étant pas toujours un phénomène observable, elle doit donc être décodée par le chercheur à travers les propos des travailleurs (Johnson *et al.*, 2005).

Pour sa part, le **plaisir au travail** représente plutôt l'état de bien-être psychique ressenti par le travailleur lorsqu'il répond à ses besoins de reconnaissance et que ceux-ci lui permettent de contribuer positivement à la construction de son identité. L'attachement entre le plaisir au travail et la construction identitaire constitue un facteur important pour la PDT. Ce plaisir ne s'acquierte pas uniquement par l'accomplissement des tâches exigées par le travail, mais aussi par la présence de coopération, de solidarité et de confiance au sein du collectif de travail. Il y a en quelque sorte une relation circulaire entre le plaisir au travail et le collectif : plus le collectif de travail acquiert du plaisir, plus le plaisir est maintenu et accessible pour les travailleurs qui le composent, et ainsi de suite. Bref, lorsque les chercheurs utilisant la PDT examinent un contexte de travail, ils identifient entre autres les sources de plaisir et de souffrance présentes dans l'organisation afin de comprendre l'état, bon ou mauvais, de la santé mentale des travailleurs (Goldgruber et Ahrens, 2010).

Le concept de plaisir au travail inclut la **reconnaissance**. En effet, dans les écrits de Dejours (1993 ; 2000 ; 2012), l'omniprésence du concept de reconnaissance se justifie par le fait qu'elle forme la base même de l'échange entre l'employeur et l'employé au sens de la PDT. En échange à ce qu'il apporte à l'organisation, le travailleur s'attend à une rétribution. Outre le salaire, la rétribution

fondamentalement attendue par les travailleurs, selon la PDT, existe surtout sous une forme symbolique : la reconnaissance (Demerouti *et al.*, 2001). Dejours (1993) divise la reconnaissance en deux types de jugement : le jugement d'utilité et le jugement de beauté. Le jugement d'utilité représente plutôt la relation verticale des rapports de travail, soit la relation entre le travailleur et ses supérieurs hiérarchiques. La reconnaissance pour ce type de jugement passe principalement par l'expression de la satisfaction et de l'utilité du rôle exercé par le travailleur dans l'organisation. Le jugement de beauté, pour sa part, provient plutôt d'une relation horizontale, notamment avec les collègues de travail. Demerouti et ses collaborateurs (2001) divisent le jugement de beauté en deux volets. Le premier volet concerne la reconnaissance de la qualité du travail par autrui. Par exemple, un infirmier qui reçoit l'appréciation d'un collègue sur la qualité de sa technique de prise de sang reçoit un jugement de beauté. Pour ce volet spécifique, le travailleur se fait confirmer qu'il effectue ses tâches de la bonne manière, voire même d'une manière supérieure à la moyenne. Pour le deuxième volet, il s'agit plutôt de l'appréciation du caractère original et spécifique du style de travail d'un travailleur. L'appréciation donnée confère au travailleur une reconnaissance de son identité singulière. Dans ce cas-ci, lorsqu'un infirmier reçoit comme commentaire « ton lien avec ce client est unique, seul toi es capable de prodiguer les soins convenablement grâce à ton empathie », le caractère unique de ce travailleur est reconnu et félicité par les autres. Le jugement de beauté joue un rôle particulièrement important dans le concept d'identité, car il transmet un fort sentiment de reconnaissance en plus d'être source de sens et de plaisir pour le travailleur.

Ces différents concepts à l'intérieur de la sphère C servent en fait à construire le concept d'**identité**. Pour Cooper et Cartwright (1994), il est impossible de dissocier la santé mentale de l'identité, l'un ayant une influence directe sur l'autre. Selon ces auteurs, le travail incarne une activité qui répond au besoin d'affirmation identitaire, besoin essentiel pour l'être humain. De plus, l'identité n'est jamais réellement acquise, faisant en sorte que l'individu doit constamment la réaffirmer par divers moyens. Pour ce faire, l'identité ne se construit pas uniquement par la vision personnelle que l'individu a de lui-même, mais aussi par le regard des autres. Elle

n'est donc pas statique, mais plutôt un processus interactif entre le travailleur et son environnement : elle est donc une construction qui doit couramment être négociée à travers le travail quotidien. Parmi les différentes formes de négociation de l'identité au travail, on retrouve notamment la place hiérarchique occupée par l'individu dans l'organisation, la reconnaissance exprimée par son employeur et ses collègues, le pouvoir et la latitude décisionnelle et le sens positif attribué aux tâches qu'il doit accomplir (Xanthopoulou *et al.*, 2007).

Que fait le travailleur lorsqu'il se retrouve dans un milieu anxiogène qui ne répond pas à ces besoins identitaires ? Cette question introduit en réponse l'ensemble des **stratégies défensives** incluses dans les concepts de la PDT. Selon ce cadre théorique, ces stratégies sont multiples et variées. Elles peuvent être conscientes ou inconscientes, permanentes ou temporaires, déployées à certains moments et en retrait à d'autres moments. Ces stratégies servent principalement à contrer les agressions, réelles ou perçues, provenant du milieu de travail, telles que l'absence de pouvoir, le manque de latitude décisionnelle, l'absence de soutien par les pairs, etc. Les stratégies défensives ont prioritairement comme objectif de maintenir l'équilibre psychique du travailleur (Demerouti *et al.*, 2001). Idéalement, les stratégies défensives ne devraient pas être persistantes, dans le sens qu'elles ne devraient pas se déployer parce qu'une situation problématique existe toujours, mais plutôt pour répondre aux imprévus existants au travail. Selon les théoriciens de la PDT, maintenir une stratégie défensive à long terme en réaction à une situation incorrigible peut entraîner de graves conséquences psychosomatiques et psychiques pour l'individu concerné. Par exemple, un travailleur qui utilise le déni, ou la banalisation pour contrer un sentiment d'impuissance devant une situation inadéquate perpétuelle dans son milieu de travail peut ressentir des conséquences sur son état psychique. La stratégie peut fonctionner au départ, mais, à long terme, elle se fragilise et devient inefficace (Brun, 2008).

Les pages précédentes ont décrit les différents concepts centraux de la PDT. Par cet exercice, il devient possible de constater les postulats qui structurent la PDT. En effet, dans ce cadre théorique, l'individu n'est pas le seul responsable de sa situation

au travail. Plutôt, une négociation constante s'effectue entre l'individu, ses relations de travail et l'organisation même qui l'emploie. Pour équilibrer ses souffrances et ses plaisirs au travail, afin de maintenir ses besoins identitaires, le travailleur doit parfois recourir à des stratégies défensives afin de maintenir une certaine normalité de sa santé mentale. Ce processus n'est pas permanent, mais plutôt renégocié constamment au fur et à mesure que le travailleur progresse dans sa carrière.

5.2.5 Identité et stratégies défensives appliquées à la population à l'étude

La description des concepts lors de la section précédente s'en tenait exclusivement aux écrits des auteurs clés sur la PDT, principalement, Demerouti et ses collaborateurs (2001) et Beehr et ses collaborateurs (2003). Par contre, afin de répondre aux besoins précis de la population à l'étude dans cette thèse, deux concepts sont bonifiés : l'identité et les stratégies défensives.

5.2.5.1 L'identité de genre

Bien que les écrits sur la PDT réitèrent l'importance identitaire qu'apporte le travail, le concept de genre n'y est pas abordé. La compensation de ce manque pour cette thèse s'avère donc essentielle. Pour ce faire, la théorie de la performativité de Butler (1990) s'additionne au concept d'identité de la PDT. Avant de poursuivre sur l'agencement de ces deux théories, il convient d'introduire plus précisément les postulats derrière la théorie de la performativité.

Pour commencer, un constat peut être émis lorsque l'on parle des théories de la performativité et de la PDT : certaines idées centrales se rejoignent. Par exemple, pour Beehr et ses collaborateurs (2003), le travailleur est à la fois « agit par » et « agissant sur » l'organisation de travail. La même chose est avancée par Butler (1990), amenant une réflexion similaire sur le genre. Selon elle, le genre agit à la fois sur l'individu, par la pression de conformité aux normes sociales de genre d'une société, mais ces normes sont aussi agies par ces mêmes individus, car elles ne peuvent pas exister autrement que par leur expression à travers les actions des

individus d'une collectivité. Par ailleurs, les deux courants théoriques s'accordent sur la vision dynamique : que l'on parle d'identité au travail ou d'identité de genre, toutes deux se renouvèlent et se renégocient constamment, pour atteindre une certaine forme d'équilibre intérieur pour chaque individu (Allard-Poesi et Huault, 2012).

Selon Butler (1990), le genre est indissociable de l'identité, tout simplement parce que, lors des interactions sociales, une première évaluation sur le plan social entre deux individus passe par leur genre. Par exemple, un homme n'interagit peut-être pas de la même manière avec une femme qu'avec un autre homme, comme une femme n'agit pas de la même manière auprès d'un homme qu'auprès d'une autre femme. Le contact social entre deux individus s'avère donc préalablement structuré selon le genre. Cet exemple permet de comprendre un postulat essentiel dans la théorie de la performativité, soit que le genre naît d'une construction culturelle et sociale (Baril, 2007). Le partage des rôles, tel que le modèle pourvoyeur/ménagère chez un couple, constitue un exemple frappant d'une structure sociale basée selon les genres. Un aspect positif du fait que la division des genres provient d'une construction culturelle et sociale consiste au fait qu'elle peut donc être changée et se transformer (Butler, 1990).

Retenant des éléments similaires à la théorie de la performativité pour l'appliquer au concept de sollicitude, Brugère (2008) avance qu'une analyse profonde et compréhensive de ces constructions culturelles à l'intérieur d'une société est inévitable pour remettre en question la division genrée de la sollicitude. Spécifiquement en rapport avec la population infirmière, Butler (1990) avancerait sans doute que la pratique des soins infirmiers est aujourd'hui largement féminisée justement parce que, depuis plusieurs décennies, on a octroyé cette responsabilité aux femmes. En effet, pour l'auteure, pour qu'une construction sociale soit solide, elle doit être répétée. Lorsque la répétition devient un automatisme, la construction sociale devient stable et représente alors une norme à l'intérieur d'une société ; dans ce cas-ci cette norme serait que la profession infirmière constitue une profession « naturellement » féminine. Pour briser cette même norme, Butler (1990)

soutiendrait qu'il faut la remettre en question et insérer une action qui vient ralentir la répétition. Une entrée de plus en plus marquée d'hommes dans la profession infirmière serait un exemple de cassure de cette norme. Par la présence plus importante d'hommes au sein de la profession infirmière, la répétition diminuerait, et nécessairement la norme elle-même serait remise en question, à savoir si finalement la profession infirmière incarne vraiment une discipline « naturellement » féminine.

Le dernier point pertinent de la théorie de la performativité dans son application à cette thèse concerne la notion d'homogénéité des groupes. Une des craintes exprimées par Butler (1990) par la création des groupes de défense des droits pour les homosexuels ou les transgenres est d'ignorer les individus à l'intérieur de ces groupes qui sont différents de l'ensemble du groupe (différences intragroupes). Baril (2007 : 75), dans son analyse des écrits de Butler, résume bien cette crainte :

Ce genre de politiques tend à homogénéiser les groupes donnés, à gommer les différences entre les personnes et à taire les discussions et les conflits inhérents à tout regroupement. De cette façon, les politiques identitaires normalisent les personnes, pour les faire entrer de « force » dans la définition fixe de l'identité du groupe (ou de la catégorie identitaire) ou excluent celles qui refusent de s'y plier.

Appliquée aux hommes pratiquant les soins infirmiers, cette critique est intéressante par le fait que les hommes ayant choisi cette profession n'ont sans doute pas uniformément la même réalité. Certes, plusieurs hommes vivent des difficultés à exercer la profession infirmière étant donné les pressions reliées aux normes de genre, mais qu'en est-il des autres hommes qui ne vivent pas cette réalité ? Ou encore, quels sont ceux qui voient cette réalité comme avantageuse ou bénéfique ? Les écrits actuels mettent l'accent sur les hommes stigmatisés au sein de la profession infirmière, négligeant ainsi la réalité d'autres hommes pouvant vivre cette même situation plutôt favorablement. Bref, la théorie de la performativité de Butler ajoute une partie essentielle au concept d'identité de la PDT, notamment pour tout ce qui entoure le genre. Lors de cette recherche, en plus d'analyser les moyens utilisés par les infirmiers en centre hospitalier pour affronter les sources de

souffrance du travail, une attention particulière est portée sur les stratégies impliquant le genre en particulier.

5.2.5.2 Les stratégies défensives sous l'angle de la salutogénèse

Pour Brun (2008), les stratégies défensives représentent les différents moyens que le travailleur met en place pour maintenir sa santé mentale. Toutefois, un aspect mentionné fréquemment concernant les stratégies défensives consiste au fait qu'elles « épuisent » en quelque sorte l'énergie du travailleur. Plus ce dernier doit déployer de stratégies défensives, plus il s'expose à la détresse psychologique, par une « usure » de son énergie dépensée pour activer ces stratégies (Alderson, 2004b ; Demerouti et al., 2001). Cela veut-il dire que les travailleurs ne devraient pas avoir à utiliser de stratégies défensives pour rester dans la normalité ? Si cette hypothèse se répond par l'affirmative, est-ce que cela implique que tous les efforts doivent provenir de l'employeur pour offrir un milieu de travail optimal et sans souffrance à ses employés ? Cette hypothèse s'avère difficile à entériner. Bref, le constat qui s'impose à la suite des lectures concernant le concept de stratégies défensives expliquées par la PDT est qu'il manque une perspective positive derrière les moyens de défense utilisés par les travailleurs. L'usage de stratégies doit-il toujours signifier une usure ou un épuisement de l'énergie personnelle ? C'est ce que le cadre théorique de la salutogénèse vient ajouter à la théorie de la PDT. Similairement à la section sur la théorie de la performativité, une introduction de la salutogénèse s'avère nécessaire avant de la relier avec son usage pour cette thèse.

La salutogénèse a pris forme à travers des écrits d'Antonovsky (1979). Ce dernier, lors d'une étude auprès de femmes juives ayant vécu dans des camps de concentration, constate que certaines de ces femmes se portent bien et ont même réussi à reprendre une vie dite « normale ». Par ce premier constat, Antonovsky (1979) a procédé à des entrevues plus en profondeur avec ces femmes, afin de bâtir sa première version de la salutogénèse.

Deux idées importantes s'entrecoupent entre la salutogénèse et la PDT. Premièrement, le fait que la santé n'est pas conçue comme un état fixe. En effet,

pour Antonovsky (1979), la santé se situe à l'intérieur d'un continuum santé/maladie ; il s'agit pour lui d'un processus dynamique. Cela rejoint grandement le concept de normalité de la PDT, dans lequel le travailleur n'est pas soit malade soit en pleine santé, mais plutôt en négociation sur un continuum entre ces deux pôles. Deuxièmement, la salutogénèse et la PDT presupposent toutes deux que l'individu développe des moyens pour affronter les différentes sources de souffrance. Elles presupposent aussi que les individus ne sont pas égaux et semblables sur l'accès et l'utilisation des différentes ressources pour affronter les différents facteurs de souffrance.

Le cadre théorique de la salutogénèse se fonde sur deux concepts : le sentiment de cohérence (SC) et les ressources de résistance générale (RRG). Lindström et Eriksson (2012 : 16), dans leur livre résumant l'ensemble des études d'Antonovsky, définissent le SC comme étant :

Une prédisposition générale exprimant le degré selon lequel un individu a un sentiment de confiance durable et dynamique 1) que tout au long de sa vie les stimuli de son environnement interne et externe seront structurés, prévisibles et explicables ; 2) que des ressources seront disponibles pour satisfaire aux exigences posées par ces stimuli; et 3) que ces exigences seront des défis dignes d'investissement et d'engagement.

Selon cette théorie, plus ces trois éléments sont respectés chez un individu, plus celui-ci perçoit sa vie comme cohérente, intelligible et significative. Un fort SC chez un individu l'amène à mieux identifier et utiliser les ressources disponibles pour persévérer vers la santé dans le continuum maladie santé.

Concernant maintenant les RRG, elles représentent les différents moyens développés par un individu pour affronter les situations stressantes rencontrées lors du quotidien de sa vie. Lindström et Eriksson (2012 : 17) ont traduit le tableau tiré de Antonovsky (1979 : 103) qui résume adéquatement le processus des RRG :

Tableau 8 Processus des ressources de résistance générale, tiré de Lindström et Eriksson (2012 : 17)

Une ressource de résistance générale est	1-physique, 2-biochimique, 3-artéfactuelle/matérielle, 4-cognitive, 5-émotionnelle, 6-évaluative/attitudinale, 7- interpersonnelle/relationnelle, 8-macrosocioculturelle	et est une caractéristique d'un(e)
1-individu, 2-groupe, 3-sous-culture, 4-société	qui est efficace pour	1-éviter, 2-combattre
un large éventail de facteurs de stress Empêchant ainsi ces facteurs d'être transformés en stress.		

Ces ressources sont autant présentes chez l'individu que dans son environnement immédiat et peuvent provenir autant de source matérielle (l'argent) ou immatérielle (une bonne estime de soi). Pour Antonovsky (1979), quatre RRG doivent être à la disposition d'un individu pour accroître le SC : « des activités significatives, des repères existentiels, le contact avec ses sentiments et des relations sociales » (Lindström et Eriksson, 2012 : 18). Plus important encore, l'individu doit avoir accès à ces quatre RRG, mais doit surtout être en moyen de les utiliser dans un objectif d'amélioration de la santé.

Bref, le cadre théorique de la salutogénèse vient bonifier le concept des stratégies défensives de la PDT, principalement grâce au concept du sentiment de cohérence. En effet, le SC permet de ne pas seulement regarder la stratégie utilisée, mais aussi le sens attribué à l'utilisation de celle-ci. Antonovsky (1979) écrit qu'il ne faut pas considérer le SC comme une stratégie d'adaptation ou un trait de personnalité, mais plutôt comme la prédisposition qu'a un individu devant la vie. Il faut voir le SC comme le motivateur derrière le choix d'un individu à utiliser des stratégies devant un événement stressant. Cette perspective permet d'enlever le côté négatif qu'avait le

concept des stratégies défensives de la PDT, notamment que l'usage d'une stratégie épuise l'énergie de l'individu. En imbriquant le SC dans le concept des stratégies défensives, le changement possible constitue le fait qu'un individu qui choisit une stratégie qui lui est cohérente ne subit pas une perte d'énergie, mais plutôt un regain, faisant un pas supplémentaire vers la santé. Le SC vient ajouter une étape qui nuance la décision et les répercussions d'utiliser des stratégies défensives par les individus. Elle permet d'obtenir une vision plus optimiste derrière l'utilisation des différentes ressources déployées par un travailleur dans son milieu.

Pour conclure cette section sur le cadre théorique, le regard porté sur la situation des hommes en soins infirmiers dans les centres hospitaliers se fera à l'aide de la psychodynamique du travail. Ce cadre explore l'organisation de travail, les rapports sociaux à l'intérieur de cette organisation et le rôle de l'identité du travailleur sur ces relations. Cela permet de poser une vision d'ensemble, un regard systémique du stress professionnel chez les infirmiers en centre hospitalier. Les concepts de la PDT mettent l'accent sur les répercussions du milieu de travail et des interactions sociales à l'intérieur de ce dernier sur la santé mentale du travailleur, ce qui répond à l'un des objectifs de cette thèse, soit aborder le stress professionnel d'un autre angle que sous l'angle individuel et personnel. Afin de répondre à des besoins particuliers, notamment la notion du genre masculin et de l'aspect positif des stratégies défensives, des concepts provenant de la théorie de la performativité de Butler et du cadre théorique de la salutogénèse d'Antonovsky sont empruntés pour combler les manques identifiés dans le cadre théorique principal.

Partie II : Méthodologie et éthique

6 Méthodologie et éthique

6.1 La stratégie de recrutement

Ce projet de recherche a pour objectif de mettre en lumière les différents éléments permettant aux infirmiers œuvrant en centre hospitalier de composer avec la souffrance au travail, ainsi que de se maintenir dans un emploi qu'ils jugent satisfaisant. Par le choix du cadre théorique, une grande place est laissée aux acteurs sur le sens qu'ils attribuent à cette expérience. En effet, la PDT se situant dans la sociologie compréhensive, une place privilégiée est laissée aux significations attribuées aux expériences de vie (Alderson, 2004b). Ce projet désire permettre une exploration plus en détail de la réalité des hommes en soins infirmiers œuvrant en centre hospitalier, par le biais de la recherche qualitative. Ainsi, les infirmiers peuvent exprimer le sens qu'ils donnent à leur expérience de travail. Par ailleurs, la PDT s'inscrit davantage dans un projet de nature descriptive et exploratoire. Cette orientation convient parfaitement aux besoins actuels, la thématique de recherche étant encore peu étudiée et présentant de nombreuses lacunes sur le plan des connaissances (Duquette *et al.*, 1992 ; Roy *et al.*, 2011). Enfin, la nature inductive de cette recherche laisse une large place au contenu émergeant des entrevues effectuées auprès des participants à l'étude. De plus, cette approche s'avère d'autant plus appropriée que la profession dont il est question dans cette étude diffère de celle du doctorant (Alderson, 2004a).

Avant de procéder plus en détail sur la méthodologie, une difficulté rencontrée concernant l'accès aux participants apparait importante à soulever, car celle-ci a passablement modifié l'orientation de cette recherche. En effet, au départ, le projet souhaitait rencontrer différents acteurs à l'intérieur du réseau de la santé, par exemple des gestionnaires de différents centres hospitaliers. Une observation directe sur le lieu de travail avait aussi été planifiée, afin de bonifier les observations et les conclusions possibles. Toutefois, cela n'a pas été possible pour différentes raisons administratives hors du contrôle du chercheur. Ces défis administratifs et éthiques ont exigé de passer par d'autres réseaux, notamment les ordres

professionnels des infirmiers et des infirmiers auxiliaires, pour effectuer le recrutement. Cela a permis d'accéder aux infirmiers eux-mêmes, mais non aux autres acteurs envisagés au départ de ce projet de recherche. La limite encourue par cette situation fait que seul le point de vue des infirmiers en centre hospitalier forme l'ensemble de cette étude, ne permettant pas d'établir un comparatif avec les propos de différents acteurs dans un même milieu. Le fait de pouvoir accéder à différents acteurs du réseau hospitalier aurait contribué à apporter une profondeur supplémentaire dans la compréhension des trois objectifs de recherche. Par exemple, l'opinion des gestionnaires du réseau de la santé sur les méthodes utilisées pour aider les infirmiers à gérer le stress, ou encore leur vision de l'influence du genre masculin dans la dynamique de travail, auraient enrichi l'analyse. Malheureusement, cette diversité de points de vue n'a pas été possible à atteindre étant donné le contexte administratif actuel du réseau de la santé. Cette clarification étant apportée, les prochaines pages abordent plus en détail les mesures encadrant le recrutement des participants.

6.2 Les participants

6.2.1 Population à l'étude et critères de sélection

La population à l'étude se compose d'hommes en soins infirmiers travaillant en centre hospitalier et inscrits à l'OIIQ et l'OIIAQ. Aucune limite d'âge n'a été incluse, afin de faciliter le recrutement. L'échantillon a été formé par l'usage d'une stratégie d'échantillonnage par contraste-saturation (Pires, 1997), à partir des éléments suivants : être un homme; pratiquant la profession infirmière; dans un centre hospitalier; acceptant de parler de la souffrance vécue au travail et de la manière dont il compose avec cette souffrance. Le choix des centres hospitaliers comme lieu de travail, plutôt que des cliniques privées par exemple, repose sur le fait que l'effectif infirmier de ce milieu représente un groupe largement touché lors des grandes restructurations organisationnelles des services de santé et des services

sociaux. De plus, il permet d'accéder à un éventail diversifié d'infirmiers, étant donné les différentes spécialisations possibles à l'intérieur d'un centre hospitalier, tout en restant dans une structure organisationnelle similaire pour tous. Par ailleurs, le nombre de critères de sélection a été limité volontairement, afin d'augmenter la diversification des répondants et d'accéder à une multiplicité de sens. Cette façon de faire est similaire à ce que Pires (1997) nomme la « diversification interne », celle-ci visant à décrire une réalité en profondeur par l'acquisition d'un grand nombre de points de vue différents sur une même problématique. En procédant ainsi, le but n'est pas de comparer ou de généraliser, mais bien de saisir les nuances quant au sens véhiculé par la population étudiée.

6.3 Méthode de recrutement

L'échantillon qui a été choisi est de type non probabiliste, ce qui exclut donc la notion de hasard. Plus précisément, les techniques dites « de volontaires » et « boule de neige » ont été privilégiées (Pires, 1997). La technique « de volontaires » consiste à faire appel à la population visée par l'étude à l'aide d'outils médiatiques, par exemple des affiches sur les tableaux d'affichage publics, ou par des courriels acheminés par l'entremise de certains informateurs clés du milieu. Pour sa part, la technique de « boule de neige » consiste à demander à un premier répondant de suggérer d'autres participants pour le projet, ces nouveaux participants faisant de même à leur tour. Par exemple, un premier infirmier recruté peut ensuite parler du projet à d'autres collègues masculins, qui à leur tour peuvent en parler à leur propre réseau. Concernant plus particulièrement la technique dite « de volontaires », la diffusion massive de courriels envoyés aux membres des différentes associations et des ordres professionnels rattachés aux infirmiers a été la technique de recrutement privilégiée. Concernant cet appui des différents ordres professionnels, deux partenaires en particulier ont été sollicités pour favoriser le recrutement. L'OIIQ et l'OIIAQ ont été contactés afin de diffuser l'annonce du projet parmi leurs listes de membres (Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, 2015 ; Ordre

des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). De plus, il a été possible d'afficher directement sur le site des différents ordres professionnels les détails du projet. Par ailleurs, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, composée de l'union de 60 syndicats et ayant près de 65 000 membres dans le domaine des soins infirmiers et cardiorespiratoires (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2017) a aussi été sollicitée afin de diffuser l'information parmi ses membres.

Tableau 9 Sommaire des moyens utilisés selon la méthode de recrutement, chiffre pour la période 2014-2015

Méthode de volontaires	Méthode boule de neige
<p><i>Ordres professionnels contactés :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordre des infirmières et infirmiers du Québec <ul style="list-style-type: none"> ○ 73 622 membres, dont 7829 infirmiers • Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec <ul style="list-style-type: none"> ○ 28 165 membres, dont 2917 infirmiers auxiliaires <p><i>Syndicats :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec <ul style="list-style-type: none"> ○ Regroupe 60 syndicats ○ 65 000 membres dans le domaine infirmier 	<p><i>Entre les infirmiers eux-mêmes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux infirmiers ont parlé du projet à leurs collègues, ajoutant ainsi avec succès deux autres répondants

Un premier contact, par courriel ou par téléphone selon la préférence du répondant, a été réalisé avant l'entrevue. Ce contact servait tout d'abord à vérifier si le volontaire se qualifiait aux critères sélectionnés pour cette recherche et devenir un participant. Ensuite, les participants retenus ont été informés plus en détail des sujets abordés lors de l'entrevue, notamment qu'elle portait sur la souffrance au travail, que l'accent

allait porter sur les stratégies pour y faire face, et qu'un volet sur le genre masculin allait aussi être exploré lors de l'entretien. Une fois le projet expliqué plus en détail, le participant potentiel était interrogé à savoir s'il souhaitait toujours participer à la recherche. L'objectif avec cette façon de faire est de s'assurer que le participant soit pleinement informé de ce qui est attendu de sa part à l'intérieur de cette étude. Aussi, si après discussion, il ne se sentait plus à l'aise de vouloir participer à l'étude, il lui était possible de décliner. Globalement, cette façon de faire souhaitait, dès les premiers instants, favoriser une participation libre et éclairée de la part des infirmiers intéressés. Que le volontaire participe ou non au projet, il était ensuite invité à informer ses collègues de la recherche en cours et de les inviter à prendre contact avec le chercheur, utilisant ainsi la technique de recrutement de type « boule de neige ».

6.4 Profil des répondants

Des techniques de recrutement ont permis de sélectionner 20 répondants, dont les caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le tableau suivant (tableau 9). Concernant l'âge, presque la moitié des répondants ont 30 ans et moins. Les 11 autres répondants se répartissent dans les trois autres catégories d'âge, soit un entre 31 et 40 ans, cinq entre 41 et 50 ans et cinq ayant plus de 50 ans. Malgré la prédominance des répondants de moins de 30 ans, la moyenne d'âge de l'ensemble des répondants se situe à 39 ans. Concernant l'identification professionnelle, 19 infirmiers et 1 infirmier auxiliaire ont été recrutés. Sur le plan de la scolarité, l'infirmier auxiliaire a complété un DEP, les autres infirmiers ayant complété un DEC (8) ou un baccalauréat (9) en sciences infirmières. Deux répondants ont complété une maîtrise. Par ailleurs, les répondants sont issus de cinq régions administratives (Capitale-Nationale, Montréal, Mauricie, Montérégie et Estrie). Concernant les spécialisations, on retrouve une grande hétérogénéité des départements, alors que les 20 répondants sont équitablement répartis dans 14 différents départements. Enfin, bien que la majorité travaille à temps plein et que la

moitié œuvre de jour, l'autre moitié se partage les horaires de soir, de nuit et rotatif, soit que l'infirmier alterne les différents quarts de travail selon les besoins. En bref, le portrait des participants de cette étude est suffisamment varié pour laisser présager à un accès diversifié et intéressant des différentes réalités que peut vivre un infirmier travaillant en centre hospitalier.

Tableau 10 Profils des répondants

Age			
Moins de 30 ans	31 à 40 ans	41 à 50 ans	51 ans et plus
9	1	5	5
Identification professionnelle			
Infirmier-auxiliaire		Infirmier	
1		19	
Niveau de scolarité			
Diplôme d'études professionnel	Technique collégiale	Baccalauréat	Maîtrise
1	8	9	2
Distribution par région administrative			
Capitale-Nationale	Estrie	Mauricie	Montérégie
8	8	1	1
Montréal			
2			
Domaine de pratique			
Chirurgie cardiaque	Conseiller en soins infirmiers	Gérontologie	Gestionnaire
2	1	1	2
Médecine interne	Oncologie	Pneumologie	Psychiatrie
1	1	1	1
Centre de recherche	Santé mentale – soins à domicile	Soins intensifs	Soins palliatifs
1	2	2	1
Urgence	Santé mentale – psychiatrie interne		
3	1		
Régime et horaire de travail			
<i>Temps plein</i>		<i>Temps partiel</i>	
14		6	
Jour	Soir	Nuit	Rotatif
10	4	3	3

6.5 Collecte des données

6.5.1 Entrevues individuelles

Pour ce projet, la collecte des données repose sur la réalisation d'entrevues individuelles. Plus précisément, l'entrevue semi-dirigée a été favorisée. En moyenne, les entrevues ont duré 90 minutes, la plus courte des entrevues ayant pris 50 minutes, et la plus longue 120 minutes. Ce type d'entrevue est le plus utilisé dans les méthodes qualitatives, notamment pour le degré de liberté qu'il laisse à l'*interviewer* advenant l'émergence de dimensions qu'il n'avait pas planifiées lors de l'élaboration du guide d'entrevue, sans délaisser les dimensions ciblées par ce dernier (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte, 2000). Le guide d'entrevue s'appuie sur les objectifs fixés dans le cadre de cette étude, ainsi que sur les concepts formant le cadre théorique de la PDT. Afin de permettre aux participants un partage de leur expérience laissant toute la place aux nuances, il était important que le schéma d'entrevue demeure souple et flexible, afin de laisser une place à l'émergence de nouvelles informations. De plus, la formulation des questions et le cadre de l'entrevue en général se devaient d'être structurés de manière à ce que l'entrevue ressemble plutôt à une conversation et non à un interrogatoire. Cela rejoint l'orientation paradigmique de la PDT, la sociologie compréhensive dictant que l'entrevue exige une implication empathique et respectueuse de la part du chercheur quant à la compréhension du sens et de la réalité du répondant rencontré.

6.6 Analyse des données

Une fois les entrevues complétées, les enregistrements ont été retranscrits intégralement pour permettre une analyse de contenu à l'aide du logiciel QDA Miner. Étant donné la nature du projet de recherche, l'approche générale d'analyse inductive a été choisie. Les six principes de Seligman et ses collaborateurs (2005) ont guidé l'application de l'analyse des données qualitatives sous un regard inductif. Ces six principes sont :

1. La base de l'analyse des données part des objectifs ou questions de recherche, dictant ainsi les objets à étudier par le chercheur ;
2. Les données qualitatives doivent être lues à plusieurs reprises, dans un souci d'analyse et d'interprétation, composante principale d'une analyse de nature inductive ;
3. Bien que les objectifs et questions de recherche guident l'analyse des données, il est important de s'assurer que les réponses proviennent directement du contenu analysé, et non des anticipations du chercheur. Certes, bien que les objectifs et questions de recherche posent une base au projet de recherche, ils ne doivent pas représenter des résultats à obtenir à tout prix;
4. Un objectif central de l'analyse inductive est l'émergence de catégories provenant des données brutes pour ensuite les intégrer dans un cadre ou modèle de référence;
5. Les résultats de recherche proviennent de l'interprétation du chercheur responsable de la codification des données. Il est important de rappeler que l'interprétation part de la perspective du chercheur, qui doit choisir les éléments importants et ceux qui le sont moins dans les données analysées;
6. Le chercheur doit mettre en place certaines mesures pour assurer la confiance dans la rigueur des résultats afin de pallier aux limites de sa seule interprétation des données.

6.6.1 Validité des données

Afin d'appuyer la solidité de cette recherche, plusieurs éléments de validité ont été mis en place. Tout d'abord, la saturation est un premier concept important, notamment parce qu'elle dit au chercheur quand cesser le recrutement, mais aussi parce qu'elle permet une certaine généralisation des résultats à l'intérieur du groupe étudié. Pires (1997 : 157) définit la saturation comme : « le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel théorique ». Les données colligées ont été analysées au

fur et à mesure de l'évolution du recrutement, afin d'observer s'il y avait redondance ou non des informations. Le nombre habituel pour atteindre saturation dans ce type de recherche se situe, selon les auteurs, entre 20 et 30 répondants (Miles et Huberman, 2003). Mason (2010), pour sa part, stipule à l'intérieur de sa métanalyse qu'un minimum de 15 répondants est nécessaire pour assurer la saturation lors d'une recherche qualitative classique. À partir de ce constat, le nombre de répondants ciblé lors de ce projet visait à atteindre au maximum 30 répondants. Toutefois, dès le 17^e répondant, une redondance a été observée dans les réponses données par les infirmiers rencontrés. Cette redondance s'est accrue lors de la rencontre des trois infirmiers supplémentaires, amenant la décision d'arrêter le recrutement à 20 répondants plutôt qu'à 30.

Un autre concept de validité utilisé a été de revalider la compréhension des propos des répondants directement avec eux lors des entrevues. Pour ce faire, les réponses données par les participants ont été reformulées autant que possible pour s'assurer du sens donné par ces acteurs. De plus, un résumé général de l'ensemble des réponses a été effectué à la fin de chaque entrevue avec les répondants, afin qu'ils puissent valider si le sens était bien compris par le chercheur, ou si au contraire il y avait des erreurs d'interprétation de sa part.

Enfin, l'accord interjuge est le dernier moyen utilisé pour augmenter la validité de cette recherche. Pour ce faire, l'accord interjuge s'est effectué par le biais d'un étudiant au doctorat en service social, à l'aide du livre de code comportant les descriptions pour chaque code utilisé. Ainsi, deux transcriptions ont été codifiées à nouveau par cet étudiant. Des ajustements ont été faits lors de ce processus de codification, jusqu'à ce que le chercheur et l'étudiant arrivent à une codification similaire.

6.7 Éthique

La présente recherche répond aux exigences du Comité éthique de la recherche de l'Université Laval (CERUL). Avec comme numéro d'approbation le 2015-044 / 02-

04-2015, le CERUL a autorisé le recrutement et les entrevues de cette recherche de la période du 2 avril 2015 au 1^{er} mai 2016.

Dans le cadre de cette recherche, l'éthique s'est structurée autour de trois éléments principaux, tirés du livre de Seligman et Csikszentmihalyi (2014), soit : 1) le consentement libre et éclairé des participants, 2) la mise en place de mesures préventives et 3) le respect de la confidentialité.

6.7.1 Le consentement libre et éclairé

Avant même d'effectuer l'entrevue auprès des participants, il était important que ceux-ci comprennent et approuvent l'implication exigée de leur part à ce type de recherche. Seligman et Csikszentmihalyi (2014) décrivent que le consentement libre et éclairé est atteint par trois éléments : 1) la compétence, 2) la connaissance et 3) la volition. Dans ce cadre-ci, la **compétence** représente la capacité du participant à reconnaître les attentes et les exigences de participer à ce genre d'étude, pour ensuite être en mesure de prendre une décision rationnelle en accord avec ses valeurs pour décider s'il consent ou non à participer à l'étude. La **connaissance** consiste à la compréhension chez le participant des risques et des sources d'inconfort pouvant être ressentis lors de la participation au projet. Le chercheur joue un grand rôle dans cette partie, devant informer au maximum le participant de l'implication attendue de sa part. Le chercheur doit aussi l'informer des risques connus à participer à ce genre d'étude, ainsi qu'être disponible pour répondre à toutes les questions et craintes du participant. Enfin, la **volition** signifie la capacité d'offrir un consentement sans pression ni contrainte externe. La participation à cette étude ne devait pas être issue de l'utilisation de moyens coercitifs incitant les individus visés à participer malgré eux. Par exemple, les employeurs des différents milieux hospitaliers ne devaient pas obliger des membres de leur personnel infirmier à participer à cette étude et le choix de la participation ou non à cette étude ne devait pas influencer sur les possibilités d'avancement et de carrière des participants. Le chercheur devait informer que les participants étaient libres de se retirer à tout moment du processus de recherche, et ce, sans aucune conséquence. Bref, lorsque

ces trois éléments sont respectés, comme cela a été le cas pour cette recherche, il est réellement possible de parler d'un consentement libre et éclairé.

6.7.2 La mise en place de mesures préventives

Lors d'un projet de recherche en sciences sociales, le chercheur a l'obligation de s'assurer que les participants voient leur contribution à l'étude d'un regard positif. Il revient aussi au chercheur de réduire au maximum l'exposition des participations aux risques potentiels engendrés par une telle recherche. Dans ce cas-ci, comme les participants allaient devoir parler des sources de souffrances dans leur quotidien au travail, le risque potentiel identifié était de vivre des émotions négatives durant l'entretien lorsque ce sujet allait être abordé. Pour pallier ce risque, une liste de ressources disponibles était remise aux répondants lors de l'entrevue, notamment les services psychosociaux de leur région (CSSS, centre de crise ou de prévention du suicide, ainsi que les services plus généraux, dont le 911 ou le 1 866 APPELLE).

Par ailleurs, un dernier aspect important à couvrir concernant l'éthique est tout ce qui se rattache à la confidentialité. Dès le départ, les répondants ont été informés de l'ensemble des mesures prises par le chercheur afin de protéger leur identité. Ces mesures sont : la conservation des divers documents (questionnaires, formulaire de consentement) dans un endroit fermé sous clé, la modification des noms utilisés à l'intérieur de la thèse, ainsi que la modification des informations qui permettraient d'identifier le répondant et enfin, la destruction des documents lorsque l'analyse est terminée.

Le moyen privilégié lors de cette étude pour respecter l'éthique a été le formulaire de consentement. Ce formulaire reprend les trois points soulevés précédemment et un temps a été pris au début de chaque entrevue pour expliquer clairement chaque point du formulaire, afin de s'assurer de répondre à toutes les questions ou craintes que pouvaient vivre les participants.

6.8 Limites rencontrées lors du projet de recherche

Bien que le présent projet de recherche vise à combler certaines lacunes exprimées dans la section de la pertinence scientifique, il reste que des limites, autant de par la structure établie du projet que par des difficultés rencontrées en cours de recherche, demeurent.

Tout d'abord, cette recherche étant de nature qualitative, elle possède les limites inhérentes à cette méthode de recherche. Une première limite consiste au fait que, par son faible échantillon, les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population à l'étude, contrairement à une recherche quantitative ayant un plus grand bassin de répondants (Creswell, 2013).

De plus, la nature qualitative du projet, uniquement effectué auprès des infirmiers en centre hospitalier, fourni des résultats essentiellement basés sur les perceptions des répondants. Plus précisément, les questions portant sur les différences dans la manière de vivre et de gérer la souffrance au travail entre un infirmier et une infirmière reposent uniquement sur les impressions et les perceptions que les infirmiers ont de la situation. La possibilité de rencontrer des infirmières pour valider la perception qu'elles ont de leurs collègues masculins aurait permis de corroborer les dires des infirmiers sur le sujet. Toutefois, le volet du genre masculin figurant comme un objectif sur trois, des choix ont dû être faits sur ce qui allait être exploré ou non, expliquant que cette alternative ait été mise de côté. Les réponses données par les répondants sur le rôle du genre sur leur pratique professionnelle et la gestion de la souffrance au travail sont essentiellement basées sur des perceptions personnelles. Ce point figure d'ailleurs comme une des limites fréquentes des recherches qualitatives (Creswell, 2013).

Partie III : Résultats et discussions de la recherche

7 Résultats et discussion

Les résultats de cette partie sont présentés en fonction de l'ordre des objectifs de recherche. Chacun des trois objectifs est accompagné par des extraits des transcriptions, afin d'appuyer les éléments ressortis lors des entrevues. À noter que la discussion n'est pas à part des résultats. Plutôt, une discussion suit chacun des résultats, afin de maintenir une cohérence et une simplicité de lecture.

7.1 En lien avec l'objectif 1 : les sources de plaisir et de souffrance au travail

7.1.1 Précisions sur les catégories de sources de plaisir et de souffrance soulevés par les répondants

Lorsqu'ils ont été questionnés sur les sources de plaisir ou de souffrance au travail, les répondants ont été généreux de leurs réponses. Dans cette section, les sources de plaisir seront présentées en trois volets, soit les sources de plaisir provenant 1) de la relation entre le soignant et le soigné, 2) des relations sociales à l'intérieur du milieu de travail et 3) des conditions de travail de la profession. Par la suite, les sources de souffrance seront elles aussi divisées en trois volets, soit 1) les obligations et conditions de travail du personnel infirmier, 2) les souffrances issues des relations sociales au travail et 3) la situation politique et économique encadrant l'organisation des soins.

7.1.1.1 *Les sources de plaisir*

7.1.1.1.1 L'importance de la relation avec la personne soignée

Tout d'abord, les répondants ont pratiquement tous soulevé l'importance et l'appréciation de la relation avec la personne soignée. Certains répondants ressentent l'importance de l'aspect relationnel du travail dès la formation en soins infirmiers, par un intérêt marqué pour les cours pratiques nécessitant l'usage d'interventions davantage de nature psychosociale que d'interventions techniques.

Moi, personnellement, les techniques...j'aime ça faire des prises [de sang]; mais, je me suis rendu compte [que] ce n'est pas ça qui m'allume dans le soin; ce n'est vraiment pas ça...Moi, c'est vraiment plus l'aspect relationnel. (Xavier)

Certains répondants mentionnent même que l'aspect relationnel est le pilier de leur travail, bien plus que les techniques et les autres activités de la profession. C'est notamment ce que Nicolas rapporte lors de l'entrevue :

T'as pas le choix parce que...mais, en fait, il y en a qui ne l'ont pas [l'aspect relationnel] ...Mais, tu le vois tout de suite pis, ça ne marche pas, pis y sont pas heureux dans ce qui font. Parce qu'y faut que t'ailles envie d'être en relation avec les gens, parce que sinon, ça ne marchera jamais...C'est la base complètement; sinon, tu n'offriras pas des bons soins. T'as beau être le meilleur technicien, capable de faire toutes les techniques, si t'es pas capable de travailler avec le monde, oublie ça. (Nicolas)

En plus d'être le pilier, d'autres répondants ajoutent que d'entrer en relation avec la personne soignée et sa famille est une source de plaisir et de valorisation bien plus grande que les conditions salariales.

Le contact humain...ça c'est sûr... d'avoir l'impression de ne pas juste être là pour le salaire, pour de l'argent, mais aussi d'apporter autre chose..."Ca m'apporte bien d'autres choses que de l'argent, ça c'est sûr...C'est la reconnaissance, la fierté d'aider autrui. (Olivier)

Ces sentiments d'utilité et de reconnaissance sont partagés par l'ensemble des répondants rencontrés. Dans la même continuité, le sentiment de faire une différence et d'avoir une influence significative sur la vie de la personne soignée est une autre source de plaisir au travail.

Je te dirais : le sentiment d'accomplissement pis de faire la différence dans les moments difficiles d'une personne. Pis moi, ce que j'aime le plus, ce sont les moments d'authenticité pis le rire avec les patients. Ça, c'est vraiment mes sources de bonheur au travail. (Thomas)

Enfin, la reconnaissance exprimée par les personnes soignées envers le personnel infirmier est une autre grande source de plaisir répétée à maintes reprises par plusieurs répondants rencontrés lors de cette étude.

Juste hier, y'a quelqu'un qui m'a remercié, pis qui m'a dit -je voyais que c'était super sincère - qu'a trouvait que j'étais bon, que j'avais bien fait ça, qu'elle avait apprécié notre contact. (Jérôme)

Les familles qui nous remercient, les patients qui nous remercient. J'avais même dit à mon patron : « moi, un moment donné, j'ai pas besoin d'avoir une valorisation externe - que le premier ministre vienne me serrer la main – moi, tant que c'est mes patients qui me remercient, c'est totalement excellent ». (Joseph)

En somme, le contact humain est une source prioritaire de plaisir pour la majorité des répondants. Que ce soit par la prédominance de l'aspect relationnel, le sentiment de faire une différence ou la reconnaissance exprimée par les personnes soignées et leur famille, les répondants confirment que cet aspect est essentiel dans l'appréciation quotidienne de leur travail.

7.1.1.1.2 Les relations sociales au travail

Sur un plan similaire au précédent, les relations sociales avec d'autres personnes qu'avec la personne soignée, figurent aussi parmi les éléments les plus souvent mentionnés par les répondants comme une source importante de plaisir au travail. Notamment, la qualité de la relation avec l'équipe de travail, autant les autres membres du personnel infirmier que l'équipe interdisciplinaire (notamment les médecins, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et les psychologues), constitue une partie importante des sources de plaisir en lien avec les relations sociales au sens des répondants :

L'environnement de travail - dans le fond, les gens avec qui tu travailles –t'as des perles avec qui tu t'entends bien- ça, je pense que c'est vraiment...des fois, c'est ce qui me motive d'aller travailler. (Xavier)

Les points positifs les plus souvent soulevés pour établir des relations saines avec l'équipe de travail consistent en la facilité de travailler en équipe, une ambiance positive et un sentiment d'appartenance.

C'est l'ambiance de travail qui est vraiment importante pour moi. Je considère qu'on est comme une grosse famille l'hôpital au complet. [...] Il y a un sentiment d'appartenance, les gens qui travaillent là sont fiers de

travailler là. C'est vraiment le fait qu'ils ont réussi à créer une espèce d'esprit de famille. (Victor)

Moi, j'aime beaucoup ce qui est la cohésion d'équipe [...] Au bout de cinq ans, on est rendu comme une petite famille. C'est super le fun : tu rentres travailler, c'est pu tes collègues, c'est tes amis que tu viens voir quand tu rentres travailler. Ça fait que...Ça fait que l'ambiance de travail vient super agréable. (Émile)

Aussi, la gratitude exprimée par les collègues est un autre élément soulevé comme une source de plaisir important pour les répondants.

Les collègues aussi vont dire : « merci » pis ça va avoir aidé à diminuer leur stress. Comme moi, je vais dire : « merci ». Pis, moi aussi, ça va diminuer mon stress. Je pense que la gratitude des collègues est bonne et importante. (Nathan)

En résumé,似たくも同様に、人間関係の質が患者との接觸と同様に重要な役割を果たす。職場での同僚との関係は、看護師の精神的健康や仕事の満足度に大きな影響を与える。それは、仕事の実行性や職場の雰囲気だけでなく、ストレスの軽減や幸福感の増加にもつながる。

7.1.1.3 Les conditions de la profession

Outre les aspects positifs de nature sociale soulevés par les répondants, plusieurs mentionnent aussi que l'énorme champ de possibilités, autant dans les types de postes que dans les clientèles, constitue un autre aspect positif de la profession. Les répondants apprécient d'avoir la possibilité de choisir et d'essayer différents milieux de travail. Cette perception qu'il existe une latitude de choix dans la pratique sécurise plusieurs répondants, en leur permettant une solution de rechange advenant que des problèmes persistent dans leur travail actuel. Par exemple, Émile explique que la profession, par sa variété, empêche le sentiment de monotonie et de routine; ce qui lui est bénéfique pour apprécier son travail :

Dans cette carrière, je voyais l'opportunité de me dire « J'essaie une unité, j'aime pas la clientèle ? Bien je vais essayer ailleurs. J'aime pas la clientèle encore ? Bien, je m'en vais au bloc opératoire. J'aime pas le bloc opératoire? Bien, je m'en vais au CLSC. J'aime pas le CLSC ? Bien je

vais aller ailleurs. » Y'a tellement de possibilités...Ça fait que, à la limite, je pense que je ne pourrai jamais me tanner; je vais toujours trouver un volet de ma carrière où je vais pouvoir me faire plaisir, parce que tu retrouves de tout dans la profession infirmière. (Émile)

Une autre facette appréciée par certains répondants est l'autonomie décisionnelle laissée par l'employeur, ainsi que la possibilité de s'investir dans certaines facettes de leur travail, par exemple la participation à la vie syndicale.

On nous fait quand même beaucoup confiance. Dès qu'il y a des projets pilotes qu'ils veulent essayer avec les infirmiers, je suis pas mal dans les premiers qu'ils appellent. Malgré le fait que ça fait juste cinq ans que je suis ici, j'ai pas mal fait le tour de tous les projets et de tous les départements. C'est ce que j'aime, c'est une motivation ; tu as toujours une possibilité d'avancement et d'élargir mon champ là-bas. (Victor)

Bien que mentionnées seulement par quelques répondants, les conditions de travail, comme le salaire et les avantages sociaux, figurent aussi parmi les sources de plaisir exprimées.

Sinon, ce qui est le fun, c'est que c'est quand même payant : t'as des primes de soins, t'as des primes de soins critiques, quand tu travailles de soir, tu as des primes...C'est quand même intéressant; parce que tu te dis que t'as une bonne job. (Nicolas)

En résumé, la première source de plaisir au travail la plus exprimée par les répondants est l'importance de l'aspect relationnel avec la personne soignée. La seconde est la qualité des relations avec les collègues et la troisième et dernière consiste aux conditions de travail de la profession.

7.1.1.2 *Les sources de souffrance au travail*

Afin de présenter le premier aspect des sources de souffrance vécues au travail par les infirmiers, voici cet extrait de l'entrevue de Thomas, qui résume bien ce qu'ont dit les différents répondants de cette étude :

Les sources de stress qui sont les plus dures : bien, c'est surtout la surcharge de travail, les patients qui sont lourds, pis qu'on manque de soutien, la surcharge de travail administratif - y a tellement de papier à compléter ! - pis on a tellement peur de faire des erreurs, qu'on se revérifie deux pis trois fois. Ça devient stressant à la longue. (Thomas)

Commençons par analyser les sources de souffrance qui concernent la nature de la profession

7.1.1.2.1 Le contexte et la réalité du personnel infirmier

Bien que les répondants considèrent que la profession infirmière présente plusieurs belles valeurs et sources de plaisir, il s'agit aussi, selon eux, d'un travail qui, de par sa nature, expose à la souffrance humaine. Notamment, plusieurs répondants ont rapporté que la clientèle s'alourdit et se complexifie constamment. Cette transformation exige pour l'infirmier de puiser davantage dans ses ressources personnelles pour répondre aux besoins des personnes soignées.

Tu recules de quelques années, moi, si j'avais 12 patients, bien j'en avais toujours deux ou trois qui étaient sur le bord de la porte. Aujourd'hui, des « sur le bord de la porte », t'en as pu. Tout le monde est très malade, c'est lourd, pis en plus y manque de monde. (Félix)

En plus de la lourdeur quant à la maladie des personnes soignées, certains répondants ajoutent qu'une source de souffrance provient aussi de la dangerosité de la clientèle, surtout dans certains départements. C'est ce que mentionnent Léo, qui travaille à l'urgence, et William, qui travaille au sein d'une équipe de suivi dans le milieu de personnes atteintes de troubles mentaux graves.

On a notre lot de personnes intoxiquées chaque semaine; ce qui fait que je suis obligé d'intervenir physiquement au moins une fois par semaine. Je trouve ça *tough*. [...] Parce que, moi, j'ai une femme pis trois enfants; je peux pas prendre le risque, je veux pas me blesser parce qui faut que je rentre à la maison. (Léo)

Bien, ma clientèle a un potentiel dangereux. Ça ne m'amène pas un stress au quotidien, mais j'ai toujours ça derrière la tête : que je sais qu'il faut que je sois sur mes gardes pis que je prenne mes précautions, que je prenne soin de ma sécurité...Ça serait mon deuxième stress, ça. (William)

À ces difficultés résultant de la nature même de la profession s'ajoutent des difficultés organisationnelles, telles que la surcharge de travail, qui se reflète par une hausse du nombre de personnes soignées par infirmier ou infirmière, l'accentuation

des formulaires à remplir et la non-compensation de ce surplus de travail par du personnel supplémentaire de la part de l'employeur. Dans son extrait, Michaël exprime bien les conséquences pour lui de toutes ces difficultés réunies :

Mais, sinon, la réalité du milieu, c'est qu'on a des quotas de 250 [personnes soignées] à voir par année, pis [les gestionnaires] les augmentent sans rajouter de ressources. Pis les gens sont de plus en plus malades. C'est comme une roue qui tourne cette affaire-là : le monde est plus malade, t'es fatigué, t'as moins de monde, Ça fait que j'ai l'impression qu'on donne moins de qualité dans notre job pour avoir plus de quantité. (Michaël)

Selon les propos des répondants, le manque de personnel entraîne aussi d'autres complications dans le quotidien du personnel infirmier, particulièrement sur le plan de la flexibilité de l'horaire. Plusieurs rapportent la difficulté d'obtenir un horaire stable, ou encore de pouvoir demander des congés ou de se faire remplacer, par manque constant de personnel.

Point de vue des horaires, si tu veux avoir un congé là : oublie ça, tu peux pas. Faut que tu te prennes des mois à l'avance pis t'as une chance sur plus qu'une chance sur deux, t'as deux chances sur trois d'être refusé. [...] Tsé, quand t'as un poste, t'es sensé, dans une année, avoir tant de fériés; mais, au final, t'as jamais [tes fériés], y préfèrent te les payer parce que tu peux jamais les prendre. (Nicolas)

À cela s'ajoute une situation spécifique à la profession infirmière, soit le temps supplémentaire, autant volontaire qu'obligatoire, qui apporte autant des conséquences directes sur l'infirmier, mais aussi sur son entourage personnel. C'est ce qu'exprime Olivier lors de l'entrevue.

Mon pire ennemi, pour moi, c'est la fatigue. On a des gens qui faisaient des 16 heures, de façon non choisie. T'apprends à 16h moins quart que tu restes jusqu'à minuit. T'en as déjà jusque-là...pis tes enfants sont à la garderie... Faut que tu fasses 4-5 téléphones pour trouver une solution, te réorganiser... (Olivier)

Plusieurs répondants rapportent aussi la hausse des documents administratifs rattachés au travail. Ils mentionnent que la charge de travail est fortement alourdie par le nombre important de formulaires à remplir et de protocoles d'intervention à suivre dans le cadre de leur travail.

On est rendu à une époque où les papiers sont plus importants que les gens. [...] L'employeur pourrait [diminuer le nombre de papiers à remplir], mais sont trop pas intéressés. Y'a trop de papiers, pis y'a trop de documentation, pis...Mais avant que ce soit éliminé, j'ai le temps de prendre ma retraite. (Phillipe)

En lien avec ce point, certains répondants considèrent la lourdeur administrative rattachée à leur emploi comme une source générale et persistante de souffrance.

Sincèrement, c'est moins pire d'accompagner quelqu'un qui est en train de mourir que de gérer toute cette structure que tu te demandes toujours : « qu'est-ce qui va arriver cette fois-là ? » C'est pas la dimension relationnelle qui m'inquiète, c'est qu'est-ce qui va m'arriver, qu'est-ce qui vont m'envoyer encore comme nouveau protocole de soin pas adapté à la réalité. (Alexandre)

Bref, les obligations administratives liées à l'exercice actuel de la profession infirmière soulèvent plusieurs critiques de la part de la majorité des répondants. Au-delà des défis en lien avec les personnes soignées, notamment un trop grand nombre de personnes à soigner par infirmier et une trop grande lourdeur dans les problèmes de santé de ces personnes soignées, il y a aussi toutes les obligations administratives de la profession, comme la gestion des horaires et l'ensemble des protocoles à suivre et des rapports administratifs qui ne cessent de se multiplier avec le temps, qui provoquent d'importantes souffrances.

7.1.1.2.2 Les souffrances issues des relations sociales au travail

7.1.1.2.2.1 En lien avec la clientèle

Bien que peu d'éléments négatifs aient été mentionnés par les répondants en lien avec le contact relationnel avec les personnes soignées, un point a toutefois été nommé à plusieurs reprises. Il s'agit du jugement porté par la personne soignée ou par ses proches quant aux soins reçus :

Ça se voit avec les patients : des fois, tu rentres dans la chambre, tu vois que tu n'es pas le bienvenu pour différentes raisons. [...] Ça m'est déjà arrivé que je suis rentré dans une chambre pis [le patient] notait tout ce que je faisais ; mais y faisait ça avec toute l'équipe : ton nom, tout...C'est quasiment si y demandait pas ce que j'avais mangé... (Xavier)

Le sentiment d'être jugés et surveillés dans l'exercice de leur fonction représente la seule source de souffrance en lien avec la clientèle exprimée par plusieurs répondants de cette étude. Les conséquences rapportées de cette attitude sont un effritement de l'appréciation de la relation entre l'infirmier et la personne soignée, ce que les répondants mentionnent comme venant diminuer de manière significative le plaisir à prodiguer des soins auprès de ces personnes.

7.1.1.2.2.2 En lien avec les collègues de travail

L'équipe de travail peut être une source immense de plaisir au travail pour les infirmiers rencontrés. Elle peut tout autant s'avérer être une grande source de souffrance. Plusieurs répondants soulèvent l'importance des relations harmonieuses dans l'équipe de travail et comment cette harmonie peut être fragile en elle-même.

Faut travailler avec une bonne équipe, sinon ça touche tout. Même si ça va pas bien avec la personne soignée, si une personne soignée bougonne, tu peux essayer de le faire sourire. Tandis qu'une personne qui est de mauvaise humeur dans l'équipe peut changer toute l'atmosphère et souvent celui qui mène le groupe, le AIC, c'est celui-là qui fait l'humeur du groupe. Une assistante infirmière-chef qui rentre avec une humeur plutôt maussade va donner cette même atmosphère aussi à toute l'équipe. (Lucas)

Des fois, y'a quelques personnes qui ont des énergies un peu négatives quand on travaille- je dirais ça de même. Ça amène un gros stress ; ça m'amène à me dire : « ça ne me tente pas de travailler avec cette personne-là », parce que tout est plus compliqué. (William)

Plus précisément, plusieurs répondants mentionnent la tension existante entre les équipes selon les différents quarts de travail. Les répondants expliquent qu'il existe une certaine forme de rivalité entre les équipes de jour, de soir et de nuit, ce qui accentue la souffrance ressentie lors des changements de quart de travail.

Les tensions : y'a toujours l'espèce de clivage entre chaque quart de travail ...le jour qui aime pas le soir qui aime pas la nuit qui aime pas le jour. C'est une roue tournante. (Elliot)

Je te dirais qu'y a un stress par rapport entre les quarts de travail. Le quart de jour décide un peu de la gestion du travail de soir. Des fois, ça

peut faire des flammèches, des fois y a des chicanes entre les quarts pis y a des têtes fortes dans chacun des quarts. (Phillipe)

De plus, la présence de leaders négatifs au sein de l'équipe, ainsi que la formation de petits groupes à l'intérieur même des quarts, constitue une autre difficulté mentionnée par plusieurs répondants.

Suffit qu'y aille un *leader* négatif qui en ramasse trois ou quatre autres de l'équipe pis là elle peut les monter contre une autre personne. Ça, ça arrive souvent. (Xavier)

Aux soins intensifs, je me suis aperçu que c'est encore pire qu'au bloc opératoire. Mais y a toujours des leaders quelque part qui essaient de se faire des petits clans à l'intérieur des équipes. Ça dissout le sentiment d'équipe. (Louis-Carl)

Une autre difficulté rapportée par les répondants concerne les collègues qui vivent des problèmes d'ordre personnel ou familial et qui apportent ces problèmes avec eux au travail.

J'ai des collègues qui, dès le départ, sont stressés, qui ont des problèmes personnels et qui les transposent au travail. Comme par exemple, quelqu'un qui a un divorce pis là n'est pas capable de travailler et là, c'est une pression qui va s'ajouter à l'équipe. (Joseph)

Finalement, les répondants de cette étude qui débutaient dans la profession ou qui n'avaient que quelques années de pratique ont mentionné une autre source de souffrance : les collègues exercent parfois une pression vis-à-vis leur manque de connaissance ou le fait qu'ils sont nouveaux dans l'équipe. C'est ce que raconte Xavier lors d'une de ses journées de travail :

Tu le sens déjà...juste de la manière que la personne te regarde, tu sais déjà ce qu'il y a derrière. Là, ils te disent : « t'es le petit nouveau qui arrive de l'équipe volante, tu as des croûtes à manger ». Ça, je l'ai vécu plus dans le temps où j'étais dans l'équipe volante. [...] Ça amenait un certain stress ; ça je peux le confirmer.

Les sources de souffrance en lien avec les collègues de travail se manifestent donc sur différentes facettes. Tout d'abord, il y a les difficultés vécues dans l'équipe elle-même, soit les collègues ayant des comportements négatifs ou ceux jugeant la compétence des autres. Ensuite, il y a les difficultés vécues entre les différentes

équipes, notamment les frictions entre les quarts de travail. Enfin, il y a les difficultés externes, par exemple les collègues qui apportent des problèmes d'ordre personnel au travail, ce qui entraîne son lot supplémentaire de défis pour le collectif de travail.

7.1.1.2.2.3 En lien avec les supérieurs, les gestionnaires et l'employeur de manière générale

Concernant un autre point sur le plan relationnel, les répondants mentionnent à plusieurs reprises que le manque d'appui et de reconnaissance de la part de leur supérieur, autant sur le terrain que sur le volet administratif, incarne une source de souffrance notable.

On en parlait entre nous [de la reconnaissance des supérieurs] et on se disait : « mon dieu, on a l'impression de faire du bon travail...mais y a jamais personne qui nous valide qu'on fait du bon travail ». Nous dire : « heille, la gang, vous êtes hot, merci, vous êtes là quand on en a de besoin ». [...] Y'a rarement un chef qui est venu nous voir. On avait pas tant de support de ce côté-là pis on dirait que ça créait de l'insatisfaction. (Émile)

En plus du manque de reconnaissance, l'absence de soutien et d'écoute de la part des gestionnaires est une autre source de souffrance importante, selon les répondants. Ils expliquent se sentir parfois abandonnés ou laissés à eux-mêmes dans certaines situations qui demanderaient l'implication d'un gestionnaire afin de prendre la décision avec eux. De plus, certains répondants ajoutent l'impossibilité d'appliquer certaines décisions administratives sur le terrain, faute de connaissances pratiques de la part des décideurs sur la réalité du milieu.

Y faut que tu saches c'est quoi la pratique en milieu clinique pis c'est ce qu'on reproche le plus les infirmiers [sur le] plancher aux dirigeants, soit qu'y nous arrivent avec des affaires pis on a l'impression qu'y ont jamais travaillé sur les unités. Ça pas d'allure, y savent pas c'est quoi la réalité pis y'arrivent avec des affaires qu'on serait sensé appliquer, mais c'est impossible. (Nicolas)

Je te dirais que je pense ce qui génère le plus de conflits pis de stress au travail : c'est l'impression de ne pas avoir de communication avec le supérieur, de pas être entendu. Ça fait beaucoup d'insatisfactions qui sont vécues. (Émile)

Certains répondants ajoutent que le style de gestion dans les hôpitaux de type « *top-down* » est une approche qui en elle-même génère un lot important de souffrance.

Je pense que c'est un problème - on en parle un peu dans le réseau de la santé - c'est que ça vient tout le temps d'en haut : les décisions viennent d'en haut pis nous on doit les appliquer. Je trouve que ça aiderait beaucoup si on avait des gens avec nous, qu'on aurait moins l'impression d'être simplement dirigés. Car eux, ça prend des décisions en haut ; on sait pas ce qui se passe pis on fait juste appliquer. (Nicolas)

Bref, les supérieurs hiérarchiques jouent aussi leur part dans les sources de souffrance énumérées par les répondants. Peu importe qui s'exprime parmi eux, le verdict est unanime : un collectif de travail négatif a un impact immédiat et majeur sur la souffrance ressentie au travail.

7.1.1.2.3 Le contexte politique et économique encadrant les soins infirmiers

Enfin, la dernière sphère de souffrance au travail rapportée par les répondants concerne l'ensemble des mesures politiques et économiques encadrant le système de santé. Cela inclut autant les coupes budgétaires, les restructurations des établissements de santé, que les changements répétés dans l'organisation de travail et des équipes dans les différents départements de soins.

La collecte de données ayant eu lieu peu de temps après l'adoption de la Loi 10 au Québec, qui annonçait la fusion de plusieurs établissements de la santé et des services sociaux sous une même instance régionale, plusieurs éléments rapportés par les infirmiers s'y rapportent. Notamment, les conséquences principales soulevées sont : une hausse importante de la charge de travail, un effritement de l'ambiance de travail, une hausse de la crainte de perdre son emploi et enfin une hausse globale d'insatisfaction ressentie envers son travail. Victor résume bien l'ensemble de ces conséquences :

C'est rendu qu'on a pu de sous pour rien faire. Maintenant, on nous dit que tout coûte cher, alors tout est compliqué. Ils ont plus de sous pour nous écouter du tout, faut qu'ils coupent pour faire des sous pour entrer dans le budget. Y a pu d'écoute du tout, c'est : budget, budget, budget, tout le temps. Et compte tenu du budget, ils changent aussi notre façon

de travailler, ce qu'on faisait avant convient pu parce que ça coûte trop cher. Ça pas de sens sur la qualité des soins de faire ça. (Victor)

Certains répondants s'inquiètent aussi que le phénomène des fusions accentue un problème déjà bien présent, soit l'incapacité de pouvoir consulter et de se référer à un gestionnaire lors des difficultés de sources organisationnelles.

Techniquement, avec les fusions, on est rendu le [nouvel établissement régional]. Y ont coupé plein de postes en gestion et à l'automne y vont couper des postes cliniques. Qu'est-ce que ça va donner ? Moi, j'ai de la misère à me dire que ça va être mieux parce qu'au contraire, c'est tout centralisé, donc justement, les gestionnaires vont être rendus où là ? (Lucas)

Enfin, les coupures auraient pour effet d'accentuer le clivage entre l'équipe terrain et l'équipe administrative, en plus de cultiver l'insatisfaction et la souffrance chez le personnel, comme l'exprime Victor :

C'est l'organisationnel en fait, parce que là on nous écoute plus, On avait une méthode de travail - je peux comprendre qu'elle avait des lacunes -, mais eux la changent de leur côté, sans nous consulter. Mais en général, c'est pas une bonne idée parce que les choses qui se font pas, c'est bon pour leurs chiffres, mais, dans la réalité, ça fonctionne pas. Donc, on n'arrive pas et là on est stressé. Ça fait que y'en a plusieurs qui partent en burnout.

Les transformations politiques et économiques dans le réseau de la santé, notamment après l'adoption de la Loi 10, ont eu, selon les infirmiers rencontrés, des impacts indéniables sur la réalité du travail infirmier. Ils rapportent qu'un chamboulement s'est ressenti en matière d'organisation de travail, de la qualité des équipements nécessaires à la profession et dans l'accessibilité aux gestionnaires lors de situations problématiques. Les conséquences sont visibles et évidentes selon l'ensemble des répondants.

La présentation des résultats du premier objectif, qui était d'identifier les sources de plaisir et de souffrance au travail, permet de conclure que les aspects humain et social occupent une grande part des sources de plaisir et de souffrance des répondants. D'un côté, toute l'appréciation du soin, du contact avec la personne soignée et le plaisir du travail d'équipe forment le cœur des sources de plaisir

énoncées. D'un autre côté, les accrochages parfois vécus avec l'équipe de travail, mais aussi avec les supérieurs, ainsi que les impacts des politiques en lien avec la gestion des établissements, forment les sources de souffrance les plus importantes selon les répondants.

7.1.2 Discussion en lien avec l'objectif 1

Le premier objectif vise à identifier les sources de plaisir et de souffrance les plus marquantes de la profession infirmière selon les répondants. Quelques éléments précis méritent d'être approfondis. Tout d'abord, les infirmiers interrogés ont nommé plusieurs sources de souffrance, dont les principaux, pour les résumer, consistent en la surcharge de travail, les conflits avec les collègues et les mésententes avec l'employeur et l'organisation de travail. En analysant ces réponses, la structure théorique du stress telle qu'énoncé par le Centre d'étude sur le stress humain (2015) ne reflète pas la compréhension que les répondants ont des souffrances qu'ils rapportent vivre. En effet, les répondants ne font pas fait état de stresseurs physiques dans leurs propos, alors que le Centre d'étude sur le stress humain (2015) divise le stress en deux catégories, les stress physiques et les stress psychologiques. Par ailleurs, la définition plus précise des stresseurs psychologiques, notamment les quatre ingrédients d'intensité du stresseur psychologique (le contrôle faible, l'imprévisibilité, la nouveauté et l'égo menacé) ne se retrouvent pas explicitement dans les propos des répondants. La seule variable identifiée lors des analyses est le contrôle faible, mais les trois autres ingrédients sont pratiquement inexistant dans les éléments apportés par ces hommes en entrevue. *A contrario*, la classification du stress établie par Dolan et Arsenault (2009) semble mieux dépeindre la réalité reflétée par les infirmiers rencontrés. En effet, tous les répondants ont mentionné des sources de souffrance de nature individuelle, extraorganisationnelle et intraorganisationnelle, comme le suggèrent ces auteurs. Ainsi, la structure théorique de ces auteurs permet de mieux théoriser les réponses des répondants concernant les stresseurs rencontrés que celle établie par le Centre d'étude sur le stress humain (2015).

Concernant les sources de souffrance déjà recensées par les écrits scientifiques sur le personnel infirmier en centre hospitalier, les entrevues corroborent grandement les écrits sur le sujet (Hsu, Chen, Yu et Lou, 2010 ; Kmec, 2008). En effet, les écrits québécois en la matière dépeignent plusieurs difficultés marquées depuis les années 1990, notamment le manque de personnel, une surcharge de travail, des horaires atypiques, le temps supplémentaire obligatoire et des méthodes de gestion organisationnelle anxiogènes (Bourbonnais, 2000 ; Bourbonnais, Comeau et Vézina, 1999). Tous ces points ont été rapportés par les infirmiers rencontrés comme étant plus que jamais des sources de souffrance d'actualité dans leur milieu de travail. En plus de ces points, déjà bien recensés par la littérature scientifique, s'ajoutent les conflits avec le collectif de travail comme une autre grande source potentielle de souffrance au travail. Ce dernier point, quoique moins mis en évidence dans les écrits scientifiques, demeure pourtant une source principale de souffrance nommée par les répondants. Quoi qu'il en soit, il reste alarmant de constater que la réalité du milieu de travail du personnel infirmier en centre hospitalier d'aujourd'hui n'a guère changé de la réalité dépeinte par les écrits scientifiques sur le sujet dans les années 1990. Plus encore, certains commentaires des répondants qui ont connu cette période laissent sous-entendre que la situation se serait même détériorée, notamment avec la récente réorganisation majeure des établissements. Cependant, il convient de rester prudent dans les interprétations possibles étant donné que cette réorganisation venait tout juste d'être mise en place au moment des entrevues.

Il n'en demeure pas moins que le contexte politique et économique entourant la gestion des centres hospitaliers reste une réalité bien présente dans le quotidien des infirmiers. Les répondants sont catégoriques lorsqu'il s'agit de décrire les impacts de la Loi 10 : diminution des effectifs et des ressources matérielles, éloignement des sources de soutien des gestionnaires, ainsi qu'une complexification des protocoles et des méthodes de travail. Bref, ils sont unanimes à nommer une liste de conséquences négatives de la loi sur leur quotidien au travail. Les effets sont en fait similaires aux écrits ayant étudié les impacts des lois précédentes sur ce même groupe d'étude, telle que la Loi 25 (Bourbonnais, Comeau, Viens, et al., 1999). Selon les propos des répondants, il semble difficile de mettre en lumière des

changements positifs et des bienfaits de la Loi 10. Les réactions des répondants sont éloquentes : silence soutenu, difficulté à formuler une réponse et parfois même rire étouffé, pour ensuite ajouter que c'est une question plutôt incohérente. Plus encore, l'instabilité amenée par la Loi 10 engendre la pérennité de l'inquiétude chez les répondants, ainsi qu'une incertitude globale entourant leur poste. L'incertitude et la peur de perdre son emploi sont des éléments typiquement rattachés à la souffrance au travail et qui peut expliquer, en partie du moins, l'observation d'une hausse de la souffrance ressentie chez le personnel hospitalier à la suite d'une adoption de loi visant à transformer l'organisation de travail de manière importante (Bourbonnais, Comeau, Viens *et al.*, 1999 ; Bourbonnais *et al.*, 1985 ; Soares, 2011).

Hormis ce constat, trois autres points méritent une attention particulière. Premièrement, le collectif de travail peut autant être une source de plaisir qu'une source de souffrance importante. Bien que l'impact de l'équipe de travail auprès de l'effectif infirmier ne soit pas un élément fortement documenté, dans le cadre de cette étude, il joue un rôle clé dans le bien-être ou le mal-être des infirmiers rencontrés. Lors des entrevues, la grande majorité des répondants ont quantifié de manière informelle que le collectif de travail jouait pour plus de la moitié de l'ensemble des sources de plaisir au travail et il en est de même pour les sources de souffrance. Ce constat de l'importante influence jouée par le collectif de travail est un aspect novateur de cette recherche et mériterait d'être exploré davantage dans les recherches futures, notamment des études pouvant évaluer plus rigoureusement l'importance du collectif de travail dans le bien-être psychologique au travail.

Deuxièmement, l'organisation de travail revêt une connotation fortement négative chez les répondants. Lors des entrevues, les répondants ont peiné à trouver des sources de plaisir provenant de cette sphère. Les réponses tendent rapidement vers les sources de souffrances, telles que la complexité de l'organisation et le manque perçu de soutien et d'écoute de la part des supérieurs. Cette situation est préoccupante, d'autant plus que l'organisation de travail est identifiée clairement par les écrits scientifiques comme étant un facteur important influençant le bien-être du

personnel (LaMontagne et al., 2014 ; Noblet et LaMontagne, 2006 ; Quick et Tetrick, 2003). Un questionnement est donc à porter sur l'engagement et le rôle joué par l'employeur pour venir en aide efficacement aux employés. La situation actuelle expose un paradoxe : d'un côté, la preuve bien documentée du potentiel de l'employeur pour améliorer la qualité de vie de ses employés, mais, d'un autre côté, les propos du personnel sur le terrain, du moins des répondants à cette étude, comme quoi ce potentiel de l'organisation n'est pas au rendez-vous, encore pire, il représente une des plus importantes sources de souffrance au travail. Des recherches spécifiques sur une plus large échelle impliquant les supérieurs et les décideurs du milieu de travail (chefs d'équipe, gestionnaires et directeurs d'établissement, par exemple) portant sur la réalité du milieu du travail permettraient de mieux comprendre la source de ces contradictions, ainsi que les changements à apporter pour remédier à cette situation.

Troisièmement, la reconnaissance, ou son absence, est un élément fréquemment nommé lors des entrevues avec les répondants. La reconnaissance est vue comme une source de plaisir alors que son absence devient une source de souffrance. Les répondants mentionnent que la reconnaissance est habituellement présente de la part de la clientèle et des collègues et qu'elle contribue grandement à apprécier leur quotidien au travail. Plus précisément, des personnes soignées souligneraient aux infirmiers qu'ils font un emploi important et que leur place est nécessaire et essentielle dans la société. Les collègues pour leur part démontreraient plutôt un jugement de beauté, par la démonstration de leur appréciation à travailler avec l'infirmier comme tel, ou par des compliments portés sur la qualité de travail offert par l'infirmier. Par contre, la reconnaissance de la part des gestionnaires, ou plutôt son absence, peut devenir quant à elle une source de souffrance. Le fait de ne pas se sentir encouragé, reconnu et soutenu lorsque les répondants estiment avoir fait du bon travail minerait l'ambiance et la motivation au travail. Ces réponses sont cohérentes autant avec la littérature scientifique sur le sujet que le cadre théorique portant sur les conséquences d'une absence de reconnaissance (Alderson, 2004b ; Molinier, 2010).

Bref, plusieurs éléments de cette étude concordent avec la recension des écrits sur le stress professionnel. Le portrait global des stresseurs nommés par les répondants cadre bien avec la structure théorique de Dolan et Arsenault (2009). Par contre, un constat majeur dans l'établissement des sources de plaisir et de souffrance est que le collectif de travail joue un rôle sans doute plus important encore que ce que les écrits actuels tendent à mettre en évidence. Bien qu'elle puisse être source de souffrance, elle peut occuper aussi une part importante, voire la plus grande part, des sources de plaisirs au travail. Par ailleurs, un constat sombre consiste au fait que l'organisation de travail porte une connotation majoritairement négative dans la vie quotidienne au travail selon les répondants. Que ce soit dans l'organisation même des tâches au travail, par l'absence ou le faible soutien perçu de la part des supérieurs immédiats, ou encore par les impacts politiques et économiques, l'organisation de travail est une source multifactorielle de souffrances. Un sérieux questionnement doit être porté sur ce facteur afin de changer cette réalité, pour devenir plutôt une source importante de plaisir pour les employés. Enfin, il est temps que les études futures se penchent sur les moyens concrets à prendre, pouvant émaner directement du milieu de travail, en collaboration avec les travailleurs, afin de changer la réalité négative perçue actuellement en milieu du travail. Ce changement est d'autant plus nécessaire pour apporter une plus grande cohérence entre ce qui s'écrit dans les recherches sur le sujet, soit que les interventions primaires doivent être plus nombreuses et ce qui se fait réellement sur le terrain, qui actuellement est plutôt une concentration de mise en place de moyens issus de la prévention tertiaire.

7.2 En lien avec l'objectif 2 : les moyens utilisés pour composer avec la souffrance au travail

7.2.1 Les quatre grandes familles de stratégies défensives

Lors des entrevues, les répondants ont été invités à analyser et à décrire l'ensemble des stratégies qu'ils utilisent pour conjurer avec la souffrance au travail. Plusieurs sphères ont été explorées afin d'amener ces hommes à élaborer sur un maximum de stratégies possibles. L'analyse permet de diviser les stratégies défensives pour

contrer la souffrance au travail en quatre grandes catégories, soit 1) les stratégies issues de la personnalité et de l'attitude de l'infirmier ; 2) les stratégies issues d'une démarche personnelle ; 3) les stratégies provenant du réseau social entourant l'infirmier ; 4) et les stratégies offertes par l'employeur.

7.2.1.1 Les stratégies rattachées aux traits de personnalité vis-à-vis le travail

Lors des entrevues, plusieurs répondants ont soulevé différentes attitudes considérées comme aidantes pour conjurer avec les différentes souffrances ressenties au travail. Ces attitudes sont, dans l'ordre, le sens de l'organisation, le désir d'apprendre, accepter l'imperfection, l'humour et la réévaluation positive.

Une première attitude nommée à plusieurs reprises lors des entrevues est le **sens de l'organisation**. Étant donné la surcharge de travail identifiée par les répondants dans la majorité des milieux, les infirmiers rencontrés soulignent qu'une préparation et une organisation de l'horaire de sa journée sont essentielles pour venir à bout de cette grande charge de travail.

Le premier conseil que j' donnerais c'est de vraiment arriver au travail préparé. Dans ton milieu de travail, comme nous à l'urgence, t'as beaucoup de spécificités, y a des protocoles à apprendre, à savoir ; donc, les savoir quand une situation arrive pour que tu sois en mesure de la gérer. (Arthur)

On a des outils comme le Lotus note qui est le courriel, y a aussi un agenda là-dedans, y a une « *to-do list* », y a des rappels, y a plein d'affaires... J'ai une collègue qui fonctionne avec l'agenda papier encore ; mais tsé, faut qu'a retourne dans les semaines avant pour aller voir... Moi, j'ai travaillé sur l'informatique pour ne plus avoir de papier dans les bureaux pis là, je suis rendu totalement ordinateur ; pis honnêtement, ça, ça a tout changé... (Victor)

Une raison importante d'avoir un bon sens de l'organisation est d'éviter de commettre des erreurs à cause d'une mauvaise planification, ou encore à la suite d'un débordement des tâches quotidiennes, comme l'explique Nathan :

C'est important que tu sois organisé, que tu y ailles une chose à la fois. Ça sert à rien de penser à 50 000 affaires en même temps, parce que tu

risques de faire des erreurs, pis en faisant des erreurs, ça augmente ton stress.

Une autre attitude mentionnée par les répondants est le **désir d'apprendre** en continu. L'emploi d'infirmier en lui-même étant complexe de par ses tâches et de par la diversité des clientèles à soigner, l'ouverture à la critique apporte plusieurs points bénéfiques. Ainsi, le travailleur ne se sent pas personnellement responsable des événements vécus, tout en permettant d'accélérer son apprentissage et l'amélioration continue de ses compétences. L'extrait suivant exprime bien l'importance de l'ouverture à la critique :

Le conseil que j'aurais à donner, c'est de rester ouvert à l'enseignement. Dans le fond, de prendre ce que le monde te donne, d'être moins orgueilleux et d'écouter ce que les autres ont à te montrer. (Félix)

En lien avec cette attitude en vient une autre : **accepter l'imperfection**. Plusieurs répondants expliquent que l'entrée dans la profession infirmière peut être un passage stressant, car il y a plusieurs défis, par exemple s'adapter à l'équipe de travail, s'habituer à son environnement de travail, apprendre les spécificités du département, en plus des tâches inhérentes au rôle d'infirmier. Accepter que tout ne soit pas toujours parfait permet, selon les répondants, de garder une distance émotionnelle envers la situation, de se donner une chance d'apprendre, et donc de pouvoir rester en emploi dans un meilleur état d'esprit. Nicolas exprime bien comment accepter l'imperfection influence sa vision de son travail :

C'est sûr que, moi, j'essaie de pas trop me culpabiliser avec les erreurs que je fais. Y a du monde qui vont super gros culpabiliser ; moi, je dis : « on est humain, on fait tous des erreurs ». Il faut aussi faire la différence entre une erreur pis une faute. Je me dis : « si tu as fait toutes tes surveillances, t'as tout fait les choses comme à la lettre et y a une erreur qui se produit, bien, c'est une erreur ; c'est correct faut pas s'en faire tout le monde fait des erreurs ».

Dans un autre ordre d'idée, l'**humour** est aussi une stratégie mentionnée par les répondants à quelques reprises comme étant protecteur contre la souffrance. Un usage adéquat de l'humour permettrait, entre autres, de détendre l'atmosphère et de désamorcer certaines situations difficiles.

J'utilise beaucoup l'humour, la dédramatisation, c'est un bon moyen - dans le respect on s'entend -, mais, y a moyen d'aller chercher des choses avec ça, avec une touche d'humour. (Léo)

Certains précisent que le fait d'être un homme favorise l'utilisation de l'humour, comme si cette stratégie était davantage tolérée étant donné leur genre masculin :

Dans le sens que c'est plus facile le contact humoristique, je dirais, en étant un homme. Je le sens que c'est plus facile de faire des blagues. Je sais pas pourquoi et je suis quelqu'un d'assez humoristique aussi. J'aime ça ; c'est une manière de détendre l'atmosphère pis de conjuguer justement avec le stress. (Thomas)

Enfin, la dernière attitude soulevée consiste en la **réévaluation positive**. En effet, certains hommes, lors des entrevues, mentionnent analyser les situations de souffrance sous un angle positif, afin de leur donner un sens et une cohérence.

Pour moi, les situations à l'urgence, c'est plus un *challenge*, beaucoup plus qu'un stress. (Joseph)

Moi, je pense que, c'est mon opinion, mais le stress, on le gère aussi avec la personnalité qu'on a. Y a des gens plus de défis, y a des gens moins de défis. Moi, je pense que j'ai le caractère d'un gars qui a pas peur des défis. J'aime ça être *challengé* dans ma vie. Alors, je vois le stress comme un outil de *challenge* pour apprendre à mieux me connaître. (Alexandre)

En résumé, le sens de l'organisation, l'ouverture à la critique, accepter l'imperfection, l'humour et la réévaluation positive sont les attitudes les plus souvent mentionnées par les répondants considérées comme étant les plus utiles pour conjuguer avec les sources de souffrance au travail.

7.2.1.2 Les stratégies personnelles

Lorsque l'on nomme une stratégie comme étant de nature personnelle, cela regroupe l'ensemble des activités et des mesures entreprises par l'infirmier lui-même pour l'aider à conjuguer avec la souffrance vécue au travail. La stratégie peut être utilisée dans son milieu de travail ou à l'extérieur de celui-ci, mais elle exclut toutes les stratégies impliquant une autre personne, car cela deviendrait une stratégie en lien avec le réseau social. Pour cette section sur les stratégies personnelles, six stratégies ont émergé des entrevues, soit 1) les loisirs : 2) la

scission entre le travail et la vie personnelle : 3) les formations : 4) la cohérence entre les valeurs et le choix du milieu de travail : 5) la diminution volontaire de la charge de travail : et 6) le retrait.

La première stratégie personnelle, et la plus fréquemment nommée par les répondants concerne les différents **loisirs** et activités personnelles mises en place pour évacuer les souffrances. Émile explique toute l'importance d'avoir des activités en dehors du travail :

Oui, de sortir, juste de faire autre chose, d'aller au restaurant, au cinéma, n'importe quoi, juste te changer les idées pour pas ruminer, surtout dans les périodes où le *peak* de stress est plus intense. [...] Quand on est stressé, c'est facile de dire : « ah! je suis fatigué, je vais me reposer, pas faire grand-chose ». Par expérience, c'est la pire chose à faire parce que c'est là que tu te mets à ruminer.

Parmi les activités mentionnées, le sport revient à plusieurs reprises. Les répondants affirment que le sport leur permet de se recentrer, de sortir la frustration et la colère vécues lors de certaines situations au travail, tout en contribuant à leur santé physique et psychologique.

Depuis 15 ans, je suis membre [d'] Énergie-cardio et je m'entraîne cinq fois semaine. À 16h15, je suis parti de l'ouvrage ; à 16h30, je suis au gym, tous les jours. Ça me change les idées, parce que les stresseurs, pis la frustration, je trouve qu'il y a beaucoup de frustrations au travail. Ça fait que ça me sort le jus. (Arthur)

Je pars du travail en vélo, je me tape pas le 40 minutes de trafic. Sinon, en dehors du travail, quand j'arrive chez nous, y a des soirs où c'est mon 20 kilomètres de course obligatoire. Moi, je cours des marathons puis je me suis rendu compte que, finalement, plus le travail est stressant, plus je performe à la fin de l'année au marathon. (Elliot)

La relaxation, les séries télévisées et la musique sont autant d'autres moyens nommés par les répondants comme permettant de décrocher efficacement du travail.

Lors des gros stress, j'ai des stratégies de méditation, je m'intéresse beaucoup à la méditation tibétaine. (Olivier)

J'ai toujours une petite série, un petit quelque chose qui m'aide à décrocher. Sinon, j'arrive pas à dormir. En fait, c'est un rituel, faut que j'écoute quelque chose avant d'aller me coucher. (Victor)

Ça peut paraître anodin, mais souvent j'ai à voyager entre deux patients en auto : mettre de la musique, c'est de quoi qui va beaucoup faire la coupure pis me changer les idées. (William)

Bref, ces différents loisirs et activités sont, pour les répondants, une occasion de laisser sortir la pression et les émotions négatives ressenties au cours du travail. Le but souvent recherché derrière ces activités et loisirs est de pouvoir mettre une coupure franche entre le temps personnel et le temps au travail. D'ailleurs, cette **scission entre la vie personnelle et la vie professionnelle** figure comme la deuxième stratégie personnelle la plus souvent rapportée de cette catégorie. À ce sujet, les répondants sont unanimes : il faut pouvoir départager le travail de la sphère privée. Pour eux, ne pas être en mesure de faire la scission augmente grandement les risques de ruminer et de vivre davantage de souffrance en lien avec le travail. C'est un défi que William a rencontré lors de sa carrière :

Faire la coupure, c'est important. Ça m'aide, parce que, sinon, je serais tout le temps en train de me demander : « est-ce que j'ai fait les bonnes interventions ? » « C'est quoi ma journée demain ? », etc... Donc, vraiment de couper les ponts, puis de pas en discuter, puis de parler d'autres sujets de conversation que le travail, c'est sûr que ça fait du bien à mon bien-être.

Les répondants ont mentionné différentes façons pour arriver à faire la scission. Ainsi, différents rituels sont élaborés pour permettre de faire clairement la coupure entre le travail et la vie personnelle. En voici quelques-uns :

La scission, moi, j'ai un truc : je prends ma douche pis je me change avant de sortir de l'hôpital. J'amène des vêtements civils, je me lave, pis je me change en civil avant de quitter l'hôpital. Ça fait que j'ai l'impression que le fait de se laver, bin, mes problèmes s'en vont dans le drain de la douche. Je pars, je suis plus habillé en infirmier. Les problèmes d'infirmiers, je les laisse dans ma case. (Léo)

La musique me permet de trancher. Je pense que j'ai tout le temps des écouteurs dans les oreilles. J'arrive au travail, j'ai mes écouteurs, je les enlève, je travaille, je repars, j'ai mes écouteurs. C'est ma façon de m'apaiser. (Thomas)

Quand j'ai fini, je pense que c'est un moyen, j'ouvre la porte de mon char, la radio part. Bien, j'oublie complètement ; la journée est finie. (Arthur)

Cette philosophie de distancier volontairement la sphère du travail avec celle de la vie privée consiste en un moyen franc énoncé pour mettre momentanément une pause sur la souffrance ressentie et ainsi éviter les débordements de cette souffrance à la maison.

La **formation et le perfectionnement** sont une autre stratégie personnelle utilisée par quelques répondants pour les aider à composer avec la souffrance au travail. Les formations suivies sont multiples, cela peut autant être un cheminement scolaire complet, par exemple par l'accomplissement du baccalauréat pour ceux ayant une technique en soins infirmiers, ou encore d'une maîtrise pour ceux étant déjà bacheliers. Toutefois, les formations suivies ne s'en tiennent pas uniquement au corpus scolaire. Certains mentionnent les formations offertes par leur ordre professionnel, ou encore des formations venant du domaine privé, et même de l'autoformation, par des recherches personnelles sur des sujets dont l'infirmier juge nécessiter davantage de connaissances.

Je conseillerais probablement aux infirmiers qui ont juste leur DEC d'aller faire au moins un BAC, en plus que maintenant les jeunes ont la chance de faire le DEC-BAC². (Félix)

Je vais chercher des formations pas mal. Je pense que c'est comme ça que j'élimine mon stress, j'imagine, mais tout ce que je peux aller me chercher comme formations, comme choses qui peuvent me servir pour améliorer mon CV ou m'améliorer comme infirmier. C'est un peu comme ça que je peux libérer mon stress. (Phillipe)

Outre la formation, plusieurs répondants précisent aussi l'importance de **bien choisir le milieu de travail** ainsi que la clientèle avec laquelle ils ont du plaisir à travailler. Bien que cela semble un conseil simple, il s'avère plutôt complexe, certains répondants expliquant que pour y arriver, il faut bien connaître ses valeurs,

² Au Québec, il est possible dans plusieurs universités que les détenteurs d'une technique dans la discipline soient dispensés de certains cours de premier niveau du baccalauréat dont le contenu est sensiblement le même que celui abordé dans le cadre de la technique, ce qui permet ainsi à ces étudiants de compléter leurs études de premier cycle plus rapidement.

ses intérêts et sa philosophie de soins pour être au diapason avec la clientèle desservie. À cet effet, quelques répondants rappellent que la grande diversité des postes en soins infirmiers augmente les chances de trouver le milieu de travail de prédilection qui convient bien à la personne concernée.

Y faut que tu t'amuses...faut que tu aimes ça. Si tu n'aimes pas ça, change de département, essaie de trouver un département que t'aimes. Pis je vais te le dire, trouve surtout une clientèle que t'aimes et une équipe de travail, parce que c'est la moitié de la job. (Xavier)

Le milieu correspond aux valeurs que j'ai, que je porte en moi, ma personne. C'était une place où je n'ai pas, et je n'ai pas encore, l'impression de travailler. (Alexandre)

Une autre stratégie personnelle, plus directe dans la gestion de la souffrance au travail, est de se **questionner sur sa charge de travail** et de la diminuer si nécessaire. Certains ont volontairement décidé de changer pour un horaire à temps partiel, alors que d'autres planifient des vacances à l'avance pour leur année. Certains répondants conseillent d'éviter le temps supplémentaire lorsque cela est possible. Bref, les répondants expliquent que, bien que l'emploi comme tel peut être vecteur de souffrance, il y a une partie qui appartient à l'infirmier, et, si nécessaire, ce dernier doit prendre les actions pour diminuer autant que possible les souffrances inhérentes au travail. La diminution du temps de travail est une façon pour y arriver.

J'essaie de ne pas trop travailler, je travaille à temps partiel. Ça fait que j'essaie vraiment de pas trop travailler tout simplement. (Jérôme)

Moi, je pars en voyage six fois par année. Ça me permet de faire le vide ; c'est aussi une motivation quand je travaille. [...] Ça, puis mon horaire de travail : je suis pas à temps complet, je fais un petit sept/quinzaine avec un peu de temps supplémentaires. (Victor)

Une dernière stratégie personnelle identifiée lors des entrevues touche l'ensemble des actions entreprises par les infirmiers à l'intérieur de leur environnement de travail pour tenter de se retirer de la source de souffrance. **Le recul** prend plusieurs formes : il peut autant être dirigé vers la personne soignée, ou les collègues, que vers les tâches professionnelles. Envers les personnes soignées, certains répondants disent appliquer un retrait émotif envers ceux ayant un tempérament

plus difficile. Cela leur permet de mener à bien leurs obligations, sans pour autant prendre de manière personnelle l'attitude de la personne soignée.

J'ai l'impression que j'ai toujours été comme ça, ça fait partie du tempérament des gens [de mettre une distance émotionnelle]. Tsé, en soins, on parle beaucoup du *caring*. Moi, je suis moins de même, je suis plus dans l'action. Moi, l'aspect émotionnel, je m'implique beaucoup moins émotionnellement avec mes patients que d'autres infirmières que je vois. (Nicolas)

Avec les collègues, plusieurs répondants disent prendre leur heure de dîner ou leur temps de pause à d'autres endroits que dans les aires de repos. Certains choisissent cette stratégie afin d'éviter de devoir parler du travail sur les heures de repas, ou encore pour éviter les commérages ou les discussions négatives. Ainsi, les répondants disent pouvoir se reposer de manière plus efficace lors de leur temps de pause en adoptant cette façon de faire.

Moi, je mange plus avec personne, je vais plus en pause avec personne. Je fais ça depuis des années parce que j'étais tanné d'entendre tout le monde parler de leur patient pis de tout le kit. Pis, on dirait qu'on est le seul métier qui fait juste parler de ça. Sinon, mes autres mécanismes, c'est de m'en aller tout seul dans mon auto, ou de sortir dehors prendre une marche, même si y fait -30, pour me changer les idées, prendre l'air. (Louis-Carl)

Durant ma pause, je dirais comme conseil de ne pas rester sur son département. Ça enlève le stress. (Lucas)

Bref, les infirmiers rencontrés possèdent un large éventail de stratégies personnelles pour affronter la souffrance au travail. Certaines ont un lien direct avec le travail, par exemple la formation, ou diminuer volontairement sa charge de travail, ou encore l'utilisation du retrait. Il y a ensuite des stratégies intermédiaires entre le travail et l'infirmier, par exemple l'application de la scission entre la vie professionnelle et la vie personnelle, ainsi que tout le questionnement sur la cohérence du choix de son milieu de travail en lien avec ses valeurs personnelles. Enfin, il y a les stratégies externes au travail, qui sont principalement la pratique de loisirs et d'activités personnelles.

7.2.1.3 Les stratégies en lien avec le réseau social

Pour qu'une stratégie soit retenue dans cette catégorie, elle doit impliquer l'interaction ou la participation d'une tierce personne, peu importe que cette personne soit issue du milieu de travail ou non. Les stratégies indiquées par les répondants impliquant le réseau social se divisent en trois grandes catégories : 1) les moyens impliquant les collègues de travail ; 2) les moyens impliquant le réseau social extérieur au travail ; et 3) les attitudes adoptées par l'infirmier envers les personnes soignées et les collègues. Bien que la troisième catégorie chevauche les stratégies de nature personnelle et les stratégies issues du réseau social, elle est catégorisée ici principalement parce qu'une interaction sociale reste présente dans l'utilisation du moyen.

Lors des entrevues, tous les répondants ont nommé les collègues comme pouvant être une source importante de soutien pour gérer la souffrance au travail. Bien que certains collègues soient identifiés comme pouvant susciter parfois de l'anxiété, d'autres, au contraire, sont perçus comme des aidants. Plus encore, le soutien des collègues est considéré comme un élément clé pour réussir à conjuguer avec la souffrance au quotidien. Deux éléments bénéfiques en particulier, apportés par les collègues, sont nommés par les répondants : le soutien moral et l'entraide. Ainsi, selon les propos recueillis, les collègues offrent leur soutien moral par l'écoute active, en permettant de ventiler sur les situations stressantes vécues dans la journée. Le sentiment d'être entendu, appuyé et reconnu dans leurs émotions figure comme un grand soulagement de la souffrance pour les infirmiers rencontrés.

Pour ventiler, par exemple, avec des personnes fiables avec qui je peux parler. À l'hôpital, j'ai pas d'amis en tant que tels au travail. Par contre, j'ai des personnes que je considère très fiables, qui sont précieuses pour moi. Pis de parler avec ces personnes-là, en cas de stress aigu, d'opérations, bien oui, c'est arrivé. J'ai mes personnes ciblées que je sais qui sont disponibles pour moi, et vice-versa. On se rend service à ce niveau-là. (Léo)

Je pense que quand on vit une chose particulière, c'est bien d'en parler... pour être capable de se dérouler pour ne pas refouler qu'est-ce que tu ressens. C'est bien d'en parler même s'il faut pleurer, faut que ça se fasse... (Nathan)

Par ailleurs, l'entraide dans les tâches au travail figure comme un autre élément important mentionné par l'ensemble des répondants. L'entraide peut prendre plusieurs formes : une aide directe dans la tâche à faire, une aide supplémentaire en cas de surcharge de travail, des conseils et du soutien technique lorsque l'infirmier est confronté à une situation particulière. En somme, tous ces moyens sont identifiés par les répondants comme étant des moyens efficaces pour conjuguer avec la souffrance au travail.

Je pense que, si tu rencontres une situation de stress, bien, peut-être que c'est parce que t'es pas confortable avec la situation. Alors, demande-y a toujours quelqu'un qui va être confortable – alors, je vais soit déléguer à quelqu'un ou demander la participation. (Louis-Carl)

Dans l'extrait suivant, Joseph explique comment une bonne synergie d'équipe facilite les tâches et diminue la souffrance au travail :

On n'a pas le choix de s'accoter les uns sur les autres. Parce que moi, par exemple, y a une infirmière avec qui je travaille, quand je suis en dyade avec elle, on n'a même pas besoin de se parler. Elle sait ce que je fais, je sais ce qu'elle fait. Ça devient un automatisme et cet automatisme fait que notre travail se passe plus rapidement, plus facilement.

Un autre aspect important mentionné par les répondants est que l'entraide doit être bidirectionnelle. Certes, il faut savoir demander, mais aussi donner. Cela permet autant de diminuer les impacts de la souffrance que de faciliter l'intégration des membres dans l'équipe.

Être aidé, puis essayer d'aider les autres aussi. C'est pas parce que t'as plus d'ouvrage dans ton équipe que tu peux pas aller aider les autres. Parce que j'ai remarqué ça aussi si tu restes assis pendant que les autres *rushent*, bien, ça ne passera pas, cette personne-là ne s'intégrera pas. (Arthur)

En bref, le soutien moral par l'écoute active, le partage des réalités et une validation dans les émotions ressenties figurent comme un élément important du lien avec les collègues de travail. L'entraide et le partage des tâches de travail représentent aussi un autre aspect joué par les collègues pour diminuer l'impact de la souffrance vécue au travail.

En dehors du réseau social au travail, les répondants ont aussi parlé de la place occupée par plusieurs acteurs, par exemple les amis, la famille ou le/la partenaire de vie. Après analyse des entrevues, il semblerait que la famille ne joue pas un rôle majeur dans la gestion des souffrances. Toutefois, les amis représentent un acteur plus important, notamment pour contribuer à la division entre le travail et la vie personnelle. Quelques répondants précisent que les amis leur permettent de « s'évader », de se changer les idées et de développer d'autres passions et intérêts que le travail lui-même.

Moi, quand je finis de travailler, je m'en vais chez mes amis qui ne travaillent pas partout dans le milieu. On fait plein d'autres affaires qui ont pas du tout rapport avec les soins infirmiers. Ça fait que, moi, ça m'aide à m'évacuer de tout ce qui aurait pu se passer dans une journée de travail. (Nicolas)

L'écoute et le soutien émotif sont deux autres points spécifiés en lien avec les amis par quelques infirmiers interrogés.

Les amis nous écoutent, y comprennent ce qu'on vit aussi, [ils] sont en mesure aussi de comprendre qu'on a des horaires atypiques, des horaires particuliers, y sont une bonne oreille, y s'adaptent même à nos réalités. (Joseph)

Oui, ils [les amis] sont très importants...J'ai des amis que je peux débarquer chez eux n'importe quand. Sérieux ! si y étaient pas là, je serais assez dépressif. (Lucas)

Autre acteur clé : le ou la partenaire de vie. 15 infirmiers sur 20 ont mentionné que de pouvoir parler des difficultés vécues au travail à leur conjoint ou conjointe s'avère un moyen aidant pour diminuer la souffrance vécue au travail. Certains de ces répondants ont aussi un/e partenaire de vie qui travaille comme infirmier ou infirmière, ou occupe un poste dans le domaine de la santé. Cet élément fait en sorte que, selon leurs propos, le couple se comprend plus rapidement et facilement dans leur réalité réciproque, ce qui offre un soutien accru. Le soutien peut se manifester simplement par une compréhension sincère de la réalité vécue au travail, mais aussi dans le partage de conseils. Aussi, lorsque les deux partenaires ont des horaires atypiques et comprennent cette facette du milieu de travail, le couple s'adapte plus

aisément à cette routine de vie atypique. Bref, le/la partenaire de vie, et encore plus lorsqu'il/elle travaille dans le même domaine, représente un élément positif pour conjuguer avec la souffrance vécue au travail pour l'ensemble des répondants :

Bien une stratégie que j'ai, et ça vient tout naturel, c'est d'en parler à ma conjointe qui est infirmière aussi. Alors, j'ai la possibilité de verbaliser à la maison. On s'était quand même donné des règles qu'après, disons si on arrive à la maison à 17h, on se disait qu'après 19h on ne parlait plus de la job. (Olivier)

Moi, mon épouse est infirmière. On a une entente : on peut parler du travail, pas plus que cinq minutes. [Après], on laisse ça en arrière, on est rendu à la maison. Sauf que si on avait de quoi de spécial, qu'on veuille prendre une demi-heure pour en parler pour qu'on puisse échanger sur ce qu'on aurait pu faire, c'est correct, mais pas plus que deux ou trois fois par semaine. On a aussi besoin de se retrouver puis de faire nos affaires pour le peu de temps qu'on passe ensemble. (Louis-Carl)

Enfin, la dernière catégorie dans les stratégies issues du réseau social regroupe les attitudes développées par l'infirmier, en lien avec les interactions sociales au travail.

Concernant les personnes soignées, un répondant explique accueillir la gratitude exprimée par les personnes soignées et leur famille à l'égard des soins donnés. Pour lui, accepter et prendre le temps de recevoir la gratitude exprimée aide à modérer la souffrance ressentie par la lourdeur des tâches au travail.

Je te dirais que les patients et les familles nous aident, même si on a une certaine lourdeur de travail. Les patients, je te dirais, sont en général satisfaits des services qu'on leur donne, puis ça, je pense, la gratitude qu'ils nous apportent, ça aide à diminuer le stress. C'est important qu'on l'aille. (Nathan)

Quant aux collègues, quelques répondants précisent qu'il faut savoir prendre son temps lorsque l'on intègre une nouvelle équipe de travail. Chaque équipe ayant son rythme, ils expliquent qu'il faut « faire profil bas » au début, afin de mieux comprendre la dynamique au sein de l'équipe et la place possible à occuper dans cette dynamique déjà installée. Certains répondants expliquent que de tenter de changer la dynamique de force ou d'ajouter sa couleur trop rapidement peut créer

des frictions et des accrochages avec l'équipe, coupant ainsi les possibilités d'entraide et de coopération dans le futur.

Quand tu commences, c'est un peu la loi du « ferme ta gueule », fais ton « *low profile* ». Quand tu seras accepté, tu parleras. Mais, commence par te faire accepter avant de prendre ta place. (Lucas)

Je pense que de « faire profil bas », d'étudier les gens, pis, après ça, de s'insérer graduellement dans l'équipe, pas vouloir forcer son entrée dans l'équipe. Faut attendre que l'équipe t'intègre. (Léo)

Enfin, le dernier point soulevé par 12 infirmiers sur les 20 rencontrés consiste à participer aux activités sociales offertes par l'équipe de travail afin de faciliter l'intégration. Les activités sociales peuvent autant être des activités sportives de groupe, des sorties au restaurant ou au cinéma, des soirées organisées chez un/e collègue de travail. Les bénéfices mentionnés par les répondants sont multiples : une connaissance plus en profondeur de la personnalité des collègues, une meilleure complicité sur le milieu de travail, une plus grande facilité à demander de l'aide et une intégration plus rapide dans l'équipe.

Nous, on fait ça : je te donne un exemple, mardi matin on est allé déjeuner toute la *gang* ensemble. Pas pour parler du travail, mais pour décompresser, se retrouver ailleurs. (Nathan)

Sur mon unité de soins, on a un club social. Ça nous permet de faire des activités ensemble, de ventiler sur certains cas problématiques. [...] Ça fait au moins une quinzaine d'années que je fais partie du club social et ça nous aide beaucoup parce qu'on redécouvre la personnalité des gens avec qui on travaille et ça permet, je dirais, de nouer des liens, pour que, quand on arrive au travail, on se dit : « ah ! je comprends pourquoi elle ou il agit comme ça ». On se comprend mieux. (Joseph)

En conclusion de cette section, lorsque la souffrance est bien présente au travail, les répondants sont unanimes : il ne faut pas rester seul avec cette souffrance. Que ce soit avec les collègues, les amis ou le/la partenaire de vie, et que ce soit sur le milieu de travail, à la maison ou par des activités sociales, les répondants identifient le réseau social comme une assise importante dans les stratégies pour gérer efficacement la souffrance vécue en milieu de travail.

7.2.1.4 Les stratégies provenant de l'employeur

Lors des entrevues, quatre infirmiers rencontrés ont soulevé certaines stratégies de l'employeur qui contribuent à la diminution de la souffrance vécue au travail. La terminologie « employeur » doit être comprise ici comme englobant tous les postes de direction et de gestion du personnel.

La première stratégie nommée est l'ouverture et l'écoute des supérieurs lorsque des situations problématiques sont rapportées. Autant que la fermeture et l'inaction des dirigeants figurent comme une source de souffrance pour les répondants, autant une écoute sincère et une prise d'action par le gestionnaire représentent, selon eux, une stratégie efficace pour diminuer le sentiment de souffrance. Les propos recueillis indiquent que les dirigeants peuvent offrir plusieurs formes d'aides, l'écoute et le soutien émotionnel, un appui dans la prise de décision de l'équipe terrain, un changement de protocole dans la manière de travailler, ou encore l'augmentation de ressources humaines et matérielles lorsqu'il y a une carence ressentie par l'équipe dans le milieu de travail. Bref, toutes ces aides indiquent que les façons d'aider de la part de l'employeur sont multiples et variées.

Si je parle des gestionnaires, [ils] sont là pour nous backer dans nos décisions. Je vois ça de même : tsé, y nous *backent* ; dans ce sens-là, je pense qu'ils prennent leurs responsabilités. Ça fait que ça nous décharge au niveau du stress. (Michaël)

La boss qu'on a présentement est très proactive, beaucoup à l'écoute. Aussitôt qui y'a une situation qui peut être stressante pour quelqu'un, son bureau est toujours ouvert, jamais elle ne va regarder sa montre et dire « j'ai un rendez-vous bientôt ». Le patron immédiat peut vraiment avoir des répercussions... (Xavier)

Ici, on est en surplus de personnel : ça, ça enlève un stress. On sait qu'on ne manque pas de personnel, que, si je veux appeler malade pour X raison, que j'ai pas à me sentir coupable que quelqu'un va avoir du temps supplémentaire obligatoire parce qu'ils ont les ressources pour pouvoir combler. C'est rassurant. (Lucas)

Certains répondants expliquent que leur supérieur planifie des réunions spéciales lorsqu'une situation particulièrement stressante arrive sur le lieu de travail. Cela

permet à l'équipe de ventiler, mais aussi de réfléchir sur l'organisation du travail, et donc, de solutionner les points faibles ayant engendré la situation problématique.

À chaque fois qu'il y a un assaut, il y a une réunion pour verbaliser ce qui s'est passé, voir si on avait pu prévoir le coup à l'avance, voir comment on se sent là-dedans. Ça permet aussi d'éviter les rancunes dans l'équipe, d'éclaircir les choses et de ne pas interpréter. (Elliot)

Parmi les différents services offerts par l'employeur, deux ont été nommés par plusieurs répondants comme étant aidants pour gérer la souffrance vécue au travail. Le premier consiste en un système de mentorat pour les nouveaux infirmiers. Ainsi, un infirmier qui débute sur un département est jumelé avec un/e autre collègue d'expérience. Cette personne devient donc en quelque sorte la référence si le nouvel infirmier a des questions ou des inquiétudes au sujet de son travail. Les quatre infirmiers ayant élaboré davantage sur les stratégies potentielles de l'organisation de travail ont aussi apporté qu'il s'agit d'un système peu utilisé, mais qu'il faudrait, selon eux, mettre davantage de l'avant, car potentiellement jouant un rôle protecteur contre la souffrance vécue devant l'inconnu et la peur de faire une erreur.

Quand y a des jeunes qui arrivent dans le milieu et qui sont stressés, faut qu'ils soient jumelés à un mentor. Ça, [les gestionnaires] y sont fort là-dessus, de mettre des mentors quand y a des nouveaux employés qui sortent de l'école. C'est important, parce qu'il faut que t'aies un point de repère dans ton milieu de travail. (Michaël)

Le deuxième service mentionné par plusieurs répondants est le programme d'aide aux employés, un service confidentiel offrant des consultations psychologiques ou psychosociales gratuites aux employé/es. Que ce soit pour mieux se comprendre personnellement ou pour développer des moyens pour gérer la souffrance au travail, les répondants mentionnent que, bien que, selon eux, malheureusement peu connu, le programme d'aide aux employés est un moyen efficace pour développer des outils pour affronter la souffrance au travail.

J'ai fait appel au PAE, c'est gratos. Ça fait que j'ai vu un psychologue cognitivo-comportemental pour mon anxiété. En cinq séances parce que c'est ce que m'offrait le PAE. Écoute tout le monde devrait avoir accès à ça. (Michaël)

En somme, les répondants identifient des stratégies directes ou indirectes concernant l'employeur. Directes, par l'implication et la prise d'action de la part des gestionnaires pour tenter d'alléger la souffrance vécue par le personnel soignant sur le milieu de travail. Indirecte, par l'offre de services complémentaires, par exemple le programme d'aide aux employés, afin de permettre une aide supplémentaire au personnel qui en ressent le besoin.

En résumé, les répondants ont nommé plusieurs stratégies utilisées pour gérer les différentes souffrances au travail. Que ce soit des stratégies personnelles, sociales ou reliées à l'employeur, l'ensemble de ces stratégies visent les stresseurs de front. En effet, un élément à souligner lors des entrevues est qu'aucune solution proposée ne vise à fuir ou à éviter le problème. Par exemple, la consommation d'alcool n'a pas été soulevée comme une façon utilisée pour conjuger avec la souffrance au travail. Cependant, certains répondants se questionnent à savoir si la consommation d'alcool pour composer avec les problèmes ne serait pas une réponse plus « masculine ». Ce questionnement par rapport au genre sera exploré dans la section suivante après avoir discuté les résultats en lien avec les stratégies défensives.

7.2.2 Discussion en lien avec l'objectif 2

Les répondants ont été généreux dans l'expression des stratégies défensives utilisées pour contrer les différentes souffrances vécues au travail. À la suite de l'analyse de leurs propos, plusieurs mises en relation sont possibles avec les écrits scientifiques sur le sujet. Un premier constat est que l'ensemble des répondants, lorsqu'ils décrivent les raisons les amenant à bien conjuger avec la souffrance, mettent tous de l'avant, à un moment ou un autre, des traits de personnalité rattachés au *Big Five* de Goldberg (1990). En effet, ils mentionnent à plusieurs reprises les points suivants comme étant majeurs pour la pratique infirmière, soit : 1) être capable de mettre une distance avec les difficultés du travail ; 2) encourager le travail d'équipe et l'entraide ; 3) être organisé et préparé sur son milieu de travail ; et 4) accepter et rester ouvert à la critique afin de se perfectionner. Ces points concordent très fortement avec les traits du *Big Five*, cette étude de Goldberg (1990) ayant ressorti les cinq traits de personnalité jouant un grand rôle dans la gestion du

stress chez un individu. Ces cinq traits sont 1) un faible niveau de névrosisme ; 2) l'extraversion; 3) l'amabilité ; 4) la scrupulosité et ; 5) l'ouverture à l'expérience. Bien que la théorie du *Big Five* n'a pas été élaborée pour le personnel infirmier, il est intéressant de constater qu'elle demeure valable et très présente dans les caractéristiques personnelles des infirmiers interrogés qui disent bien se porter au travail. On peut faire également le lien avec les recherches de Kobasa et ses collaborateurs (1982) sur la personnalité vigoureuse (*hardiness*), qui regroupe trois attitudes clés, soit 1) l'engagement ; 2) le sentiment de contrôle et ; 3) la recherche de défi. En fait, les répondants ont, en grande majorité, mentionné à leur manière ces trois points comme étant des éléments personnels qui les aident pour bien composer avec la souffrance au travail. Des rapprochements s'avèrent donc possibles entre la présente étude, la théorie de Kobasa et ses collaborateurs (1982), de même que celle de Goldberg (1990).

Par ailleurs, des liens évidents peuvent être établis avec la classification faite par Carver et ses collaborateurs (1989) de même qu'avec les stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman (1984). En effet, on constate que l'ensemble des répondants utilise toutes les stratégies dites efficaces, soit l'adaptation active, la planification, la réinterprétation positive et l'acceptation. Ils utilisent aussi, à différents degrés, la plupart des stratégies dites « neutres », soit la distraction, l'humour, l'expression des émotions et le soutien social. Seul l'usage de la religion n'est pas nommé par les infirmiers rencontrés comme moyen utilisé dans cette catégorie. Enfin, aucune stratégie classée comme inefficace n'a été mentionnée par les répondants. Il s'agit d'un point particulièrement intéressant, surtout qu'il entre en contradiction avec plusieurs écrits disant que les hommes sont plus propices à la consommation de substances que leurs homologues féminines. Il est possible d'interpréter en fait que les infirmiers qui se portent bien utilisent davantage les stratégies d'adaptation de type efficace ou neutre, alors que les infirmiers vivant plus de souffrance emploient peut-être plutôt des stratégies considérées inefficaces. Une étude comparative plus poussée entre les infirmiers se portant bien et ceux ayant plus de difficultés au travail permettrait de vérifier ce point. Une telle étude permettrait d'observer s'il y a un facteur de désirabilité sociale dans les réponses rattachées aux choix de stratégies

plus efficaces qu'inefficaces de la part des répondants. En effet, de par leur métier, les infirmiers sont plus conscients des bonnes et mauvaises pratiques de gestion de la souffrance. La nature même de l'emploi sensibilise les infirmiers aux conséquences potentielles d'utiliser des stratégies inefficaces. Il serait donc intéressant dans les études à venir d'étudier l'importance de cette influence sur l'orientation des réponses et des solutions choisies pour affronter la souffrance au travail.

Un autre aspect important, le soutien social, demeure un outil central nommé par les répondants. Les hommes rencontrés utilisent tous, à différents niveaux, le soutien social pour conjuguer avec la souffrance au travail. Alors que certains n'utilisent que le collectif de travail, d'autres mentionnent l'importance du ou de la partenaire de vie et des amis pour trouver un équilibre dans leur vie personnelle. Plus précisément, selon leurs propos, ils utilisent les trois formes de soutien social avec leurs collègues, soit le soutien instrumental, informationnel et émotionnel (Ruiller, 2008). Ils rapportent que le/la partenaire de vie, surtout si cette personne travaille dans le même domaine, procure un soutien de type informationnel, par le partage d'expérience et de conseils cliniques, ainsi qu'émotionnel. Enfin, les amis et à un moindre degré les familles, sont nommés comme offrant un soutien essentiellement de nature émotionnelle. De plus, les amis se conjuguent souvent aux activités sociales et sportives mentionnées par les répondants, amplifiant l'importance de leur place comme forme de soutien. Ainsi, la présente étude concorde fortement avec les écrits portant sur l'importance du soutien social comme variable modératrice de la souffrance vécue au travail (AbuAlRub, 2004 ; Association paritaire pour la santé et sécurité du travail, 2013 ; Beehr et al., 2003). Cependant, peu de répondants ont mentionné le soutien social provenant de l'employeur. Cette constatation va dans le même sens que la discussion de l'objectif précédent, à savoir un questionnement à approfondir sur la place de l'employeur pour que ce dernier devienne un acteur efficace de gestion de la souffrance vécue au travail par ses employés. D'autant plus que les écrits sont explicites sur le potentiel que cet acteur peut jouer comme facteur de protection contre le stress, terme employé par les auteurs de cette étude (Kossek, Pichler, Bodner et Hammer, 2011).

On peut alors penser que l'absence de soutien social de la part de l'employeur favorise l'usage important de stratégies secondaires. En effet, plusieurs des moyens énoncés par les répondants, par exemple le sport ou le perfectionnement par la formation, sont des moyens faisant partie des stratégies secondaires de l'approche traditionnelle sur le stress. Globalement, ce type de stratégies amène l'infirmier à développer par lui-même les ressources et les moyens nécessaires pour bien vivre avec la souffrance au quotidien.

Par ailleurs, un moyen nommé s'inscrit clairement dans la catégorie des stratégies tertiaires, soit l'utilisation du programme d'aide aux employés. Enfin, notons qu'aucune stratégie primaire n'est énoncée par les infirmiers rencontrés, soit les stratégies développées pour faire cesser le problème à la source. Cette situation s'explique en partie par le fait que, pour qu'une stratégie primaire soit efficace et possible, une participation active de la part de l'employeur devient obligatoire. En effet, comme cette forme de stratégie vise à éradiquer le problème à sa source, elle exige souvent des changements organisationnels et structurels en profondeur. Par exemple, une stratégie primaire concernant la surcharge de travail serait soit d'accroître le personnel en place, ou encore de diminuer le nombre de personnes soignées par infirmier. Cette solution n'est pas réalisable par l'infirmier lui-même ; la participation de l'employeur est essentielle. Bien que le constat demeure sombre sur l'absence de l'employeur dans les moyens mentionnés, il reste cohérent dans l'ensemble des analyses portées dans la discussion précédente. Le besoin de revoir le rôle de l'employeur dans les solutions possibles demeure des plus pertinents, particulièrement parce qu'il est bien documenté que les stratégies primaires demeurent les plus efficaces à long terme pour diminuer les impacts de la souffrance sur le collectif de travail, tout en ayant aussi des bénéfices pour l'employeur (Goldgruber et Ahrens, 2010).

Quelques pistes d'action sur les aspects que l'employeur peut mettre en place sont identifiées lors des entrevues et correspondent bien au modèle théorique de Demerouti et ses collaborateurs (2001). En effet, ces auteurs ont identifié quatre ressources qu'un employeur peut mousser pour accroître le bien-être chez ses

employés, soit les conditions de travail, les ressources internes, le poste de travail et les tâches de travail. Ces quatre éléments ont tous été mentionnés par les infirmiers répondants comme étant des éléments importants faisant la différence entre un infirmier qui se sent en contrôle de son travail, ou au contraire un infirmier se sentant plutôt dépassé par les tâches à effectuer au quotidien, et donc enclin à vivre de la souffrance au travail. La section précédente a mis en évidence que les répondants ont tous soulevé, à différentes échelles, l'importance du statut de travail, de la variété des tâches, de l'implication de l'équipe et du supérieur dans les décisions, ainsi que dans la clarté des rôles et des procédures de travail. Ainsi, les éléments décrivant les ressources au travail identifiées par Demerouti et ses collaborateurs (2001) se retrouvent dans les entrevues avec les infirmiers rencontrés. Ils peuvent figurer comme un premier pas réflexif possible pour l'employeur afin d'identifier des pistes d'action à entreprendre pour passer au stade d'un acteur protecteur contre la souffrance au travail de ses employés.

Enfin, en lien avec le cadre théorique de cette étude, une relation évidente est observée entre les stratégies défensives, la charge psychique et la normalité. Les infirmiers rencontrés rapportent avoir développé toute une panoplie de stratégies défensives afin de diminuer la charge psychique engendrée par le travail et ainsi maintenir une certaine forme de normalité. Cette relation de cause à effet entre ces trois concepts est manifeste dans les propos des répondants. Par contre, contrairement à ce qui est avancé par les auteurs de ce cadre théorique, les résultats de cette étude suggèrent que les stratégies défensives n'épuisent pas nécessairement les travailleurs à force de les utiliser sur une longue période comme l'affirment Dejours et Gernet (2012). Ces auteurs expliquent cette logique en précisant que, si une stratégie doit être utilisée pour une longue durée, cela signifie aussi que la source de souffrance en cause n'est pas résolue et qu'il faut plutôt tenter d'éliminer cette cause à la source et non seulement développer des stratégies défensives pour l'encadrer. Bien que cette réflexion soit en partie vraie, le portrait global semble plus complexe. En fait, selon les propos des répondants, un maintien équilibré des stratégies défensives dans le temps permet de maintenir une saine normalité au quotidien, surtout qu'ils n'ont pas de pouvoir sur les causes structurelles

de la souffrance vécue au travail. Dans ce cas-ci, le maintien des stratégies défensives ne semble pas s'être avéré épuisant, mais au contraire nécessaire et salutaire pour le bien-être de ces hommes. Bref, les stratégies défensives revêtent une image plus positive que ce qu'en laissent voir Dejours et Gernet. En fait, cela est peut-être lié au fait que les choix de stratégies faits par les répondants sont cohérents pour eux : ils sont faits de manière personnelle et volontaire, en plus d'avoir démontré une efficacité pour venir contrer les situations jugées stressantes.

Cette reformulation de l'usage des stratégies défensives trouve tout son sens dans le concept de sentiment de cohérence établi par Antonovsky (1979) dans le cadre théorique de la salutogénèse. En incluant ce concept théorique à la PDT, on voit qu'un individu qui choisit des stratégies défensives pour contrer une situation stressante peut effectivement vivre une perte d'énergie à déployer cette stratégie. Par contre, si la stratégie qu'il utilise est cohérente avec ses valeurs et sa personnalité et qu'elle se montre efficace dans le temps, elle ne résulte pas nécessairement en fatigue, mais elle peut, bien au contraire, devenir bénéfique sur le plan de l'état de bien-être global du travailleur.

En résumé, plusieurs écrits datant parfois de plusieurs décennies se démontrent encore valables si on les compare avec la présente étude. Notamment, les traits de personnalité du *Big Five* de Goldberg (1990), ou encore le *hardiness* de Kobasa et ses collaborateurs (1982) se retrouvent dans l'ensemble des propos des répondants de cette recherche. Par ailleurs, le soutien social s'avère une variable importante et centrale pour l'ensemble des répondants, peu importe que le soutien provienne du collectif de travail ou du réseau social personnel de l'infirmier. Enfin, ces propos suggèrent que l'employeur occupe actuellement un rôle effacé dans les moyens accessibles aux infirmiers pour gérer leur souffrance au travail. Plusieurs pistes de réflexion en ce sens ont été exposées, pouvant être explorées dans le cadre de recherches futures sur l'implication plus prononcée des employeurs dans la lutte à la souffrance au travail. Enfin, l'analyse du propos des répondants a permis de préciser un concept de la théorie de la psychodynamique du travail, soit les stratégies défensives. Principalement, à l'aide du concept du sentiment de

cohérence de la salutogénèse, il est observé dans les entrevues que les infirmiers rencontrés qui utilisent des moyens en phase avec leur personnalité et leurs valeurs ne semblent pas subir de perte d'énergie dans l'utilisation de stratégies défensives, contrairement à ce qu'affirment Dejours et Gernet (2012). Ce constat permet de brosser un portrait plus optimiste quant à la portée des moyens à mettre en place pour contrer la souffrance au travail, pouvant alors être des stratégies de protection saines à long terme.

7.3 En lien avec l'objectif 3 : L'influence du genre masculin dans la gestion de la souffrance au travail des infirmiers œuvrant en centre hospitalier

7.3.1 Genre, pratique infirmière et stratégies défensives

Le dernier objectif de cette thèse consiste à explorer le rôle qu'occupe le genre masculin dans la gestion de la souffrance au travail des infirmiers qui travaillent en centre hospitalier. Les questions d'entrevue portant sur cet objectif allaient du général au particulier, questionnant tout d'abord les répondants sur leur vision de la masculinité au sens large, jusqu'aux questions plus spécifiques portant sur leurs perceptions de l'influence du genre sur le choix des stratégies défensives effectuées par les infirmiers. Cette section est divisée en trois parties : 1) les réponses en lien avec la vision que les répondants ont de la masculinité ; 2) la manière dont ils perçoivent comment le genre masculin influence la pratique infirmière et 3) le rôle qu'occupe le genre, selon eux, dans le choix des stratégies défensives pour contrer la souffrance au travail.

7.3.1.1 *Les visions sur la masculinité*

Tout d'abord, les infirmiers rencontrés présentent différentes versions de ce qu'est être un homme. Par exemple, une première élaboration rapportée par quelques répondants associe la masculinité uniquement aux différences biologiques : l'homme et la femme se distinguent de par leurs organes génitaux, sans plus. Ce constat de la part de ces répondants vient du fait que, pour eux, la seule manière de définir ce qu'est un homme, comparativement à ce qu'est une femme, passe par le sexe biologique seulement. Toutefois, ces répondants font ce choix, non pas dans

le but de diviser de manière franche les hommes et les femmes en caractéristiques qui leur seraient distinctes, mais plutôt parce que le sexe apparaît le seul repère réellement distinctif à leurs yeux qui puisse être universel chez tous les hommes (et à toutes les femmes). Bref, à défaut de pouvoir définir la masculinité par ses facteurs sociaux et culturels, le genre, ces répondants emploient le volet biologique pour le faire, ce que les extraits suivants illustrent :

Pour moi tout le monde est différent. Y a pas de modèle d'hommes précis dans ma tête : l'homme, c'est le pénis. C'est ça, j'y vais avec l'anatomie, moi. (Victor)

Moi, vraiment un homme...je te définirais ça seulement au niveau biologique. C'est quelqu'un qui a l'anatomie masculine, parce que simplement, c'est pu le pourvoyeur de la famille ou le mari qui protège sa femme, etc...Ça fait que la seule définition que je peux donner, c'est vraiment au niveau biologique. (William)

Par ailleurs, pour plusieurs répondants, se faire questionner sur ce qu'est la masculinité ne fait que créer davantage de questions. Plusieurs constatent qu'ils ne savent pas quoi répondre. En fait, certains admettent même qu'ils auraient été plus en mesure de répondre si la question avait plutôt été de définir ce qu'est une femme.

C'est niaiseux, mais on dirait que si tu m'avais demandé « c'est quoi être une femme », j'aurais eu plus d'idées, parce que, dans notre société, c'est plus quelque chose que l'on questionne, que l'on met de l'avant, avec le féminisme et l'égalité des sexes. Mais, à l'inverse, on dirait que de penser à l'inverse, j'ai jamais pensé à ça...C'est vraiment une bonne question. (Nicolas)

Ce répondant ajoute aussi que le fait d'avoir étudié en sciences infirmières l'a sensibilisé à la question du genre féminin, mais non au genre masculin.

Je suis allé aux études supérieures en *nursing*. C'est une profession à base féminine. J'ai beaucoup plus étudié l'histoire des femmes dans tout ça : l'émancipation du rôle des femmes, le féminisme...qui a comme influencé le développement des soins infirmiers. Donc, quand tu me demandes le rôle des hommes, c'est vraiment une bonne question... (Nicolas)

En lien avec cette réflexion, un autre infirmier précise toutefois l'importance du féminisme comme levier accessible aux hommes pour se permettre à leur tour de se questionner sur leur masculinité.

Le féminisme, ça nous a amené à être ébranlés. Quand j'entends des jeunes qui critiquent le féminisme pis qui disent que ça devrait pas exister, ouf ! y a bin des choses qui n'existeraient pas aujourd'hui. Ça nous a ébranlés, ça nous a questionnés. (Alexandre)

En réaction à cette question sur la définition de la masculinité, plusieurs répondants considèrent que les hommes vivent une absence de modèles, et qu'en fait, l'image masculine traditionnelle tend à changer sur plusieurs facettes. Notamment, plusieurs critiquent la vision masculine traditionnelle, qu'ils définissent comme celle de l'homme n'exprimant pas ses sentiments, stoïque, qui doit affronter toutes situations sans broncher. Ils déplorent que cette vision ne dépeigne pas l'homme tel qu'il est vraiment. En fait, quelques répondants disent que l'image des hommes d'aujourd'hui se différencie de l'image des hommes du XX^e siècle. C'est ce qu'explique Xavier :

La représentation de l'homme, c'était moins encouragé [d'exprimer ses émotions] dans le temps de mon père. Tsé, mon père parle pas de ses émotions, c'était pas bien vu...Tandis que là, c'est le contraire. [...] L'homme de 2015 peut être plus émotionnel, plus près de ses émotions que l'homme des années 1980.

Ces changements dans ce qui est perçu comme étant adéquat chez un homme ou ce qui ne l'est pas amènent les répondants à questionner le modèle traditionnel. La capacité d'exprimer librement ses émotions est l'aspect le plus souvent remis en question par plusieurs répondants de cette recherche.

Je me suis déjà fait dire qu'un gars, ça fait pas de deuil. J'ai dit : « bin là ! je sais pas pourquoi tu me dis ça ». Une femme peut pleurer au poste, mais un gars qui pleure au poste, c'est bizarre ? T'es supposé être plus fort que ça...On dirait que les autres s'attendent à avoir un rocher qui est impénétrable, imperturbable. C'est toujours un peu particulier ça... (Joseph)

Parce que moi les affaires de « un gars, ça pleure pas », non, je pense que c'est plutôt une question de confiance...Pleurer, c'est correct, c'est très sain de libérer ses émotions. (Olivier)

Je ne me sens pas comme l'homme du temps qui a pas d'émotions. Je ne me sens pas froid, distant, non *psychologisable*. Les rôles sont déboxés. (Alexandre)

Dans un même ordre d'idée, les répondants ont été questionnés à savoir si le fait de pratiquer une profession typiquement reconnue comme féminine avait ébranlé leur vision personnelle de la masculinité. La majorité des répondants mentionnent ne vivre aucun stigmate en ce sens.

Moi, personnellement, ça n'affecte pas ma masculinité de travailler comme infirmier. Je peux peut-être m'imaginer pour d'autres gars, mais pas pour moi. (Victor)

J'ai toujours été pas mal à l'aise autour d'une *gang* de filles. Dans la culture anglophone y vont dire « *male nurse* » à place de *nurse*. Nous, on n'a pas à composer avec cette nuance-là...Mais ça me chicote un peu : on pourrait juste dire *nurse* ? Pour moi, ça m'affecte pas. (Jérôme)

Les réflexions portant sur la pratique des soins infirmiers et le fait d'être un homme ont été explorées plus en détail auprès des répondants. L'une des premières réflexions apportées par quelques répondants porte sur le fait que la profession gagne en crédibilité et devient de plus en plus réputée et respectée, ayant pour effet de diminuer le sentiment de stigmatisation genrée.

Je pense que la profession prend du poil de la bête : le bac. s'en vient obligatoire et, avec toutes les négociations qui se passent depuis les cinq dernières années, les infirmiers « *at large* » ont pris de l'importance aux yeux de la population. Gars ou fille, à c't'heure, quand je dis que je suis infirmier, c'est reconnu. (Michaël)

C'est pas une profession qui est dévalorisée. Je serais plus gêné de dire, je m'excuse pour les personnes-là, de dire que je travaille au McDonald. Tsé, infirmier, les gens savent un peu l'importance de cette profession-là. Ça a sa place dans la société, c'est estimé par la société. [...] Je ne me suis jamais senti inférieur parce que je suis un homme dans un milieu de femme. C'est jamais de quoi qui a effleuré mon esprit. (William)

De plus, plusieurs répondants expriment que les soins infirmiers devraient plutôt être vus comme un domaine non genré, qu'une distanciation avec le genre est de mise. Il est intéressant de noter que les répondants ont apporté des justifications

différentes au besoin d'une pratique non genrée, notamment en faisant la comparaison avec les autres professions vivant un questionnement similaire.

Je suis pour que les femmes soient policières. Est-ce que ça remet leur féminité en question ? Je me dis, une *job*, c'est une *job* ; ça devrait pas avoir de sexe. (Nicolas)

Non du tout, j'ai jamais senti que je fais une job de femme. Souvent, je disais à la blague au monde : « je fais une job de femme, je fume pas, je bois pas d'alcool, je me drogue pas...j'ai rien d'un gars-là ». Tsé, ce qui représente un gars, je cadre pas là-dedans. Je sais pas...c'est-tu un faux débat finalement ? (Arthur)

D'autres répondants vont plutôt baser le besoin de dégénérer la profession en misant sur le besoin d'évaluer les capacités de la pratique infirmière sur les valeurs et les compétences de l'individu, nonobstant son sexe.

C'est incroyable dans les soins toute cette dimension de la sensibilité humaine, toutes ces valeurs de *caring*, d'humilité. Ça répond à mes valeurs humaines. La question de sexe est pas là ; je travaille avec des trucs qui me font réagir humainement. (Alexandre)

Je pense que la [pratique infirmière] est plus une question de personnalité, de compétence que de genre masculin ou féminin (Olivier)

Aujourd'hui...je pense que c'est plutôt...c'est pas le gars ou la fille qu'on regarde, c'est la compétence, c'est l'individu qu'on regarde (Louis-Carl)

En lien avec ce dernier extrait, Louis-Carl précise que le débat de genre autour de la pratique infirmière a peu de poids à ses yeux, car il faut, selon lui, tenir compte de la perception des personnes soignées, sur leur préférence dans la manière d'être approchée et d'être soignée.

On n'a pas personne la même méthode de travail. Aussi, y a des gens qui vont se confier mieux à une femme et y a des femmes ou des hommes qui vont mieux se confier plus à des gars. Y a la vision du patient là-dedans aussi. (Louis-Carl)

Quant à lui, Joseph apporte aussi que l'identité de la profession ne devrait pas porter sur le sexe ou le genre du soignant, mais plutôt sur les balises véhiculées par les attentes éthiques et professionnelles exigées par la profession.

L'expression du genre masculin, je pense que ça devrait demeurer quelque chose de privé. Dans le sens que, en principe, on devrait être asexué dans notre travail et y a beaucoup de gens qui ne comprennent pas ça en commençant à travailler là-dedans. Bon, les gros bras, les tatouages, des choses comme ça, des choses comme : « moi, je suis un gars puis je parle fort », [à] un moment donné, y faut se dire : « regarde, là t'es dans un domaine de soin, pour bien paraître face à notre clientèle, face aux collègues avec qui on travaille, slacke un peu. (Louis-Carl)

En résumé, différentes visions de la masculinité sont partagées par les infirmiers rencontrés. Certains s'en tiennent à la distinction purement biologique pour définir l'homme par rapport à la femme. Plusieurs remettent en question le modèle traditionnel de l'homme pourvoyeur et n'exprimant pas ses émotions, mais sans préciser de modèles précis pour le remplacer. En fait, les réponses franches sur la définition de la masculinité sont rares chez les répondants. Plusieurs répondants apportent qu'il s'agit plutôt d'un ensemble de valeurs et de compétences qui définissent un individu, et non le sexe ou le genre. Cette justification se poursuit dans le questionnement à savoir si les soins infirmiers représentent un domaine davantage féminin. Encore une fois, plusieurs répondants précisent que ce sont les valeurs, comme la compassion ou l'envie d'aider qui dictent si une personne est à sa place en soins infirmiers, et non son sexe ou son genre.

7.3.1.2 L'influence du genre dans la pratique infirmière

Lors des entretiens, les répondants ont été questionnés à savoir si le fait d'être un homme influençait d'une quelconque façon leur pratique infirmière, autant dans la manière d'exercer les tâches de la profession, que dans les relations avec le collectif de travail et la clientèle. Trois thématiques ont émergé des entrevues, soit 1) l'influence du genre masculin dans le travail en lui-même ; 2) la relation avec les personnes soignées et ; 3) la relation avec le collectif de travail.

7.3.1.2.1 Le genre masculin et son influence sur la pratique infirmière

Plusieurs répondants ont utilisé la comparaison avec leurs homologues féminines pour démontrer les différences existantes entre leurs manières de pratiquer les soins infirmiers. Ainsi, 10 infirmiers rencontrés ont apporté une même réponse : selon eux, les hommes infirmiers sont plus pragmatiques dans leur façon de travailler que les

femmes infirmières. Que ce soit dans l'interaction avec la personne soignée, la manière de prodiguer les soins, d'appliquer les techniques, ou encore de coordonner les tâches, ces répondants se disent, de manière générale, plus directs et « du tac au tac » que leurs collègues féminines.

Les hommes au travail vont être plus directs. J'ai l'impression qu'on est plus systémique : « clac clac clac ». Est-ce que c'est mieux ? Je sais pas...On est plus pragmatique, je crois. (Xavier)

On va plus être : un problème, une solution, au lieu de faire : un problème, un éventail de solutions. Cela dit, ça ne veut pas dire que ce sera la meilleure solution. (Lucas)

Un des éléments spécifiés par quelques infirmiers rencontrés concerne la manière de prodiguer les soins aux personnes soignées. En effet, ces répondants affirment que les hommes sont peut-être moins « maternants » dans leur approche qu'une femme infirmière, mais que l'offre de soins demeure présente et centrale dans leur pratique. Selon eux, les soins infirmiers seraient pratiqués différemment à certains égards mais demeuraient fondamentalement les mêmes.

Ma façon de soigner est différente. Y a moins de maternage. Ça me fait penser à un de mes cours du bac. : on disait souvent de l'image masculine [...] [que] l'homme se valorisait plus dans la réparation et la construction et la femme se valorisait dans l'entretien, d'où l'origine du mot hygiène. Pis moi, ça m'a vraiment interpellé parce que c'est comme ça dans mon milieu de travail. (Phillipe)

Je pense qu'autant les femmes que les hommes ont les deux : les femmes vont peut-être aller plus vers le *caring* que les hommes, mais je pense que pour être infirmier, y faut avoir cet aspect-là du *caring* aussi, faut que ce soit présent. C'est comme une assise de notre profession... (William)

Par ailleurs, plusieurs répondants rapportent que, même s'ils voulaient pratiquer la profession de manière non genrée, certaines circonstances amènent les collègues ou l'employeur à interpeller spécifiquement un homme pour intervenir, notamment en raison de ses caractéristiques physiques, présumées, dont une grande force physique. Les répondants donnent comme exemple que lorsqu'une personne soignée démontre des comportements agressifs, ou encore lorsqu'un grand effort

physique doit être déployé pour réaliser une tâche, les hommes seraient alors plus rapidement sollicités par le collectif de travail.

Tsé, quand y a un problème avec un patient, bien si y a un homme sur le département, y iront pas voir les filles, y vont voir un homme, pour la voix puis pour la force. (Nathan)

Quand moi, je soigne, ou quand les autres gars soignent, je sens vraiment que c'est une façon plus masculine de soigner. Souvent, c'est moi qui s'occupe des cas problèmes, les prisonniers, les patients qui sont dangereux....Souvent, c'est nous autres les gars qui les ont. (Phillipe)

On veut toute être égale, mais quand un patient est agressif, l'infirmière se retire et on [nous] envoie le gars. (Louis-Carl)

En somme, malgré un désir de pratiquer la profession sans tenir compte du genre, dans les faits, il semblerait, du moins selon les propos des répondants, que l'équipe a tendance à faire appel aux hommes infirmiers dans des situations précises.

Un autre aspect abordé par plusieurs infirmiers rencontrés sur la relation entre le genre et l'orientation de la carrière concerne le choix du département. En effet, plusieurs soulèvent connaître la préférence marquée par certains infirmiers à se diriger vers des départements comme les soins intensifs ou l'urgence. Les répondants ayant abordé cet élément lors des entrevues ont été invités à élaborer davantage, notamment à savoir si le choix du département est, selon eux, un choix conscient ou non, ainsi qu'à connaître les éléments faisant en sorte que les hommes se dirigeaient plus souvent vers ces milieux précis. Une dizaine de répondants ont soulevé que le choix vers ces départements ne serait pas un choix particulièrement réfléchi, mais plus instinctif, sans questionner les *a priori* qui se cachent derrière cet élan spontané : un homme infirmier se dirigerait vers ce qui l'attire et l'intéresse, sans y réfléchir davantage. À ce sujet, Xavier fait un comparatif démontrant bien cet aspect :

Je pense que les gars y vont avec leurs tripes. Je pense même que c'est pas tant réflexif, c'est pas cérébral comme décision ; c'est ça qui les allume. C'est comme quelqu'un qui joue au football ; c'est ça qui les allume, c'est tout. (Xavier)

À l'opposé, certains répondants apportent un autre point de vue, soit le manque d'ouverture de certains départements à voir un homme y pratiquer. En effet, quelques infirmiers interrogés mentionnent que la mentalité actuelle, autant celle de la clientèle que du collectif de travail, ne serait pas suffisamment ouverte pour permettre aux hommes de s'intégrer dans certains départements, notamment la pédiatrie et l'obstétrique. Ce ne serait donc pas nécessairement un manque d'intérêt qui freine l'entrée des hommes dans ces départements, mais plutôt le sentiment qu'ils ne sont pas bienvenus à le faire.

Mais, c'est pas équitable : pourquoi un homme qui aurait de l'intérêt pour ça ne pourrait pas y aller travailler [en obstétrique] ? Y [le collectif de travail et l'organisation de travail] évoquent des fois des raisons du genre : « oui, mais les femmes vont avoir un malaise, pis si y va conseiller sur l'allaitement, ça peut faire d'autres malaises ». Oui, y peut avoir des petits malaises, mais je me dis, pourquoi y aurait un malaise dans cette situation-là, mais pas avec l'obstétricien ? C'est correct parce que lui c'est un médecin ? (Émile)

Elliot raconte une expérience vécue lors de son stage en obstétrique, expliquant en partie pourquoi il a délaissé ce département comme milieu possible de travail futur :

Mettons, je viens enseigner l'allaitement, j'arrive pis je dis à la madame : « madame prenez votre sein comme ça et comme ça ». A te regarde, elle le fait puis ça marche. Mais si y passe une infirmière en arrière, a [l'infirmière] va se faire demander toutes les mêmes questions que je lui ai expliquées. Ça fait que je me suis dit : « ah non ! j'ai vraiment pas de crédibilité si a pose toutes les questions à l'autre ». Donc, je pense que, inconsciemment, tu t'éloignes de ça parce que tes interventions sont tellement pas efficaces. Ça mène à rien, tu parles dans le vide.

Deux effets parallèles sont donc observables dans les propos des infirmiers rencontrés. Premièrement, certains départements sont davantage choisis, par intérêt et goût personnel sans que les infirmiers interrogés ne soient en mesure de faire des liens avec l'expression du genre masculin. Deuxièmement, certains départements sont évités, non pas uniquement parce que les hommes n'y démontrent aucun d'intérêt, mais par manque d'ouverture de la part du département, ou de la clientèle, à intégrer des infirmiers dans ces équipes de travail.

7.3.1.2.2 L'influence du genre masculin avec la clientèle

Lorsque questionnés à savoir si le genre masculin influence ou non les interactions avec la clientèle, les répondants ont présenté des réponses comme quoi leur genre est un atout. La plupart s'accordent pour dire qu'aujourd'hui, la clientèle ne voit plus un homme dans la profession d'un mauvais œil, contrairement à ce qui ressort dans certains écrits scientifiques, notamment lorsqu'il est écrit que l'homme peut être perçu comme un agresseur. Les répondants expliquent que la bonne crédibilité de la profession joue sans doute en leur faveur, d'autant plus que les médias rapportent souvent le besoin criant de personnel infirmier pour combattre la pénurie actuelle.

Moi, c'est rare que j'ai des commentaires négatifs. Les gens sont plus : « heille bravo ! c'est une belle profession ! ». Tous les gens avec qui je parle, que ce soit des gars ou des filles, n'importe qui, y vont me dire : « heille ! c'est une super belle job, go ! vous faites un travail qui est important ». (Nicolas)

Un autre point apporté par Victor est que les hommes infirmiers seraient perçus aujourd'hui comme très compétents par la société, ce qui apporterait en fait une discrimination positive plutôt que négative sur le fait d'être un homme dans cette profession :

J'ai l'impression, je sais pas en 1980 c'était comment, mais en 2015, les gars sont vus par la société comme plus compétents, même très compétents. [...] Je pense qu'on part avec une avance positive. Je sais pas pourquoi, peut-être parce qu'on a l'air de savoir où on s'en va, qu'on est plus direct. On dirait que ça calme les patients, ça les rassure.

Lors de cette étude, il n'y a pas eu, dans les propos des infirmiers interrogés, de commentaires négatifs qu'auraient soulevés des personnes soignées sur le fait d'être un homme qui pratique le soin infirmier.

7.3.1.2.3 L'influence du genre avec le collectif de travail

Concernant l'influence du genre sur les relations de travail, tant des points négatifs que positifs ont été énoncés par les répondants. Avant d'élaborer sur chacune de ces facettes, Elliot fait une comparaison intéressante sur les avantages et les inconvénients d'être un homme dans une équipe infirmière :

Y a comme deux choses : soit t'es un gars pis t'es pas bon, ou soit t'es excusé de tout parce que t'es un gars. C'est comme une belle blonde : soit t'as la meilleure place au restaurant, soit tu te fais rire de toi parce que t'es blonde. (Elliot)

Parmi les difficultés, certains répondants mentionnent avoir l'impression d'être plus sévèrement évalués par leurs collègues féminines.

On est plus sévèrement évalué comparativement à une femme qui fait le même métier, justement parce qu'y pensent qu'on est moins précis qu'eux peuvent l'être, moins minutieux, alors que je pense que ce n'est pas tout à fait vrai. (Nathan)

Outre les compétences, les hommes rencontrés se disent plus sévèrement jugés dans leurs interactions avec leurs collègues féminines. Ils disent que, parfois, certaines intentions erronées ou jugements sont énoncés à leur égard parce qu'ils sont des hommes. Certains répondants disent que leurs comportements conviviaux peuvent être perçus et compris comme étant des tentatives de séduction. D'autres répondants vont plutôt dire que leurs comportements structurés et pragmatiques sont mal interprétés comme étant de la confrontation. L'évaluation des interactions n'est pas seulement basée sur la manière d'agir et le langage verbal, il le serait aussi sur l'apparence physique. Les deux extraits suivants expriment ces difficultés vécues par les répondants dans leurs relations avec leurs collègues féminines : Joseph résume bien l'ensemble des inquiétudes soulevées par différents répondants de cette étude à ce sujet :

Une fille qui arrive sur une unité de soin, c'est une infirmière, elle doit savoir ce qu'elle fait, elle a étudié pour ça. Mais le gars, lui, y est-tu là pour les bonnes raisons ? Est-ce qu'il profite de certaines situations ? « On sait bien, le gars qui travaille dans un domaine de femmes, y doit avoir la possibilité de baisser tout le monde ». Faut apprendre à vivre avec ces commentaires... Une fois le premier coup de pelle dans face, quand la première infirmière rentre dans ton bureau pis te dit : « tu m'as dit telle chose, je trouve cela discriminatoire, tu m'as blessée ». Ah oui ? C'est curieux, parce que tu me reflétais la même chose et moi je peux pas dire un mot là-dedans. C'est particulier comme situation. (Joseph)

Si t'as l'air frêle et tout le *kit*, c'est moins menaçant. Chaque fois que je me suis présenté, mon physique était épeurant ; c'est épeurant pour les filles. Mais, si je disais à cette fille-là qu'elle a des grosses fesses, ce

serait aussi méchant que ce qu'on peut me dire, comme me dire que je m'entraîne pour avoir des gros bras. Je m'entraîne pas pour avoir des gros bras ou des gros pecs, je m'entraîne parce que je suis fier de dire à mes employeurs que peu importe ce qui est arrivé en 30 ans de travail, j'ai jamais manqué une journée et je n'ai jamais eu besoin de CSST.
(Louis-Carl)

Bref, les répondants soulignent que, selon eux, les commentaires négatifs rattachés au genre portent sur des stéréotypes qui n'ont pas été revisités par leurs collègues féminines. Ils portent donc parfois, à tort, une étiquette de genre qui influence les perceptions que peuvent avoir des infirmières vis-à-vis eux dans leurs interactions, mais aussi dans les raisons les ayant amenés dans la profession. Cette étiquette peut devenir rapidement source de souffrance, car elle peut entraîner des conflits avec les autres collègues, affectant par la suite l'ambiance au quotidien dans le milieu de travail.

De manière plus positive, les hommes interrogés soulèvent plusieurs bons commentaires émis par les infirmières travaillant avec eux. En fait, plusieurs répondants indiquent à quel point ils se considèrent choyés et reconnus par leurs collègues féminines.

Avoir un gars dans l'équipe, les filles l'apprécient et le disent ouvertement : « c'est donc bien le fun d'avoir un gars dans l'équipe ».
(Victor)

En fait, on est dorloté, on est choyé. Les femmes vont faire attention à toi parce que t'es un gars. (Phillipe)

Plus précisément, voici quelques aspects positifs relevés par les infirmiers interrogés quant à ce qu'apprécient les infirmières. Tout d'abord, quelques répondants nomment le contact simple et la possibilité de se parler directement, sans détour.

J'ai remarqué que les filles qui ont choisi l'urgence veulent justement travailler avec plus d'hommes parce qu'elles trouvent que c'est plus simple. J'ai souvent entendu ce commentaire-là de leur part. [...] Aussi, si y a quelque chose à dire, bien, on va se le dire tout de suite, y a pas de niaisage, j'irai pas parler dans ton dos. Ça aussi, les filles aiment ça.
(Thomas)

Deuxièmement, plusieurs infirmiers rencontrés notent un changement dans l'ambiance quand il y a une mixité homme-femme dans le personnel infirmier. Selon eux, l'atmosphère serait plus détendue et moins propice aux commérages.

Moi, j'pense que c'est bien qu'on soit les deux, qu'y ait autant de gars que de femmes, parce que ça équilibre beaucoup. On dirait des fois, des milieux avec juste des filles, ça marche pas, ça se crêpe le chignon... Bien souvent, y aiment ça quand y a des gars parce que ça vient apaiser l'atmosphère, ça vient détendre l'atmosphère. (Nicolas)

Une équipe juste de femmes, y va peut-être y avoir une ambiance un peu plus de commérages, donc, souvent, ça crée des tensions. Tandis que, quand y a un gars, on dirait que ça vient doser ce comportement-là. On dirait que le gars tempère un peu cette atmosphère-là. Bref, c'est une belle dynamique d'avoir les deux sexes dans une équipe de travail. (William)

Bref, les hommes interrogés sont unanimes : une mixité avec des hommes et des femmes dans le collectif de travail serait une situation idéale, la dynamique et la collaboration étant, selon leurs propos, excellentes entre les infirmiers et les infirmières. Selon les répondants, les infirmiers et les infirmières ont chacun des forces et des défis, ces défis pouvant se modérer et diminuer lorsqu'une saine collaboration s'installe entre les deux sexes.

7.3.1.3 L'influence du genre dans le choix des stratégies défensives

Un dernier point exploré durant les entrevues en lien au rôle du genre dans la pratique infirmière concerne l'influence du genre sur le choix des stratégies défensives envers la souffrance vécue au travail. Après analyse, quatre éléments reviennent à répétition dans les propos des infirmiers interrogés, soit 1) la capacité de mettre une distance, 2) une exigence moins grande envers soi, 3) une approche directe envers la souffrance et 4) l'importance de demander de l'aide dans les situations litigieuses.

7.3.1.3.1 La capacité de mettre une distance

Plusieurs répondants ont mentionné que de mettre une distance avec les situations stressantes consiste, selon eux, en une stratégie qu'ils appliquent plus

systématiquement que leurs collègues féminines. Cette distance serait appliquée autant directement dans le cadre du travail que dans leur équilibre entre le travail et la vie personnelle. Au travail, ils se disent moins affectés par les problèmes vécus avec les personnes soignées, les collègues ou les tâches exigées par l'emploi. Presque la totalité des répondants soulève l'importance d'être capable de faire la part des choses lors d'événements vécus au travail.

Je te dirais que c'est rare que j'ai vu des garçons avoir des grosses réactions envers les patients, ou leur famille. C'est très rare [de] péter une coche devant un patient, c'est rare. J'ai jamais vu ça, en fait. (Victor)

Je pense que l'homme a plus de carapace ? Ou de « je m'en foutisme » qui est bien placé, a raison d'être, tandis que la fille va être plus émotive. C'est quand même une façon différente de gérer le stress entre l'homme et la femme. (Michaël)

Du point de vue de mes collègues masculins, y prennent moins les choses personnelles. Ça va prendre plus de temps avant qu'y se tanne du patient. Un patient qui est désagréable, un gars va avoir plus tendance à pardonner ou dire que c'est son caractère pis que c'est pas plus grave que ça, mais une fille va prendre ça personnel. (Lucas)

Tsé, j'ai vu des filles brailler au travail. Pour moi, c'est même pas imaginable...mon dieu...qu'est-ce qui peut être aussi grave pour que t'en pleures ? Et pourtant, les filles, ça arrive souvent. (Nicolas)

Dans un spectre plus large, les répondants disent aussi mettre une distance plus facilement entre le travail et leur vie personnelle et porter attention à ne pas mêler les deux. De cette façon, la souffrance vécue au travail déborderait moins dans la sphère privée, une fois le travail terminé.

Je pense à mes collègues féminines qui amènent plus de travail à la maison que moi je peux en amener...que moi pis l'autre gars. On est deux gars qui sont très coupés. Nous, à 4h, 4h30 c'est : « Ok, je m'en vais chez nous, c'est fini. (Michaël)

Cette distance, pour certains, s'établit même envers les collègues, alors qu'une coupure franche est marquée entre les collègues et les ami/es.

Ça, je le remarque, même avec les gars, pas juste moi, on est moins proches de nos collègues de travail. On peut être amis, mais c'est pas

nos confidents. J'irai pas parler de mes problèmes personnels à la *job*. Les filles vont être plus proches, mais pas nous. (Lucas)

Bref, une distance est observée de la part des répondants autant envers le travail que la relation avec les collègues de travail. Cette scission entre la sphère personnelle et la sphère du travail est ressortie lors des entrevues.

7.3.1.3.2 Une moins grande exigence personnelle envers la performance à tout prix

Quatre répondants ont élaboré sur le fait qu'ils sont moins exigeants sur les standards qu'ils s'imposent dans la qualité de leur travail. Certains se disent moins « perfectionnistes » dans leur travail, en précisant que cela ne change pas que le travail soit bien fait pour autant. Ces répondants disent que la différence avec leurs collègues féminines réside dans la capacité de savoir quand ils ont suffisamment donné dans les tâches à faire au travail.

Les filles sont plus minutieuses sur des petites choses alors que le gars est plus, y fait le gros du travail - faut choisir ses mots -, mais le gros de la *job*, c'est le gars pis on dirait que les petites choses qui restent à peaufiner, on dirait que c'est plus les filles qui vont le faire...les détails... (Phillipe)

Les femmes ont plus de difficultés à mettre fin à ce qu'elles font. Elles vont revenir chez elles et penser à tout ce qu'elles ont fait. Les filles sont plus perfectionnistes que les gars de par leur nature. (Jacob)

Moi, si je fais un pansement par exemple, mon pansement va rentrer dans les standards de soins, y va être stérile et y va être bien correct, mais y va être vite fait bien fait ; ça passe très bien. Mais, je ne vais pas passer une demi-heure à le rendre plus sexy que nécessaire ; je ne suis pas perfectionniste, chose que, [pour] certaines filles, ce serait plus minutieux. (Victor)

Bref, plusieurs hommes interrogés se disent moins exigeants envers eux-mêmes et insistent sur l'importance, selon eux, de recentrer les standards demandés par le travail afin de ne pas se retrouver en contexte d'en donner trop pour finir par s'épuiser.

7.3.1.3.3 Une approche plus directe pour aborder les problèmes

Un élément apporté par deux infirmiers interrogés concerne l'approche plus directe envers les problèmes vécus au travail. Cette approche directe est décrite, par exemple, par un langage franc et instantané avec les collègues quand une situation au travail ne convient pas. Ces hommes précisent l'importance de ne pas laisser un problème perdurer et éventuellement gonfler, ce qui arriverait plus souvent chez leurs homologues féminines, selon eux.

C'est un peu cliché, mais quand on travaille, les femmes vont avoir des listes de jalousie, mais les gars, si ça marche pas, y vont se le dire pis y vont le régler tout de suite. Mais, eux autres, c'est plus malsain, c'est une différence entre les deux sexes. (Félix)

Les gars se parlent dans face. Moi, je vais dire à un intervenant : « heille, si t'as de quoi à me dire, tu vas pas le dire au gestionnaire, tu viens me le dire à moi ». Quand je croise le gestionnaire pis qui me dit : « y a des gens qui disent... ». Oh ! non, non, non ! « les gens qui disent ça », ça veut rien dire. Ça veut dire n'importe quoi, c'est malsain comme communication. Les gars vont répondre à ça, tandis que les filles vont ravalier pis y vont avoir mal au cœur. (Alexandre)

Pour ces deux hommes, il est primordial d'affronter les événements au fur et à mesure afin de ne pas laisser un problème s'envenimer. Le travail étant en lui-même un terreau fertile de situations stressantes, laisser aller les événements peut vite devenir incontrôlable et cela peut accentuer les sources de souffrance au quotidien de manière importante.

7.3.1.3.4 L'importance de demander de l'aide dans les situations litigieuses

Cette dernière stratégie, contrairement aux trois autres stratégies précédentes, n'est pas issue d'un schème de comportements différent de celui des femmes. Toutefois, étant donné le nombre de répondants l'ayant souligné, et l'importance qu'ils ont accordée à l'utilisation de cette stratégie, elle est tout de même soulevée dans cette section. Cette stratégie dénote aussi une conscience de la part des répondants de l'influence du genre masculin sur la pratique des soins infirmiers. Ce point rend l'expression de cette dernière stratégie encore plus importante.

En effet, une stratégie mentionnée par 11 infirmiers interrogés est de savoir demander de l'aide lorsque la situation risque de créer un malaise. Ces hommes sont conscients des inconforts que le fait d'être un homme peut parfois apporter aux personnes soignées dans certaines situations, par exemple lorsqu'ils doivent poser une sonde à une jeune femme. Les répondants insistent sur l'importance de savoir déléguer ou demander l'appui d'un/e collègue lorsque l'infirmier ne se sent pas à l'aise d'effectuer une tâche précise, ou s'il croit que cette tâche pourrait entraîner des risques de poursuites judiciaires étant donné le contexte.

Par exemple, quand je dois prendre la température rectale d'une jeune femme de 21 ans, là, je vais demander à une fille d'y aller, j'irai pas.
(Thomas)

Si j'ai des soins à faire, genre en bas de la ceinture ou de quoi de même, je ne suis jamais seul et je me mets toujours au rideau et j'offre toujours au client : « est-ce que vous voulez que la température ce soit moi qui la prenne, ou une infirmière ? ». Je laisse toujours le choix au patient.
(Arthur)

Les hommes rencontrés précisent toutefois que ce choix de l'intervenant en fonction de son sexe par la personne soignée peut aller dans les deux sens, certaines d'entre elles ayant des pathologies typiques à leur sexe préférant parfois avoir un intervenant du même sexe.

Probablement que les filles ont la même idée, si t'es sur le plancher pis que y a un gars de disponible, pis faut installer une sonde à un adolescent et qu'il y a un gars de disponible, bien, on va envoyer le gars. Ça va avec ce qu'on apprend à l'école, soit de respecter le patient le plus possible.
(Victor)

Tous les répondants ayant soulevé ce point sont unanimes : ne pas rester avec le malaise. En effet, ils précisent que si une situation met le doute ou crée un malaise chez l'infirmier, il ne doit pas rester seul avec ce malaise. Il doit aller chercher du soutien auprès de ses collègues pour éliminer cette source d'inconfort. De leur point de vue, le ressenti dans ces situations est sans doute justifié et mérite d'être écouté.

Pour conclure les résultats du troisième objectif, il est constaté que les points de vue sont variés. Cela s'explique en partie par les différentes définitions qu'ont les

répondants sur la masculinité. Alors que certains ne voient la différence entre un homme et une femme uniquement en fonction de l'aspect biologique, soit les organes génitaux, d'autres ont une vision quelque peu nuancée. Pour plusieurs, le concept de genre s'applique peu dans la différenciation des individus, il s'agirait plutôt d'un amalgame de la personnalité et d'intérêts personnels qui dictent les comportements et non pas le genre. Ces différents points de vue se manifestent d'une part par une majorité de répondants qui considèrent que ce sont davantage les qualités et les valeurs intrinsèques de la profession infirmière qui dictent les comportements et les attitudes adoptées au travail et non pas le genre, alors que quelques répondants identifient des différences de genre qui se reflètent aussi dans la manière de pratiquer le soin infirmier. Selon ces derniers, ces manières différentes de pratiquer la profession ne seraient pas nécessairement dictées par une décision pleinement réfléchie des hommes, mais aussi influencées de manière importante par l'environnement externe, soit l'employeur et les collègues, notamment dans le choix des départements et de certaines tâches. L'importance de tenir compte du confort de la personne soignée et de respecter les choix qu'elle fait en regard du sexe de la personne qui donne le soin est aussi nommée. Enfin, bien que plusieurs répondants se disent plus directs dans leur méthode pour conjuguer avec la souffrance au travail, des conseils généraux sont aussi rapportés et s'appliquent aux deux sexes, par exemple de demander de l'aide lorsqu'une situation apporte un inconfort personnel ou un risque de litige.

7.3.2 Discussion en lien avec l'objectif 3

L'analyse des propos des infirmiers rencontrés concernant leur vision du rôle du genre masculin et son effet sur leur manière de composer avec la souffrance vécue au travail soulève plusieurs points de réflexion. Afin d'encadrer ces réflexions, la présente discussion en lien avec le troisième objectif s'organise autour des concepts provenant de la théorie de la performativité de Butler (1990). Tout au long de cette partie, les liens effectués entre les résultats et la théorie de la performativité seront aussi comparés avec les résultats d'autres études scientifiques, afin de bonifier l'analyse. Pour terminer, une attention particulière est portée quant à la comparaison

entre les résultats soulevés dans la thèse concernant les stratégies défensives avec les écrits scientifiques actuels sur ce même sujet, permettant ainsi de répondre directement au troisième objectif de cette thèse.

7.3.2.1 L'influence du genre masculin au quotidien de la pratique chez les infirmiers

Les différentes réponses des infirmiers rencontrés permettent de confirmer l'influence du genre masculin sur la manière de performer les soins infirmiers. À ce sujet, Butler (1990) fait état de l'aspect inévitable d'une construction sociale basée sur les genres, et cette réalité n'est pas absente de celle des participants de cette étude. Il est possible de voir les impacts de cette réalité comme le revers d'une même médaille. Premièrement, d'un côté, les participants disent à maintes reprises se faire inciter à agir ou à intervenir dans des situations précises. Ceci a lieu en grande partie par l'imposition d'attentes genrées provenant du collectif et de l'organisation de travail. L'exemple le plus fréquemment soulevé à ce sujet est l'intervention auprès d'une personne soignée ayant des comportements violents. Les infirmiers rencontrés sont bien conscients de ces attentes envers eux d'agir dans cette situation. Ils sont aussi conscients que ces attentes peuvent parfois représenter certaines souffrances au travail. Un autre exemple de source de souffrance genrée soulevée par les participants concerne leur impression qu'ils sont sujets à un biais négatif de la part de leurs collègues infirmières sur leurs capacités d'exercer adéquatement la profession. Du côté de l'organisation de travail, les réponses des infirmiers rencontrés suggèrent que certains départements, principalement l'obstétrique et la gynécologie, démontrent peu d'ouverture à accueillir un homme dans l'équipe de travail. Plus encore, certains répondants qui ont tenté de travailler dans ces départements rapportent que la qualité de leur travail était discrépante, les personnes soignées accordant davantage de crédibilité aux infirmières. Les attitudes, à la fois celles de l'organisation de travail que de la clientèle, freineraient les infirmiers désirant s'investir dans ces départements. Ce constat va à l'encontre de certaines recherches, qui avancent que ce sont plutôt les hommes eux-mêmes qui éviteront ces spécialités de pratique, par désintérêt envers

ces départements (Cottingham, 2014). Les résultats démontrent plutôt le contraire : certains infirmiers s'intéressent à ces spécialisations, mais ce sont plutôt les acteurs du milieu qui, de par leurs attitudes, vont repousser les hommes à intégrer ces milieux. Ces attitudes observées dans ces exemples sont reliées à la construction sociale et aux attentes que les acteurs se font du genre masculin dans la pratique infirmière. Cette construction sociale influence donc nécessairement le quotidien de travail de ces infirmiers et peut constituer pour certains hommes une source de souffrance au travail.

Avant de poursuivre avec le côté positif de la médaille, un élément intéressant doit être souligné, en continuité avec les recherches existantes sur les construits sociaux genrés concernant le choix du département. En effet, il est à noter que les répondants identifient moins d'éléments lorsqu'il est question du raisonnement pouvant amener les hommes à privilégier certains départements. Bien qu'ils élaborent plusieurs réflexions sur les raisons pouvant amener les infirmiers à se distancier de certains départements, les réponses ne sont pas aussi abondantes sur les raisons pouvant amener les hommes à privilégier « spontanément » certains départements. À ce sujet, plusieurs recherches établissent des liens avec une plus grande adéquation des normes masculines dans certains départements (l'urgence et la psychiatrie, par exemple) (Evans, 2003, Roth et Coleman, 2008). Pourtant, ces liens ne sont nullement avancés par les répondants. Plutôt, les infirmiers rencontrés appuient le choix de certains hommes à se diriger vers ces départements typiquement considérés comme plus masculins comme étant un choix plus « instinctif », voire émotif et non un choix rationnel ou influencé par des normes genrées. Il faudrait sans doute réfléchir davantage avec ces hommes aux bases de ces « instincts ».

Pour revenir à l'autre côté de la médaille, les infirmiers rencontrés notent également la présence de biais positifs concernant le fait d'être un homme pratiquant la profession infirmière. Les personnes soignées expriment le sentiment qu'un homme pratiquant les soins infirmiers est nécessairement compétent, à l'exception des départements d'obstétrique et de gynécologie pour lesquels les répondants notent

plutôt un sentiment inverse. Pour le collectif de travail, bien que certaines infirmières puissent avoir des doutes sur les capacités professionnelles de leurs homologues masculins, cette opinion n'est pas partagée par toutes. Au contraire, il a été rapporté à plusieurs reprises lors des entrevues que les infirmières appréciaient la présence masculine dans leur équipe. À cet effet, les répondants notent des caractéristiques, définies comme plus masculines, telles que le pragmatisme et le franc-parler, qui seraient appréciées par les infirmières à propos de leurs collègues masculins. Bien qu'à faible degré, cette reconnaissance positive basée sur le genre de la part des collègues et des personnes soignées devient une source de plaisir pour les répondants. Il n'y a donc pas que des aspects négatifs dans la construction sociale de l'entourage de l'homme infirmier en centre hospitalier. Il est à noter que cette appréciation globalement positive de la part des personnes soignées et du collectif de travail n'est pas aussi franche dans les écrits scientifiques actuels. En effet, selon les recherches, les personnes soignées auraient plutôt une vision moins ouverte et réticente de l'entrée des hommes dans la profession (LaRocco, 2007). Concernant la perception du collectif de travail, les résultats concordent davantage avec la littérature scientifique, la perception des collègues et de l'organisation étant divisée, mais dont une partie voit tout de même l'entrée des hommes dans la profession comme une progression positive dans l'univers infirmier (Cottingham, Dibartolo, Battistoni et Brown, 2011). Cette divergence entre les résultats de cette thèse et ceux des autres recherches nous renseigne d'un potentiel changement de mentalité concernant la pratique des hommes dans la profession infirmière.

Ces différentes observations de la part des participants confirment la présence d'une attente sociale, à l'intérieur de l'organisation de travail, à ce que les infirmiers performent la profession d'une certaine manière. En effet, il est perceptible dans les réponses des infirmiers rencontrés qu'un ensemble de normes et d'attentes genrées existe dans le milieu de travail, modulant alors la routine de travail des infirmiers. De plus, cette structure sociale différenciant les infirmiers des infirmières a des répercussions encore plus grandes qu'uniquement dans le quotidien de travail. Elle influence aussi les choix possibles de lieu de travail pour les infirmiers, l'ensemble des normes et des attentes du milieu de travail freinant l'accès aux infirmiers dans

les départements comme l'obstétrique ou la gynécologie. Bref, les résultats permettent de valider qu'il existe encore aujourd'hui un ensemble de règles et d'attentes genrées dans les centres hospitaliers, influençant de plusieurs façons la pratique des soins infirmiers pour les hommes décidant d'exercer cette profession, même si les collectifs de travail, tout comme dans la société en général, tentent de prendre une distance quant aux différences basées sur le genre.

Les résultats du troisième objectif démontrent aussi que les répondants sont, à différents égards, conscients de cette construction de genre qui les encadre dans leur pratique. À la suite de ce constat, les réponses que mentionnent les répondants pour affronter cette construction sociale s'avèrent plus cohérentes. En effet, la plupart des infirmiers rencontrés soulèvent le besoin de « dégenrer » leur pratique des soins infirmiers. Cette réponse est en quelque sorte pour eux une solution pour venir freiner la répétition des actions renforçant les attentes genrées envers les infirmiers. En plus de les freiner, cette solution amène les infirmiers à performer un tout autre champ d'actions que celui rattaché au genre masculin. En fait, les infirmiers participant à cette étude ont tous, à leur façon et à différents degrés, démontré des actions allant dans le sens d'une pratique non-genrée. Par exemple, l'expression de valeurs masculines non-traditionnelles est omniprésente dans le récit des répondants. Par exemple, l'ensemble des répondants a mentionné la capacité de faire une différence dans la vie des personnes soignées, le plaisir d'aider, ainsi que le travail d'équipe (et non la compétition) comme étant des aspects importants de l'appréciation de leur travail. Ces valeurs sont toutes des valeurs non-traditionnelles pour des hommes, selon Cottingham (2014). Un autre aspect plus important encore, qui démontre le changement vers une pratique non-genrée de la part des répondants, figure dans l'appui envers les valeurs de la profession. Ces valeurs professionnelles, notamment l'entraide, sont utilisées pour diminuer la portée genrée de certaines situations qu'ils vivent au travail. L'exemple flagrant est le choix de faire appel à une collègue lorsqu'une situation de travail pourrait amener un malaise lié au sexe de la personne soignée (par exemple lorsqu'un infirmier doit poser une sonde à une jeune femme). Le choix de référer cette personne soignée à une collègue, vue sous l'angle genré, pourrait se traduire par une réponse d'inconfort

du fait que l'infirmier est un homme et que la situation l'amène à intervenir dans l'intimité de la personne soignée. Ce malaise ressenti, issu des perceptions liées aux genres, est plutôt remplacé par un souci de professionnalisme et de respect du confort et des limites de la personne soignée. Les valeurs professionnelles de la profession infirmière viennent donc, dans cette situation, transformer une source potentielle de souffrance au travail (devoir agir dans une situation inconfortable d'intimité) en une source de plaisir (le sentiment de professionnalisme, de respect de l'intégrité de la personne soignée).

Ainsi, selon la plupart des répondants, la manière de performer les soins infirmiers ne se base pas sur le genre masculin, mais plutôt sur les valeurs de la profession infirmière. Ces résultats laissent présumer qu'un changement de cadre de référence s'opère graduellement à l'intérieur des effectifs infirmiers et qu'une transformation des construits sociaux basés sur le genre est en cours. En fait, bien que Butler (1990) rappelle le fait que le genre est indissociable de l'identité, les répondants définissent leur identité d'infirmier en se basant principalement sur les valeurs de la profession, délaissant du même coup le genre masculin. Le cadre de référence de ce qui les définit comme infirmier n'est plus le genre masculin, mais bien les valeurs de la profession infirmière.

De plus, ce changement de cadre de référence pour guider la pratique des répondants peut aussi expliquer les multiples divergences observées entre le choix des stratégies défensives provenant des répondants et l'ensemble de la littérature scientifique. En effet, plusieurs écrits font mention que les hommes utilisent davantage des stratégies orientées vers la solution des problèmes (Lazarus et Folkman, 1984 ; Hurst et Hurst, 1997), ou encore que les infirmiers utilisent peu leur réseau social extérieur au travail pour les aider à conjuger avec la souffrance au travail (Gianokos, 2002). Les réponses des infirmiers rencontrées diffèrent de ces recherches, les répondants utilisant autant les stratégies orientées vers la résolution des problèmes que les stratégies centrées sur les émotions. Les répondants ont aussi nommé d'autres acteurs importants externes au travail, notamment la conjointe et les amis, pour les aider à minimiser la souffrance ressentie au travail.

Pour tenter d'expliquer cette divergence entre les résultats obtenus au cours de cette recherche et les résultats compilés par d'autres études, la réflexion de Cottingham (2014) concernant la division des valeurs traditionnelles et non-traditionnelles est de mise. Le choix d'une pratique non-genrée des soins infirmiers amène par le fait même les répondants à s'appuyer sur des valeurs davantage non-traditionnelles, ces valeurs étant du même coup plus en accord avec les valeurs de la profession infirmière. Bref, les répondants construisent un éventail de stratégies défensives qui concordent en même temps avec leur désir de vouloir s'appuyer sur les valeurs professionnelles, et non plus les valeurs genrées. Ce choix amène nécessairement les répondants à favoriser les valeurs non-traditionnelles plutôt que les valeurs traditionnelles, ce qui demeure cohérent avec le désir mentionné par plusieurs répondants de vouloir dégénérer leur façon de pratiquer les soins infirmiers.

En résumé, il est possible de revoir les apports théoriques de Butler (1990) à la compréhension de la réalité des infirmiers en deux temps. Dans un premier temps, les répondants affirment, à différents niveaux, être conscients des influences du genre masculin sur leur pratique des soins infirmiers. Les répondants mentionnent autant des sources de souffrance que des sources de plaisir provenant du fait d'être un homme dans la profession. Les infirmiers rencontrés sont aussi conscients que leurs agissements ont pour effet de renforcer, ou de diminuer, les différents construits sociaux qui encadrent leur pratique. Les répondants incarnent donc ce que Butler (1990) nomme des « êtres agis par et agissants » sur les dynamiques relationnelles de genre au travail. Dans un deuxième temps, cette prise de conscience de la part des répondants de l'influence du genre dans leur quotidien de pratique les amène à vouloir agir différemment pour s'en distancier. Pour y arriver, les répondants disent baser leurs actions sur des valeurs qui sont dites non-traditionnelles chez les hommes, mais surtout, le cadre de référence est principalement tourné vers les valeurs professionnelles. Les valeurs de la profession infirmière, et non plus celles du genre, deviennent les nouvelles lignes directrices dans la manière de pratiquer les soins infirmiers. Cette décision est doublement aidante. D'abord, mettre l'accent sur les valeurs professionnelles permet de prendre une distance avec les construits genrés existants dans la pratique. Ce besoin de

« dégenerer » la pratique est d'ailleurs un passage inévitable nommé par la majorité des répondants. De plus, les valeurs professionnelles apportent aussi des solutions dans des situations inconfortables issues des rapports entre les hommes et les femmes, particulièrement entre les hommes infirmiers et les femmes soignées. Le fait de s'appuyer sur les valeurs de la profession infirmière devient, en quelque sorte, une forme de stratégie défensive pour contrer les souffrances liées au genre en situation de travail, pour même devenir parfois une source de plaisir. Bref, les infirmiers rencontrés lors de cette étude démontrent qu'un questionnement sur la place du genre dans la profession infirmière, bien qu'encore à un stade embryonnaire, est en cours et bien réel. Une réévaluation de l'évolution de ce cheminement auprès des infirmiers en centre hospitalier, ainsi que de la manière que ce cheminement influence le choix des stratégies défensives pour faire face à la souffrance au travail, devient plus que pertinent pour les études futures.

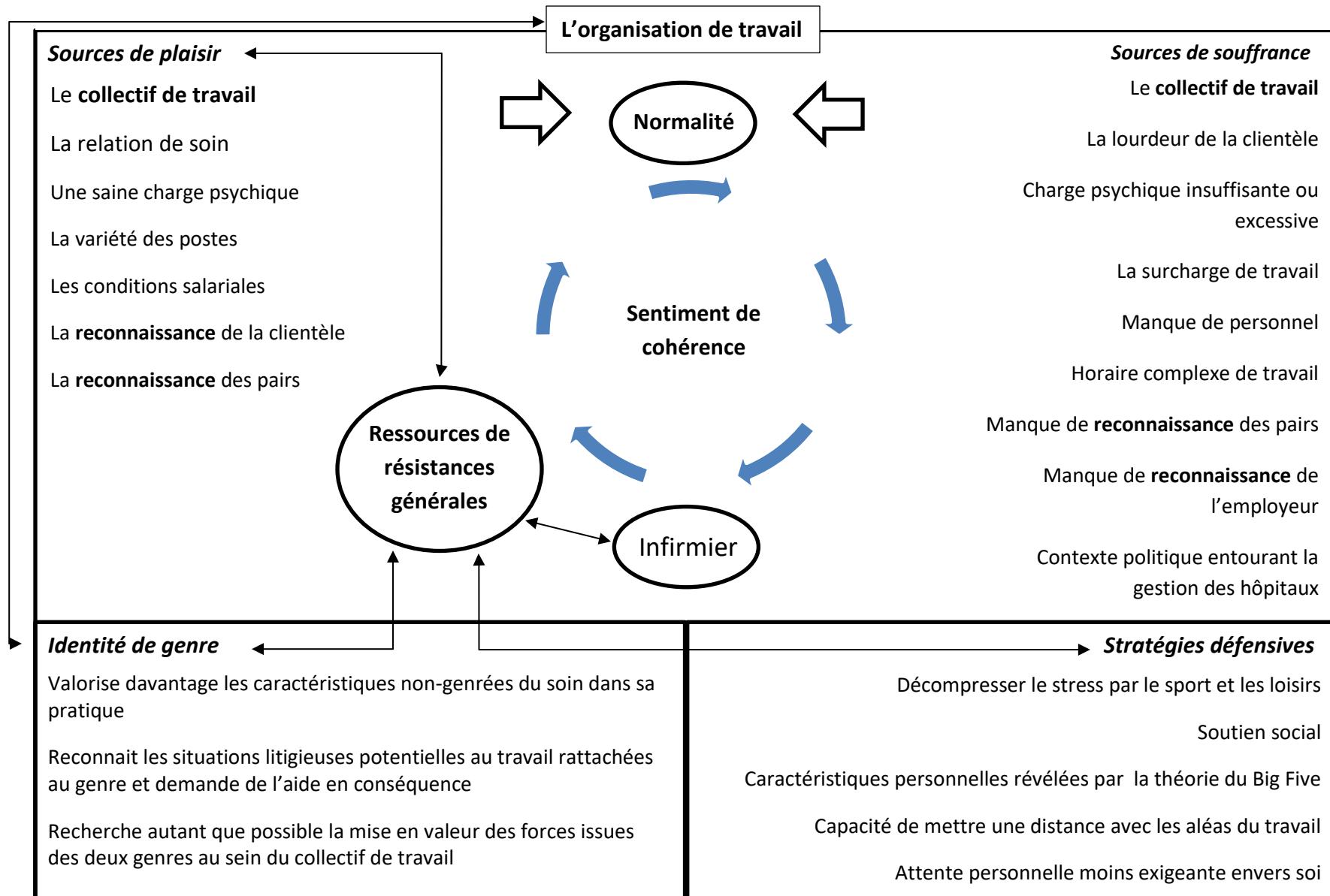
8 Discussion générale

8.1 Discussion globale en lien avec les objectifs et le cadre théorique

Cette section se veut un dernier regard général posé sur l'ensemble des résultats en lien avec les trois objectifs principaux de cette thèse. Concernant les objectifs de recherche, ils ne s'arriment pas de manière indépendante, au contraire, les réponses des répondants démontrent qu'ils existent de façon interreliée. En effet, les sources de souffrance (objectif 1) amènent nécessairement le répondant à user de stratégies défensives (objectif 2). Ces stratégies peuvent également émaner en partie des sources de plaisir (objectif 1) ressenti par l'infirmier dans son travail, ou encore par des stratégies défensives provenant de son genre masculin (objectif 3), par exemple par une plus grande scission entre vie personnelle et professionnelle. Bref, il est possible de dresser un fil conducteur entre ces trois objectifs : la manière dont l'infirmier définit son identité, qui inclut le genre masculin, affecte l'appréciation des sources de plaisir, influence la portée des sources de souffrance et enfin, détermine le choix des stratégies défensives déployées pour affronter la souffrance au travail.

En continuité avec cette interaction entre les objectifs de recherche, il est observé que les résultats partagés par les répondants démontrent eux aussi un fil conducteur. Avant de poursuivre plus en détail sur les mises en relation entre les résultats de ces trois objectifs, la figure 9, structurée par le cadre théorique, illustre un portrait englobant de la dynamique appliquée par les infirmiers rencontrés pour conjuguer avec la souffrance au travail:

Figure 7 Schéma résumé des concepts en action dans l'organisation de travail



En regard au schéma précédent, l'infirmier, lorsqu'à l'intérieur de l'organisation de travail, doit composer avec un ensemble de sources de plaisir et de souffrance de nature différente. Il développe des stratégies défensives pour diminuer la portée des sources de souffrance et se concentrer plutôt sur les bienfaits des sources de plaisir. Ces sources de plaisir peuvent définir en partie la construction des stratégies défensives, par exemple, en valorisant la reconnaissance des pairs et des personnes soignées, ou encore en appréciant de faire partie d'une équipe de travail positive et soutenante. Une autre partie structurant le choix des stratégies défensives utilisées se base sur l'identité de genre, qui influence la manière dont l'infirmier perçoit les sources de souffrance. Par exemple, l'accent porté sur les valeurs non-genrées et sur une vision qui tend davantage vers une pratique non générée du soin, protège en quelque sorte les répondants des sources de souffrance qui peuvent se rattacher au genre masculin dans la pratique infirmière, comme la remise en question de leurs compétences du fait d'être un homme par des collègues féminines. De plus, l'identité de genre oriente certains répondants vers un ensemble de stratégies défensives davantage valorisées par le genre masculin, telles que l'usage du sport ou de loisirs pour canaliser les ressentis négatifs issus des sources de souffrance. Cela se voit aussi par certaines attitudes et attentes envers le travail qui seraient plus présentes selon leur genre, notamment d'être moins perfectionniste et de mettre une plus grande distance entre la vie personnelle et la vie professionnelle que leurs homologues féminines. Ces stratégies, qui peuvent être perçues comme des éléments de l'identité de genre structurant le choix des stratégies défensives, font en sorte que les répondants ont l'impression de moins sentir les impacts des sources de souffrance que leurs collègues féminines.

Lorsque combinées, les sources de plaisir, l'identité de genre et les stratégies défensives forment l'ensemble de la structure des ressources de résistance générale de la salutogénèse. En effet, ces trois concepts combinés reprennent très bien l'ensemble des éléments des ressources de résistance générale, soit un ensemble de comportements de différentes natures déployés par l'individu pour éviter ou combattre l'ensemble des souffrances présentes dans son milieu de travail. Pour faire suite, toujours en lien avec la salutogénèse, le concept du sentiment de

cohérence se retrouve au centre du schéma, avec le concept de normalité de la PDT. Les deux flèches opposées de chaque côté du concept de normalité rappellent qu'il s'agit d'un concept dynamique : l'infirmier est en constante négociation à chaque jour entre les défis présents au travail et ses capacités personnelles pour conjuguer avec ces défis. Le sentiment de cohérence en bas du concept de la normalité du schéma est placé ainsi pour rappeler un caractère plus positif que ce que la normalité peut afficher. Pour atteindre la normalité, on peut penser que l'infirmier puise constamment dans ses stratégies défensives, nourries par les sources de plaisir et l'identité de genre, pour combattre les effets néfastes des sources de souffrance. Selon les réponses données par les infirmiers rencontrés, le concept du sentiment de cohérence semble répondre à l'appréciation qu'ils ont des sources de plaisir. Ainsi, la confiance exprimée envers la stabilité de leur identité de genre et envers l'efficacité des stratégies défensives qu'ils ont développées avec le temps leur procure un sentiment de bien-être et une acceptation sereine que les sources de souffrance font partie inhérente du travail. Bref, bien que la normalité et le sentiment de cohérence partagent des points communs, cette appréciation davantage positive des répondants explique pourquoi le sentiment de cohérence se retrouve au centre du schéma, représentant mieux l'équilibre exprimé par les répondants entre les sources de souffrance et de plaisir, l'identité de genre et les stratégies défensives.

Enfin, une dernière relation visible dans le tableau, soit celle entre l'identité de genre et l'organisation de travail, rappelle que l'expression du genre dans la pratique infirmière demeure largement influencée par l'interaction entre l'infirmier et l'organisation de travail, qui inclut notamment le collectif de travail et l'employeur. En effet, une constante interaction entre une pratique des soins infirmiers tenant compte du genre, et une autre portant davantage vers une pratique des soins infirmiers non genrée, ressort des entretiens avec les infirmiers rencontrés. D'une part, les répondants disent prendre en considération l'influence du genre masculin dans l'exercice de leur profession, notamment lorsque l'intervention auprès de la personne soignée s'avère de nature intime et risque d'entraîner un malaise chez la personne soignée. La stratégie dans une telle situation est de référer l'intervention

à une collègue. En lien avec cette réponse, certains répondants précisent l'importance d'utiliser la force de chaque genre pour faciliter le quotidien au travail. D'autre part, plusieurs répondants, et parfois les mêmes que ceux ayant donné la réponse précédente, disent que la pratique des soins infirmiers doit être de nature non genrée, et que les interventions ne devraient pas prendre en considération le genre masculin, par exemple dans des situations d'intervention auprès de personnes soignées présentant des comportements agressifs. Il semble exister encore une fluctuation dans la manière de pratiquer les soins infirmiers : tantôt genrée, tantôt non-genrée. Il y a un profond désir de pratiquer de manière non genrée mais, dans certaines situations, les répondants n'arrivent pas à faire fi de leur genre. À l'aide de la théorie de la performativité de genre, cette difficulté s'explique en partie parce que le genre demeure encore un des premiers volets d'appréciation qu'un individu se fait de l'autre, appréciation de genre lourdement influencée par la socialisation qu'a faite la culture en matière des genres masculin et féminin. Ce constat amène aussi un autre point important, soit que cette incapacité de pratiquer les soins infirmiers de manière non genrée provient de la dynamique d'appréciation effectuée entre l'infirmier, son collectif de travail et son employeur. En se basant sur la théorie de la performativité, il est plausible d'avancer que la subjectivité actuelle basée sur la connaissance et le pouvoir des institutions d'éducation et de travail, n'est pas encore suffisamment ouverte à la question de genre dans la pratique infirmière, ce qui fait que les répondants seraient confrontés à certaines barrières lorsqu'ils veulent « dégenrer » toutes les pratiques de soins à l'intérieur du travail, par exemple le réflexe d'envoyer prioritairement un infirmier intervenir auprès de personnes ayant des comportements agressifs. Pour que ce réflexe change, la remise en question de la pratique genrée dépasse l'infirmier seul : elle doit être faite par l'ensemble de l'organisation du travail.

Pour résumer, les trois objectifs de recherche, combinés au cadre théorique, s'organisent selon une suite logique. Tout d'abord, l'infirmier entre dans une organisation de travail dans laquelle il développe des sources de plaisir, mais rencontre aussi des sources de souffrance. Ces sources peuvent parfois être le revers de la même médaille, par exemple un collectif de travail supportant, ou au

contraire déficient, ou encore la présence ou l'absence de reconnaissance de la part des personnes soignées et du collectif de travail. Ensuite, en réaction à ces sources de souffrances, l'infirmier développe différentes stratégies défensives. Ces stratégies peuvent autant provenir des caractéristiques personnelles de l'infirmier, des activités sociales, incluant ou excluant le collectif de travail, ou encore de la philosophie adoptée concernant le sens donné au travail. Enfin, l'ensemble des sources de plaisir et de souffrance, ainsi que des stratégies défensives utilisées sont influencées par le genre de l'infirmier. Par exemple, l'infirmier peut être apprécié par ses collègues pour la sécurité qu'il apporte au sein de l'équipe, ou par le sentiment de compétence octroyé par la vision qu'ont les personnes soignées d'un homme qui pratique le soin infirmier. À l'inverse, le fait d'être un homme dans la profession peut amener une dépréciation de la part des collègues, jugeant les hommes comme inadéquats dans la profession. Pour balancer ces deux sources, l'infirmier repositionne sa pratique en lien avec son genre, et développe alors certaines stratégies défensives issues de ce repositionnement, par exemple en référant à une collègue une intervention pouvant apporter un malaise entraîné par le fait d'être un homme. Bref, les infirmiers sont en perpétuelle négociation entre le développement de stratégies défensives pour affronter les sources de souffrance, ainsi qu'une négociation entre la cohérence des stratégies défensives en lien avec leur genre masculin et la manière dont le genre affecte les relations au travail.

8.2 L'infirmier qui se porte bien, qui est-il?

La question générale de cette thèse consiste à figurer à quoi ressemble un infirmier qui se dit heureux au travail. La section précédente reprenant l'ensemble des objectifs et du cadre théorique permet d'offrir un portrait de cet infirmier bien portant. Pour condenser ces constats, voici un portrait cet infirmier en trois temps.

Dans un premier temps, l'infirmier qui se porte bien considère la souffrance comme une réalité avec laquelle il doit conjuguer, et non un ennemi à abattre. Il n'est pas question de nier l'existence de la souffrance au travail. Plutôt, l'infirmier tente d'inclure cette souffrance dans son quotidien, pour s'en servir dans l'éventail de solutions qu'il choisit pour vivre avec elle. Cette souffrance agit également comme

un stimulant temporaire, par une recherche de sensations fortes (par exemple les infirmiers travaillant à l'urgence ou aux soins intensifs), ou encore en servant de signal rappelant à l'infirmier qu'il doit trouver un équilibre pour ne pas se laisser envahir par cette souffrance. D'ailleurs, l'infirmier bien portant ne se limite pas dans les solutions possibles pour composer avec la souffrance au travail. Au contraire, l'éventail des possibilités démontre une grande versatilité de la part de ces infirmiers, qui utilisent autant des stratégies individuelles que sociales, et cela, tant à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu de travail. Bref, sur le plan de la perception de la souffrance, l'infirmier qui se porte bien ne la voit pas comme une fatalité, mais plutôt comme un catalyseur, ou encore une opportunité de développer des moyens supplémentaires pour retrouver un équilibre dans son quotidien.

Dans un deuxième temps, l'infirmier qui se sent bien au travail possède une relation affirmée concernant son rôle d'infirmier. Pour ces hommes, le poste qu'ils occupent, l'hôpital qui les emploie, le département dans lequel ils opèrent, possèdent tous un sens, et participent à la construction d'une cohérence globale dans la motivation à exercer la profession d'infirmier à cet endroit précis, auprès de cette clientèle précise. Cette cohérence procure du plaisir et vient nourrir au quotidien le plaisir au travail pour ces infirmiers. Par ailleurs, l'infirmier qui dit bien se porter au travail exprime, à différentes intensités, l'importance marquée qu'occupe le volet relationnel de la profession. L'infirmier bien portant valorise l'importance du soin au sein de la profession, dépassant le cadre des gestes techniques à effectuer, valorisant alors principalement l'expérience apportée par l'entrée en relation avec la personne soignée. Certes, les tâches de soins sont importantes pour l'infirmier qui se porte bien, mais ces tâches sont en quelque sorte le catalyseur permettant à l'infirmier de solliciter l'expression d'un souci du soin bien ancré, ce soin s'exprimant par l'expérience transformatrice derrière le fait de contribuer au bien-être d'un individu qui se retrouve dans une situation précaire. Cette action expérientielle résonne grandement avec les valeurs personnelles de l'infirmier et le nourrit dans le plaisir qu'il ressent à effectuer son travail. Bref, le sentiment de l'infirmier d'être « à la bonne place », « au bon moment », et d'exercer une activité qui le nourrit humainement, contribue à expliquer pourquoi il se porte bien au travail.

Dans un troisième et dernier temps, un équilibre sain entre la pratique infirmière et le fait d'être un homme constitue un autre point essentiel chez l'infirmier bien portant. Un questionnement à différentes intensités s'est opéré auprès de ces infirmiers qui disent apprécier leur travail. Bien qu'il y ait divergence parmi les répondants quant au niveau de réflexion sur leur identité masculine, ils ont tous en commun une réflexion personnelle justifiant la pertinence, voire même l'utilité, d'être un homme et de pratiquer les soins infirmiers. Au final, le fait d'être homme et infirmier à la fois a du sens : ils ne ressentent pas de souffrance au travail ou d'impacts négatifs du fait d'être un homme dans une profession majoritairement féminine. Du moins, s'ils ressentent parfois des accrochages par le fait d'être un homme, la cohérence qu'ils se sont construite dans leur identité masculine agit comme un parapluie de protection lorsque ces accrochages se présentent.

Bref, l'homme infirmier qui dit bien se porter au travail vit une cohérence importante entre les différentes sphères impliquées dans ce milieu : cohérence dans le rôle de la souffrance au travail, dans son rôle en tant qu'infirmier, de même que dans son rôle en tant qu'homme qui pratique les soins infirmiers. Ainsi, les conditions structurant le quotidien dans ces sphères forment un sens pour ces infirmiers. Les pièges ou les dangers potentiels à l'intérieur de ces sphères se retrouvent donc atténusés et les infirmiers ressentent plutôt les apports positifs.

9 Conclusion générale

Cette recherche porte sur les hommes infirmiers travaillant en centre hospitalier qui disent bien se porter au travail, afin de mieux saisir les stratégies qu'ils développent pour affronter la souffrance au travail. Elle avait trois objectifs principaux, soit 1) d'identifier les sources de plaisir et de souffrance au travail, 2) d'identifier les stratégies défensives utilisées par les répondants pour contrer la souffrance au travail, ainsi que 3) d'observer la place qu'occupe le genre masculin dans la perception des sources de souffrance et l'identification des moyens retenus pour les affronter. L'utilisation de la psychodynamique du travail (PDT) de Dejours (1993) a été choisi comme cadre théorique, car elle permet de structurer les propos des infirmiers en centre hospitalier en fonction de concepts déjà bien définis. L'ajout de la salutogénèse d'Antonovsky (1979) a par ailleurs instauré une vision plus positive des stratégies défensives utilisées pour contrer les effets de la souffrance au travail, permettant de tempérer une prémissse de la PDT qu'une stratégie défensive représente un épuisement progressif des ressources personnelles à long terme chez le travailleur. De plus, la théorie de la performativité de Butler (1990) a mis en lumière que l'expression du genre masculin n'est pas seulement imputable à l'infirmier lui-même, mais aussi aux attentes et aux pressions exercées par l'entourage sur ce qu'un homme doit ou ne doit pas faire dans la profession.

Sur le plan méthodologique, 20 hommes infirmiers travaillant en centre hospitalier au Québec ont été interrogés au cours d'entrevues qualitatives. Les entretiens ont été transcrits littéralement, puis codés et analysés selon les règles d'usage. Une analyse thématique, appuyée par un corpus théorique choisi, a permis de faire émerger des concepts novateurs afin de répondre aux questions de recherche.

Certains faits saillants de cette étude méritent d'être rappelés. Tout d'abord, concernant les sources de plaisir et de souffrances, l'importance centrale accordée par les répondants à l'aspect relationnel comme principale source de plaisir se distingue de l'ensemble des écrits sur les hommes infirmiers, alors que ces derniers disent plutôt que les hommes sont principalement intéressés par les aspects techniques du travail. Quant aux les sources de souffrances, ce sont les aspects en

lien avec l'organisation de travail qui se sont avérés les plus propices à entraîner de la souffrance, plus particulièrement la surcharge quant au nombre de personnes à soigner, le manque de personnel et le manque de soutien de la part des supérieurs. Selon les répondants, ces sources de souffrance s'accentueraient dans le contexte politique actuel, celui-ci jugé comme étant défavorable aux travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux. En ce qui concerne les stratégies défensives, les caractéristiques personnelles sont identifiées par les répondants comme étant le pilier principal. En effet, les comportements et les attitudes des infirmiers envers la souffrance se rattachent grandement avec les écrits sur le *Big Five Personnalité* de Goldberg (1990), de même que sur la hardiesse (*hardiness*) de Kobasa et ses collaborateurs (1982) et du sens de cohérence d'Antonovsky (1979). Des recherches futures portant sur l'approfondissement des traits de personnalité des infirmiers s'avèrent nécessaires et pertinentes, afin d'observer si cette mise en relation se confirme à plus grande échelle. De plus, le soutien social, qui figure comme une variable modératrice de la souffrance, s'est révélé comme un moyen occupant une plus grande importance encore que ce que les écrits en disent. Principalement, l'équipe de travail et le/la partenaire de vie forment les ressources sociales principales identifiées par les répondants. Les résultats de cette étude sur l'impact du soutien social vont dans le même sens que les écrits sur le sujet, l'importance d'encourager le travail d'équipe et les activités sociales permettant le développement des liens dans le milieu de travail est manifeste. Enfin, les propos des infirmiers interrogés ont permis de confirmer le postulat de Butler (1990) dans le cadre de sa théorie de la performativité, soit que l'infirmier est « agi par et agissant sur » son milieu de travail. Certes, bien qu'une partie de l'image masculine demeure construite par l'infirmier lui-même, l'opinion que se fait son entourage à propos des hommes influence grandement sa construction identitaire. Un élément important soulevé lors de cette étude et qui ne figure pas explicitement dans les écrits concerne le fait que, bien que plusieurs répondants aimeraient se distancer des rôles attribués à leur genre masculin lors de la pratique infirmière, le milieu les en empêcherait, en quelque sorte. Un exemple frappant de ce point est la redirection des personnes soignées jugées dangereuses et des situations d'urgence perçues

comme nécessitant une force physique vers les hommes infirmiers. Ce constat, soit que l'attitude du milieu de travail influence l'identification générée des activités infirmières, rappelle que des études futures auprès des femmes infirmières et des gestionnaires sur ce phénomène sont nécessaires pour mieux comprendre cette construction à double sens de l'identité masculine en soins infirmiers.

Un autre constat rattaché au genre masculin consiste en la divergence des propos sur la vision de ce qu'est la masculinité chez les répondants. Bien qu'on remarque une distanciation progressive des répondants par rapport à l'image masculine traditionnelle, les réponses diversifiées permettent toutefois de dire qu'il n'y a pas un nouveau modèle masculin dominant « moderne » chez les infirmiers interrogés. Cela renforce l'idée générale qu'il n'existe pas une masculinité, mais plutôt des masculinités, comme l'apportent déjà plusieurs auteurs sur le genre masculin (Connell, 2005 ; Genest Dufault, 2008 ; Pleck, 1981 ; Tremblay et L'Heureux, 2010). Il serait intéressant d'effectuer d'autres recherches pour continuer d'approfondir les questions relatives au genre dans la pratique infirmière. De plus, en fonction des réponses données sur l'importance de la relation avec les personnes soignées, cette recherche a mis en évidence une valorisation du concept de soin bien campée dans l'attitude de l'ensemble des répondants. Ce constat que les hommes adaptent une approche soignante autant que les femmes soulève le besoin pour les recherches futures d'étudier les éléments contribuant au développement de cette approche soignante au-delà du sexe et du genre.

Les retombées de ce projet d'étude sont multiples. Sur le plan de la recherche, un aspect majeur de la présente étude est la tangente vers les forces et les solutions utilisées par les infirmiers pour conjurer avec la souffrance au travail. La littérature scientifique actuelle étant axée principalement sur les sources de souffrance et ses conséquences néfastes sur la santé des travailleurs et des organisations, la présente étude suggère pourtant que les pistes de solutions existent. En effet, cette recherche répertorie un éventail important de moyens et de solutions nommés par les infirmiers pour conjurer avec la souffrance au travail. Sans doute que de plus amples études portant sur les forces et les solutions utilisées par les travailleurs

mériteraient d'être développées dans le futur. D'autres études basées sur les forces permettraient d'identifier des constantes dans les pistes de solutions, afin d'en arriver à proposer des moyens tangibles et efficaces à travers le temps et les milieux pour conjuguer avec la souffrance au travail. Des études supplémentaires s'avèrent également nécessaires concernant les infirmiers et la relation entre le genre et les stratégies pour composer avec la souffrance au travail. Plusieurs directions peuvent être envisagées pour préciser les résultats de recherche concernant les hommes infirmiers. Une première direction serait d'effectuer une recherche à plus grande échelle, par exemple de nature quantitative, afin d'observer s'il y a une répétition et un fil conducteur dans les liens entre le genre et stratégies défensives pour contrer la souffrance au travail chez les infirmiers. Le but d'une telle recherche serait d'obtenir une validation sur le plan de la généralisation des résultats, ce qui n'a pas été possible dans la présente étude étant donné la méthodologie utilisée. Une autre direction possible pour les recherches à venir sur les infirmiers serait d'inclure d'autres acteurs, par exemple les collègues de travail et l'employeur. Ainsi, il serait possible d'obtenir plusieurs points de vue de différents acteurs concernant un même sujet. D'autant plus qu'un approfondissement sur les liens entre genre, pratique infirmière et relation au travail, par une recherche qualitative comparative entre une cohorte d'infirmiers et une cohorte d'infirmières, offrirait sans doute des résultats pertinents. Un constat similaire demeure pour les études désirant se concentrer sur les masculinités. En effet, bien que les récits des répondants présentent plusieurs similitudes en ce qui concerne la définition du genre masculin, plusieurs questionnements restent présents chez ces hommes. Les chercheurs et chercheuses intéressés par le genre pourraient, par exemple, employer une approche phénoménologique et étudier l'évolution de la construction du genre auprès de quelques infirmiers, afin de faire une analyse plus en profondeur des sources de constructions identitaires, et ainsi voir de quelle manière ces sources affectent aussi les décisions derrière la manière de pratiquer les soins infirmiers. Bref, plusieurs besoins demeurent sur le plan de la recherche, concernant la souffrance au travail dans sa forme générale, que les études portant sur les

infirmiers travaillant dans les centres hospitaliers, que sur les infirmiers et les masculinités.

Sur le plan de l'intervention et de la discipline du travail social, les résultats de cette recherche rappellent toute la pertinence du travail social organisationnel. Cette forme de travail social, presque inexistante au Canada et se retrouvant aujourd'hui seulement dans quelques universités américaines, consiste à engager des travailleurs sociaux à l'intérieur du milieu de travail dont le rôle est d'améliorer, au quotidien, la qualité de vie en milieu de travail (Bargal et Barak, 2013). Bien que certains rôles semblent s'entremêler avec le rôle des syndicats, il existe tout de même des différences majeures. Notamment, le travailleur social organisationnel travaille sur le bien-être personnel de l'employé dans ses différents systèmes, donc autant avec l'employeur qu'à la maison, par exemple (Barak, 2000). Son rôle de liaison avec l'employeur n'est pas de négocier les conditions salariales de l'employé, mais plutôt de travailler en collaboration avec l'employeur afin de définir le potentiel de ses employés, pour que l'employeur encourage toujours le développement du plein potentiel de ses travailleurs. En somme, l'objectif premier du travailleur social organisationnel, de par sa force à travailler avec les différents systèmes, consiste à s'assurer qu'autant le travailleur que l'employeur maintiennent leur plein potentiel, ce qui passe entre autres par l'équilibre de vie du travailleur dans ses différents systèmes et par le style managérial de l'employeur qui permet une saine implication de ses employés, tout en conservant un rendement optimal, formule gagnante à la fois pour les deux parties. Bien que l'instauration du travail social organisationnel, par son absence actuelle du milieu du travail, représente un exercice exigeant et complexe, les écrits sont clairs : à long terme, tous les acteurs du monde du travail en ressortent gagnants (Bargal, 1999 ; Bates et Thompson, 2007 ; Iversen, 1998). Cette formule présente aussi un lien avec la prévention primaire favorisée par plusieurs auteurs comme étant la meilleure forme pour diminuer la souffrance au travail, car le rôle premier du travailleur social organisationnel est d'aborder le problème à la source, dans l'objectif de trouver des solutions communes à toutes les parties en cause. Cette formule serait à privilégier, d'autant plus que, bien qu'aidante, les écrits évaluant les bénéfices des programmes d'aide aux employés

ont des bienfaits limités, surtout à long terme, sur la santé psychologique des travailleurs (Semmer et Meier, 2003). En lien avec les résultats de cette recherche, un travailleur social organisationnel œuvrant dans un centre hospitalier aurait principalement les rôles de sensibilisateur et d'éducateur. Il pourrait tout d'abord sensibiliser les différents acteurs du milieu de travail des conséquences de la souffrance au travail sur la vie professionnelle et personnelle. Ensuite, le travailleur social organisationnel devrait aussi sensibiliser les différents acteurs (travailleurs, employeurs, syndicats) quant à l'importance de leur rôle dans la diminution ou l'augmentation de la souffrance au travail. Une fois cette sensibilisation effectuée, le travailleur social organisationnel aurait aussi un important rôle d'éducation auprès de l'ensemble du milieu de travail. Les thématiques à aborder à titre d'éducateur par le travailleur social organisationnel sont multiples. Il peut par exemple aider les travailleurs à développer des stratégies défensives contre la souffrance au travail. Il peut aussi, à l'aide d'intervention de groupe, aider les travailleurs à développer une communication efficace, avec une attention portée aux défis que peuvent parfois amener les différences de genre. Les options d'interventions sont vastes : les futurs travailleurs sociaux organisationnels qui tenteront de percer dans ce domaine devront user d'originalité pour remettre de l'avant cette approche délaissée depuis plusieurs années.

Pour conclure, le monde du travail se transforme en un milieu de plus en plus complexe, entraînant des répercussions négatives de plus en plus prononcées, comme le démontre la hausse constante depuis plusieurs années du taux d'épuisement professionnel chez les travailleurs en général (Bährer-Kohler, 2013 ; Maslach, Leiter et Cooper, 2005). Cela nécessite, de la part des organisations de travail, d'entamer une réflexion en profondeur sur les changements à opérer afin de rendre le milieu de travail plus agréable pour les travailleurs, dans l'objectif qu'ils puissent établir une carrière durable. La santé physique et psychologique au travail n'appartient pas qu'au travailleur, elle appartient à l'organisation tout entière. Un besoin plus qu'urgent à développer des moyens pour faciliter l'implantation de stratégies primaires dans le milieu de travail est indispensable si les organisations souhaitent conserver des travailleurs fidèles et performants. Les résultats de la

présente recherche ont permis de donner la parole à des travailleurs qui se portent bien, qui ont trouvé, en eux et dans l'organisation de travail, des solutions pour faire de la souffrance au travail un levier dans la compréhension d'eux-mêmes et dans l'amélioration des méthodes de travail, plutôt qu'un tunnel sans sortie. Pour le futur du travail, les employeurs seront gagnants à encourager un partenariat avec leurs employés, ce partenariat pouvant commencer par une écoute des moyens mis en place par leurs employés qui se portent bien à l'intérieur de leur organisation de travail. Les travailleurs représentent un réservoir encore inexploré de solutions pour conjuguer avec la souffrance au travail. Un premier contact en ce sens de la part des organisations de travail ne peut qu'être un premier pas vers le chemin d'une meilleure santé globale au travail.

10 Références

- AbuAlRub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of nursing scholarship*, 36(1), 73-78.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P. et Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-14.
- Alderson, M. (2004a). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress: une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 261-280.
- Alderson, M. (2004b). La psychodynamique du travail: objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243-260.
- Alderson, M. (2009). L'approche de la psychodynamique du travail et les sciences infirmières : un essai de rapprochement théorique et méthodologique. *L'infirmière clinicienne*, 6(1), 11-18.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. Guilford Press.
- Allard-Poesi, F. et Huault, I. (2012). Judith Butler et la subversion des normes : Pouvoir être un sujet. *Les grands inspirateurs de la théorie des organisations*, 422, 1-17.
- Anderson, E. (2010). *Inclusive masculinity: The changing nature of masculinities*. Routledge.
- Anthony, A. S. (2004). Gender bias and discrimination in nursing education: can we change it? *Nurse Educator*, 29(3), 121-125.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. *San Francisco: Jossey-Bass*.
- Association paritaire pour la santé et sécurité du travail. (2013). Le soutien social : pour améliorer la qualité de vie au travail. Repéré à http://apssap.qc.ca/wp-content/uploads/2013/01/Soutien_social.pdf
- Aydemir, O. et Iceli, I. (2013). Burnout: Risk factors (*Burnout for experts: Prevention in the context of living and working* (p. 119-143). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Aziz, S. et Cunningham, J. (2008). Workaholism, work stress, work-life imbalance: exploring gender's role. *Gender in Management: An International Journal*, 23(8), 553-566.
- Bährer-Kohler, S. (2013). *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working*. New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Bakker, A. B. et Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A. B., Van Der Zee, K. I., Lewig, K. A. et Dollard, M. F. (2006). The relationship between the Big Five personality factors and burnout: a study among volunteer counselors. *The Journal of social psychology*, 146(1), 31-50.
- Barak, M. E. M. (2000). The inclusive workplace: An ecosystems approach to diversity management. *Social Work*, 45(4), 339-353.
- Bargal, D. (1999). The future development of occupational social work. *Administration in Social Work*, 23(3-4), 139-156.
- Bargal, D. et Barak, M. E. M. (2013). *Social services in the workplace: repositioning occupational social work in the new millennium*. Routledge.
- Baril, A. (2007). De la construction du genre à la construction du «sexe»: les thèses féministes postmodernes dans l'oeuvre de Judith Butler. *Recherches féministes*, 20(2), 61-90.
- Barrett, F. J., Fry, R. E. et Wittockx, H. F. M. (2005). *Appreciative inquiry: A positive approach to building cooperative capacity*. Taos Institute Publications Chagrin Falls, OH.
- Bates, J. et Thompson, N. (2007). Workplace well-being: An occupational social work approach. *Illness, Crisis, & Loss*, 15(3), 273-284.

- Beehr, T. A., Farmer, S. J., Glazer, S., Gudanowski, D. M. et Nair, V. N. (2003). The enigma of social support and occupational stress: source congruence and gender role effects. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(3), 220.
- Bekker, M. H., Croon, M. A. et Bressers, B. (2005). Childcare involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence. *Work & Stress*, 19(3), 221-237.
- Bell, M. P., Cycyota, C. S. et Quick, J. C. (2002). An affirmative defense: The preventive management of sexual harassment. Dans D. L. N. R. J. Burke (dir.), *Gender, work stress, and health* (p. 191-210). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Biron, C., Cooper, C. L. et Gibbs, P. (2012). Stress interventions versus positive interventions. *The Oxford handbook of positive organizational scholarship*, Oxford University Press, Oxford/New York, 938-950.
- Biron, C., Karanika-Murray, M. et Cooper, C. (2012). *Organizational Interventions*. Routledge.
- Blum, L. A. (1988). Gilligan and Kohlberg: Implications for moral theory. *Ethics*, 98(3), 472-491.
- Bourbonnais, R. (2000). *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec: rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale*, CQRS. [Québec]: Équipe de recherche RIPOST, Université Laval.
- Bourbonnais, R., Brisson, C. et Vézina, M. (2011). Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(7), 479-486.
- Bourbonnais, R., Comeau, M. et Vézina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 95.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R. et Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. *Santé mentale au Québec*, 24, 136-153.
- Bourbonnais, R., Lee-Gosselin, H. et Pérusse, M. (1985). L'organisation du travail en milieu hospitalier et ses effets sur la santé des infirmières. *Santé mentale au Québec*, 10(2), 73-85.
- Bowden, T. (2002). An investigation into psychological predictors of work family conflict and turnover intention in an organizational context: Working Paper, University of Kent, Canterbury, UK.
- Bradley, H. (1989). *Men's work, women's work: A sociological history of the sexual division of labour in employment*. University of Minnesota Press.
- Briner, R. B. et Reynolds, S. (1999). The costs, benefits, and limitations of organizational level stress interventions. *Journal of Organizational Behavior*, 20(5), 647-664.
- Bronfenbrenner, U. (2009). *The ecology of human development*. Harvard university press.
- Brugère, F. (2008). Le sexe de la sollicitude. Paris, Le Seuil.
- Brugère, F. (2009). La sollicitude et ses usages. *Cités*(4), 139-158.
- Brugère, F. (2010). L'éthique du care: entre sollicitude et soin, dispositions et pratiques (*La philosophie du soin* (p. 69-86): Presses Universitaires de France.
- Brun, J.-P. (2008). *Les 7 pièces manquantes du management*. Éditions Transcontinental.
- Brun, J.-P. (2016). L'ampleur du problème : l'expression du stress au travail. Repéré à <http://cgsst.com/wp-content/uploads/2016/07/Fascicule-1-Lampleur-du-probl%C3%A8me-lexpression-du-stress-au-travail.pdf>
- Burke, R. J. (2002). Men, masculinity, and health. Dans D. L. N. R. J. Burke (dir.), *Gender, work stress, and health* (p. 35-54). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble*. New York and London: Routledge.
- Butler, J. (2005). *Giving an account of oneself*. Oxford University Press.

- Canadian Nurses Association. (2008). 2006 workforce profile of registered nurses in Canada. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/2006_rn_snapshot_e.pdf
- Carver, C. S., Scheier, M. F. et Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Centre d'étude sur le stress humain. (2015). Historique du stress. Repéré à <http://www.stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/historique-du-stress.html>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S. et Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Connell, R. (2005). *Masculinities*. Univ of California Press.
- Cooper, C. L. et Cartwright, S. (1994). Healthy mind; healthy organization—A proactive approach to occupational stress. *Human relations*, 47(4), 455-471.
- Cooper, C. L. et Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of psychosomatic research*, 43(1), 7-16.
- Cooperrider, D. L., Whitney, D. K. et Stavros, J. M. (2003). *Appreciative inquiry handbook*. Berrett-Koehler Publishers.
- Cottingham, M. D. (2014). Recruiting Men, Constructing Manhood How Health Care Organizations Mobilize Masculinities as Nursing Recruitment Strategy. *Gender & society*, 28(1), 133-156.
- Cottingham, S., Dibartolo, M., Battistoni, S. et Brown, T. (2011). Partners in nursing: a mentoring initiative to enhance nurse retention. *Nursing Education Perspectives*, 32(4), 250-255.
- Cox, T. (1985). The nature and measurement of stress. *ergonomics*, 28(8), 1155-1163.
- Cox, T., Griffiths, A. et Rial-González, R. (2000). Research on work-related stress: European Agency for Safety and Health at Work. *Research on work-related stress: European Agency for Safety and Health at Work*.
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Dagenais, D. (2004). Famille et société: l'impensé moderne. *Le débat*(5), 60-73.
- Dejours, C. (1993). Travail: usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Bayard, Paris.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le travail humain*, 1-16.
- Dejours, C. et Gernet, I. (2012). *Psychopathologie du travail*. Elsevier Masson Paris.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. et Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Devereux, J. M., Hastings, R. P., Noone, S. J., Firth, A. et Totsika, V. (2009). Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in Developmental Disabilities*, 30(2), 367-377.
- Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P. et Cooper, C. L. (2010). *Coping with work stress: A review and critique*. John Wiley & Sons.
- Dolan, S. L. et Arsenault, A. (2009). *Stress, estime de soi, santé et travail*. PUQ.
- Duquette, A., Beaudet, L. et Kérouac, S. (1992). *L'épuisement professionnel du personnel infirmier: un bilan des connaissances: synthèse d'un rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, subvention pour la diffusion RS-1772 090*. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Eccles, J. S., Jacobs, J. E. et Harold, R. D. (1990). Gender role stereotypes, expectancy effects, and parents' socialization of gender differences. *Journal of social issues*, 46(2), 183-201.

- Evans, J. (2004). Men nurses: a historical and feminist perspective. *Journal of advanced nursing*, 47(3), 321-328.
- Evans, J. et Frank, B. (2003). Contradictions and Tensions: Exploring Relations of Masculinities in the Numerically Female-Dominated Nursing Profession. *The Journal of Men's Studies*, 11(3), 277-292.
- Evans, O. et Steptoe, A. (2002). The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male-and female-dominated occupational groups. *Social Science & Medicine*, 54(4), 481-492.
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2017). À propos de la FIQ. Repéré à <http://www.fiqsante.qc.ca/a-propos-de-la-fiq/>
- Fineman, S. (2006). On being positive: Concerns and counterpoints. *Academy of management review*, 31(2), 270-291.
- Folkman, S. et Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. et DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571-579.
- Friedmann, G. (1964). *Le travail en miettes: spécialisation et loisirs*. Gallimard.
- Genest Dufault, S. (2008). Études sur les hommes et les masculinités : perspectives théoriques, service social et rupture amoureuse (p. 80). Québec: Centre d'appui au développement des pratiques et de la recherche en service social.
- Genest Dufault, S. et Dulac, G. (2010). État des connaissances sur les hommes et les masculinités au Québec: Présentation d'un inventaire des écrits scientifiques et de réflexion. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette & J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir* (p. 45-59). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Genua, J. (2005). The vision of male nurses: roles, barriers and stereotypes. *InterAction*, 23(4), 4-7.
- Gianakos, I. (2002). Predictors of coping with work stress: The influences of sex, gender role, social desirability, and locus of control. *Sex Roles*, 46(5-6), 149-158. doi: 10.1023/A:1019675218338
- Gilligan, C. et Laugier, S. (2008). *Une voix différente: pour une éthique du "care"*. Flammarion Paris.
- Godard, B. (2006). Vers une éthique de la recherche adaptée à la recherche qualitative dans le secteur de la santé : le point de vue d'une chercheuse (dans H. Doucet et E. Gaudreau (éd.), *Éthique et recherche qualitative dans le secteur de la santé : échanges sur les défis*. Montréal, Québec: Publication de l'Acfas.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative" description of personality": the big-five factor structure. *Journal of personality and social psychology*, 59(6), 1216-1229.
- Goldgruber, J. et Ahrens, D. (2010). Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions: a review. *Journal of Public Health*, 18(1), 75-88.
- Halford, S. et Leonard, P. (2003). Space and place in the construction and performance of gendered nursing identities. *Journal of advanced nursing*, 42(2), 201-208.
- Heikes, E. J. (1991). When men are the minority: The case of men in nursing. *The Sociological Quarterly*, 32(3), 389-401.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin. *Perspective soignante*, 4, 1-20.
- Holmes, T. H. et Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M. et Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*, 11(1), 240.

- Hsu, H. Y., Chen, S. H., Yu, H. Y. et Lou, J. H. (2010). Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses. *Journal of advanced nursing*, 66(7), 1592-1601.
- Hurst, T. E. et Hurst, M. M. (1997). Gender differences in mediation of severe occupational stress among correctional officers. *American Journal of Criminal Justice*, 22(1), 121-137.
- Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2014). Stress : causes et conséquences. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/info/stress>
- Iversen, R. R. (1998). Occupational social work for the 21st century. *Social Work*, 43(6), 551-566.
- Jex, S. M., Adams, G. A. et Ehler, M. L. (2002). Assessing the role of negative affectivity in occupational stress research: Does gender make a difference? (*Gender, work stress, and health* (p. 71-84). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P. et Millet, C. (2005). The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*, 20(2), 178-187.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. et Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(1), 1-39.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308.
- Karasek, R. et Theorell, T. (1990). Health work. *Basic Book*, New York.
- Kimmel, M. S. (1996). *Manhood in America*. New York: The Free Press.
- Kmec, J. A. (2008). The process of sex segregation in a gender-typed field: The case of male nurses. *Sociological Perspectives*, 51(2), 259-279.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. et Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 42(1), 168-177.
- Kohlberg, L. (1971). Stages of moral development. *Moral education*, 29.
- Kossek, E. E., Pichler, S., Bodner, T. et Hammer, L. B. (2011). Workplace social support and work-family conflict: A meta-analysis clarifying the influence of general and work-family-specific supervisor and organizational support. *Personnel psychology*, 64(2), 289-313.
- Kowalski, C., Ommen, O., Driller, E., Ernstmann, N., Wirtz, M. A., Köhler, T. et Pfaff, H. (2010). Burnout in nurses—the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1654-1663.
- Kristensen, T. (1995). The demand-control-support model: Methodological challenges for future research. *Stress medicine*, 11(1), 17-26.
- Lamontagne, A. D., Keegel, T., Louie, A. M., Ostry, A. et Landsbergis, P. A. (2007). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990–2005. *International journal of occupational and environmental health*, 13(3), 268-280.
- LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., . . . Smith, P. M. (2014). Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC psychiatry*, 14(1), 1.
- LaRocco, S. A. (2007). A grounded theory study of socializing men into nursing. *The Journal of Men's Studies*, 15(2), 120-129.
- Larrabee, M. J. (1993). *An ethic of care: Feminist and interdisciplinary perspectives*. Psychology Press.
- Laugier, S. (2010). L'éthique du care en trois subversions. *Multitudes*(3), 112-125.
- Lazarus, R. S. (1995). Psychological stress in the workplace. *Occupational stress: A handbook*, 1, 3-14.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Leruse, L., Di Martino, I., Malaise, N. et Firket, P. (2004). Le stress au travail : facteurs de risques, évaluation et prévention. Dans T. e. C. s. SPF Emploi (dir.).

- Lindström, B. et Eriksson, M. (2012). *La salutogénèse : Petit guide pour promouvoir la santé*. Québec, QC: Presses de l'Université Laval.
- Liu, C., Spector, P. E. et Shi, L. (2008). Use of both qualitative and quantitative approaches to study job stress in different gender and occupational groups. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(4), 357.
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Éditions au Carré.
- Lupton, B. (2006). Explaining Men's Entry into Female-Concentrated Occupations: Issues of Masculinity and Social Class. *Gender, Work & Organization*, 13(2), 103-128.
- Maier, M. (1991). The dysfunctions of corporate masculinity: Gender and diversity issues in organizational development. *Human capital development*, 147-169.
- Maranda, M.-F. (1995). La psychodynamique du travail, une alternative à l'individualisation de la santé mentale au travail. *Santé mentale au Québec*, 20, 219-242.
- Mark, G. et Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*, 17(3), 505-521.
- Martin, P. Y. (2003). "Said and done" versus "saying and doing" gendering practices, practicing gender at work. *Gender & society*, 17(3), 342-366.
- Maslach, C., Leiter, M. P. et Cooper, C. L. (2005). Stress and burnout: The critical research. *Handbook of stress medicine and health*, 2, 155-172.
- Maslach, C. et Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout.
- Mason, M. (2010). *Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews*. Communication présentée Forum qualitative Sozialforschung/Forum: qualitative social research.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401-1415.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C. et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention social*. Québec, Canada: Gaëtan Morin.
- Mayeroff, M. (1971). On caring. New York: Perennial Library: Harper and Row.
- Meadus, R. J. et Twomey, J. C. (2007). Men in nursing: making the right choice. *Canadian nurse*, 103(2).
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Molinier, P. (2010). Souffrance, défenses, reconnaissance: Le point de vue du travail. [Suffering, collective defense strategies and recognition: The work's point of view.]. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 10, 99-110.
- Mor-Barak, M. E. et Tynan, M. (1993). Older workers and the workplace: A new challenge for occupational social work. *Social Work*, 38(1), 45-55.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Nagase, Y., Uchiyama, M., Kaneita, Y., Li, L., Kaji, T., Takahashi, S., . . . Ohida, T. (2009). Coping strategies and their correlates with depression in the Japanese general population. *Psychiatry research*, 168(1), 57-66.
- Nagington, M. G. (2016). Judith Butler's theories: reflections for nursing research and practice. *Nursing Philosophy*, 17(4), 307-316.
- Nelson, D. L., Burke, R. J. et Michie, S. (2002). New directions for studying gender, work stress, and health. Dans D. L. N. R. J. Burke (dir.), *Gender, work stress, and health* (p. 229-242). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Noblet, A. et LaMontagne, A. D. (2006). The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health promotion international*, 21(4), 346-353.

- O'brien, M., Penna, S. et Hay, C. (2014). *Theorising Modernity: Reflexivity, Environment & Identity in Giddens' Social Theory*. Routledge.
- O'Lynn, C. E. et Tranbarger, R. E. (2006). *Men in nursing: History, challenges, and opportunities*. Springer Publishing Company.
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2015). Rapport annuel 2014-2015.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). Rapport annuel 2014-2015.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). Lois et règlements. Repéré à <http://www.oiiq.org/lordre/qui-sommes-nous/lois-et-reglements>
- Ostry, A. S., Kelly, S., Demers, P. A., Mustard, C. et Hertzman, C. (2003). A comparison between the effort-reward imbalance and demand control models. *BMC Public Health*, 3(1), 1.
- Paperman, P. (2010). Éthique du care. *Gérontologie et société*(2), 51-61.
- Pillon, T. et Vatin, F. (2003). *Traité de sociologie du travail*. Octarès.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113-169.
- Pleck, J. H. (1981). *The myth of masculinity*. Mit Press Cambridge, MA.
- Pugliesi, K. et Shook, S. L. (1998). Gender, Ethnicity, and Network Characteristics: Variation in Social Support Resources1. *Sex Roles*, 38(3-4), 215-238.
- Quick, J. C. E. et Tetrick, L. E. (2003). *Handbook of occupational health psychology*. American Psychological Association.
- Quinn, R. P. et Staines, G. L. (1979). *The 1977 Quality of Employment Survey: Descriptive Statistics, with Comparison Data from the 1969-1970 and the 1972-1973 Surveys*. University of Michigan Press.
- Rascle, N. et Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs: implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain*, 64(2), 97-118.
- Remy-Largeau, I. (2011). Philosophie du soin, care et soins infirmiers: Une revue de littérature pour une recherche au carrefour de la philosophie et du soin. *Recherche en soins infirmiers*(4), 49-59.
- Rochlen, A. B., Good, G. E. et Carver, T. A. (2009). Predictors of gender-related barriers, work, and life satisfaction among men in nursing. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(1), 44-56.
- Roth, J. E. et Coleman, C. L. (2008). Perceived and real barriers for men entering nursing: implications for gender diversity. *Journal of Cultural Diversity*, 15(3), 148-152.
- Roy, B., Holmes, D. et Chouinard, V. (2011). Contribution à une éthique de la sollicitude-Masculinités et genre dans la profession infirmière. *Recherche en soins infirmiers*(4), 38-48.
- Ruiller, C. (2008). *Le soutien social au travail: conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle: l'étude d'un cas hospitalier*. (Université Rennes 1).
- Ruotsalainen, J., Serra, C., Marine, A. et Verbeek, J. (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 169-178.
- Saillant, F. et Gagnon, É. (1999). Vers une anthropologie des soins. *Anthropologie et sociétés*, 23(2), 5-14.
- Salin, D. (2008). The prevention of workplace bullying as a question of human resource management: Measures adopted and underlying organizational factors. *Scandinavian Journal of Management*, 24(3), 221-231.
- Sasaki, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y. et Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 359-365.

- Schulz, M., Damkröger, A., Voltmer, E., Löwe, B., Driessen, M., Ward, M. et Wingenfeld, K. (2011). Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(5), 411-417.
- Scully, J. A., Tosi, H. et Banning, K. (2000). Life event checklists: Revisiting the social readjustment rating scale after 30 years. *Educational and psychological measurement*, 60(6), 864-876.
- Seligman, M. E. et Csikszentmihalyi, M. (2014). *Positive psychology: An introduction*. Springer.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N. et Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60(5), 410-421.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc.
- Semmer, N. et Meier, L. (2003). Individual differences, work stress and health. *Handbook of work and health psychology*, 2, 83-120.
- Seyle, H. (1975). Stress without distress. *Vie medicale au Canada français*.
- Seyle, H. (1976). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Sherrod, B., Sherrod, D. et Rasch, R. (2005). Men at work. *Nursing management*, 36(10), 46-51.
- Shields, M. (2006). Stress and depression in the employed population. *Health Reports*, 17(4), 11-29.
- Siegrist, J., Klein, D. et Voigt, K. (1996). Linking sociological with physiological data: the model of effort-reward imbalance at work. *Acta physiologica Scandinavica. Supplementum*, 640, 112-116.
- Simpson, R. (2005). Men in non-traditional occupations: career entry, career orientation and experience of role strain. *Gender, Work & Organization*, 12(4), 363-380.
- Simpson, R. (2011). Men discussing women and women discussing men: reflexivity, transformation and gendered practice in the context of nursing care. *Gender, Work & Organization*, 18(4), 377-398.
- Snyder, K. A. et Green, A. I. (2008). Revisiting the Glass Escalator: The Case of Gender Segregation in a Female Dominated Occupation. *Social Problems*, 55(2), 271-299.
- Soares, A. (2011). La qualité de vie chez les membres de l'APTS, la CSN et la FIQ au CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord: La santé malade de gestion. *École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal*.
- Stott, A. (2007). Exploring factors affecting attrition of male students from an undergraduate nursing course: a qualitative study. *Nurse Education Today*, 27(4), 325-332.
- Sundin, L., Hochwälter, J. et Bildt, C. (2008). A scale for measuring specific job demands within the health care sector: Development and psychometric assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 914-923.
- Tremblay, G. et L'Heureux, P. (2010). La genèse de la construction de l'identité masculine. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette & J.-Y. Desgagnés (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir* (p. 91-114). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Tronto, J. C. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*(2), 243-265.
- Trossman, S. (2003). Caring Knows No Gender: Break the stereotype and boost the number of men in nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 103(5), 65-68.
- U.S. Census Bureau. (2013). Men in Nursing Occupations : American Community Survey Highlight Report. Repéré à https://www.census.gov/people/io/files/Men_in_Nursing_Occupations.pdf
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. et Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological bulletin*, 119(3), 488-531.
- Université Laval. (2017). Quelques chiffres. Repéré à <https://www.ulaval.ca/notre-universite/salle-de-presse/information-institutionnelle/quelques-chiffres.html>

- Vallerie, B. (2012). *Interventions sociales et empowerment: développement du pouvoir d'agir*. Editions L'Harmattan.
- Van der Doef, M. et Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87-114.
- Vezina, M. (1996). La santé mentale au travail: pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 117-138.
- Wolfenden, J. (2011). Men in nursing. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 9(2), 5.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Taris, T. W. et Schreurs, P. J. (2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. *Journal of Managerial Psychology*, 22(8), 766-786.