

Mémoire de fin d'études

Réalisé en vue de l'obtention du diplôme
HES en soins infirmiers

«Types de stress vécus au
quotidien par les infirmières
intérimaires et celles des
services lorsqu'un
remplacement est effectué et
gestion de ce stress»

Réalisé par :

Bonvin Anne-Catherine

Sous la direction de :

Kamerzin Bernard

Veyras, janvier 2009

Remerciements

- A mon directeur de Mémoire M Bernard Kamerzin pour son soutien, son encadrement et ses conseils.
- A tous les professionnels qui ont répondu à mes diverses questions tout au long de l'élaboration de mon travail de fin d'études et à ceux qui ont testé et participé à mon étude.
- Aux infirmières intérimaires qui ont répondu à mon questionnaire et me l'ont renvoyé.
- Aux agences intérimaires pour leur éclairage sur le milieu du travail temporaire et pour l'autorisation et la diffusion de mes questionnaires de recherche.
- Aux différents ICUS et ICS grâce à qui j'ai pu diffuser mes questionnaires dans les services
- A Fabienne Masserey pour m'avoir aidé à préciser le thème de mon MFE et pour la correction de mes questionnaires et de mon travail de mémoire.
- A Marie-Josèphe Bonvin, Lucien Bonvin et Vanessa Maeder pour la correction orthographique et grammaticale et leur soutien.
- A Philippe Bonvin et Damien Zufferey qui m'ont donné quelques conseils informatiques.

Résumé

Le but de cette étude est d'identifier les facteurs de stress et la manière d'y faire face chez les infirmières des services de chirurgie et médecine du RSV¹ et les infirmières intérimaires de deux agences valaisannes lorsqu'un remplacement est effectué. Je cherche à évaluer si les infirmières fixes d'un service sont plus stressées ou non lors d'un remplacement effectué par une infirmière intérimaire par rapport à leur pratique habituelle (quand il n'y a pas d'intérimaire). Je cherche à expliquer ce qui change dans le stress perçu de la pratique quotidienne quand il y a une infirmière intérimaire dans le service et je propose des moyens pour améliorer la gestion du stress perçu lors d'un remplacement effectué par une intérimaire. Cette étude est réalisée par questionnaires et analysée par statistique. Comme principaux résultats, j'ai trouvé que la plupart des infirmières de mon échantillon ayant un poste fixe dans un service se sentent plus stressées lorsqu'il y a une infirmière intérimaire qui effectue un remplacement dans leur service, qu'elles se disent plus stressées que ces infirmières intérimaires, qu'elles ont toutes des moyens pour gérer leur stress, et qu'en moyenne, elles les trouvent plutôt suffisants.

Mots clés

Stress, coping, infirmière intérimaire et fixe, stressseurs, stress perçu, soutien perçu, contrôle perçu

¹ = Réseau Santé Valais

Table des matières

1	Introduction du thème général	1
2	Questions de départ	1
3	Motivations	2
3.1	Motivations personnelles	2
3.2	Motivations socioprofessionnelles.....	3
3.3	Motivations économiques	5
4	Problématique	8
5	Cadre de référence.....	10
5.1	L'approche transactionnelle du stress et du coping	11
5.2	Le concept de stress	11
5.2.1	<i>Les facteurs de stress organisationnels.....</i>	<i>13</i>
5.2.2	<i>L'évaluation</i>	<i>15</i>
5.2.2.1	Evaluation primaire (= Stress perçu).....	15
5.2.2.2	Evaluation secondaire (= Contrôle perçu et soutien social perçu).....	16
5.2.3	<i>Remarques générales sur l'évaluation.....</i>	<i>17</i>
5.3	Le concept de coping	18
5.3.1	<i>Différentes stratégies de coping</i>	<i>19</i>
5.3.1.1	Le coping centré sur le problème	19
5.3.1.2	Le coping focalisé sur les émotions	20
5.3.1.3	La recherche de soutien social	21
5.3.1.4	Les stratégies d'adaptations collectives	21
5.3.1.5	Remarques	22
5.3.2	<i>Quelques mots sur les émotions</i>	<i>23</i>
5.3.3	<i>Les facteurs déterminants du coping.....</i>	<i>25</i>
5.3.3.1	Les facteurs contextuels ou situationnels	25
6	Méthodologie	26
6.1	Stratégie générale de vérification	26
6.2	Outils d'investigations	26
6.3	Pré-test du questionnaire.....	29
6.4	Principes éthiques	30
6.5	Technique d'analyse des données et vérification	31
7	Résultats, analyse et interprétation des résultats.....	32
7.1	Caractéristiques de mon échantillon	33
7.1.1	<i>Infirmières ayant un emploi fixe dans un service</i>	<i>33</i>
7.1.1.1	Nombre de réponses.....	33
7.1.1.2	Tranche d'âge	34
7.1.1.3	Ancienneté	35
7.1.1.4	Pourcentage de travail.....	36
7.1.1.5	Niveau de formation	37
7.1.1.6	La satisfaction au travail	38
7.1.1.7	Autres résultats	39
7.1.2	<i>Infirmières intérimaires.....</i>	<i>39</i>
7.1.2.1	Nombre de réponses.....	39
7.1.2.2	Tranche d'âge	40
7.1.2.3	Ancienneté	41
7.1.2.4	Pourcentage de travail chez les infirmières intérimaires	42
7.1.2.5	Niveau de formation chez les infirmières intérimaires.....	42
7.1.2.6	La satisfaction au travail	43
7.2	Le stress	44
7.2.1	<i>L'évaluation primaire du stress</i>	<i>44</i>
7.2.2	<i>L'évaluation secondaire.....</i>	<i>50</i>
7.2.2.1	Contrôle perçu.....	50
7.2.2.2	Soutien perçu	51
7.2.3	<i>Le stress en lien avec différentes variables</i>	<i>51</i>
7.2.3.1	Stress perçu en lien avec le contrôle perçu.....	52
7.2.3.2	Stress perçu en lien avec le soutien perçu	53

7.2.3.3	Stress perçu en lien avec la satisfaction au travail.....	53
7.2.3.4	Stress perçu en lien avec l'âge	55
7.2.3.5	Stress perçu en lien avec l'ancienneté.....	57
7.2.3.6	Stress perçu en lien avec le pourcentage de travail	57
7.2.3.7	Stress perçu en lien avec le niveau de formation.....	58
7.2.4	<i>Evaluation primaire des stressseurs professionnels</i>	59
7.2.4.1	Stresseurs professionnels de l'environnement physique	59
7.2.4.2	Stresseurs professionnels de l'environnement psychologique.....	61
7.2.4.3	Stresseurs professionnels de l'environnement social	64
7.2.4.4	Récapitulatif des trois environnements physique, psychologique et social	65
7.2.4.5	Stresseurs professionnels en relation avec différentes variables	68
7.2.4.5.1	Stresseurs professionnels en lien avec l'âge.....	68
7.2.4.5.2	Stresseurs professionnels en lien avec l'ancienneté.....	70
7.2.4.5.3	Stresseurs professionnels en lien avec le pourcentage de travail	72
7.2.4.5.4	Stresseurs professionnels en lien avec le niveau de formation	72
7.2.4.5.5	Stresseurs professionnels en lien avec le contrôle perçu	73
7.2.4.5.6	Stresseurs professionnels en lien avec le soutien perçu.....	75
7.3	Le coping	76
7.3.1	<i>Coping centré sur le problème</i>	77
7.3.2	<i>Coping centré sur les émotions</i>	79
7.3.3	<i>Recherche de soutien social</i>	86
7.3.4	<i>Mise en rapport des trois sortes principales de coping</i>	87
7.3.5	<i>Coping en lien avec différentes variables</i>	87
7.3.5.1	Coping et âge	87
7.3.5.2	Coping et ancienneté.....	88
7.3.5.3	Coping et pourcentage de travail.....	89
7.3.5.4	Coping et niveau de formation.....	89
7.3.5.5	Coping et contrôle perçu	91
7.3.5.6	Coping et soutien perçu.....	92
7.3.5.7	Coping et satisfaction au travail.....	93
7.3.6	<i>Est-ce que les moyens mis en place pour gérer le stress sont suffisants ou pas ?</i>	95
7.3.7	<i>Est-ce que la formation aide à gérer le stress ?</i>	97
7.3.8	<i>Besoin de quelque chose en plus pour gérer le stress ?</i>	99
7.3.8.1	Du côté des infirmières fixes quand il y a un remplacement.....	99
7.3.8.2	Du côté des infirmières intérimaires	100
7.3.8.3	Remarques supplémentaires sur ces besoins exprimés.....	101
8	Discussion	102
8.1	Validité de la recherche	102
8.1.1	<i>Validité interne</i>	102
8.1.1.1	Cohérence de la démarche	103
8.1.1.2	Complétude de la démarche	104
8.1.1.3	Cohérence et crédibilité des résultats	104
8.1.1.4	Erreurs et biais méthodologiques	105
8.1.1.5	Validité de l'outil de recherche	105
8.1.1.6	Validité de l'analyse	111
8.1.1.7	Résultats et atteinte des objectifs	112
8.1.2	<i>Validité externe</i>	113
8.2	Conséquences possibles de mes résultats	113
9	Conclusion	114
9.1	Auto-évaluation de mon travail	114
9.1.1	<i>Par rapport à mes objectifs d'apprentissage</i>	114
9.1.2	<i>Par rapport aux neuf compétences</i>	115
9.2	Facilités et difficultés.....	118
9.3	Ce que m'a apporté ce travail	119
9.4	Ce que je referais différemment.....	119
9.5	Suite envisageable.....	120
10	Calendrier	120
11	Références	121
11.1	Bibliographie	121
11.2	Cybérographie.....	124
11.3	Filmographie.....	125

12 Annexes	A
Annexe A	A
Annexe B	C
Annexe C	E
<i>Les facteurs de personnalité ou dispositionnels</i>	<i>E</i>
<i>Les facteurs socio-biographiques.....</i>	<i>G</i>
Annexe D	H
Annexe E.....	K
Annexe F.....	N
Annexe G	O
Annexe H.....	P
Annexe I.....	Q
Annexe J	R
Annexe K	S
Annexe L.....	T
Annexe M	V
Annexe N	W
Déclaration	Z

1 Introduction du thème général

Dans ce travail, j'aborde, d'une part, le stress ressenti par les infirmières² ayant un poste fixe lorsque des intérimaires sont engagées dans leur service, et d'autre part, le stress ressenti par ces infirmières intérimaires³. Je traite également les moyens que ces deux populations mettent en place pour gérer ce stress. Pour ce faire, j'ai interrogé ces deux types d'infirmières par le biais de questionnaires. De là, J'ai pu croiser ces deux regards et en analyser les similitudes et différences. Mon travail se limite à ces aspects et n'aborde pas la santé des soignants.

Etant donné que les infirmières intérimaires ne sont engagées que pour une petite partie des remplacements⁴, je me suis adressée aux infirmières de chirurgie et de médecine de deux hôpitaux valaisans dans le but d'obtenir un vaste échantillonnage.

Mon approche statistique est principalement exploratoire et descriptive, mais aussi explicative. En effet, je présente le stress perçu pour les deux types d'infirmières mentionnées plus haut, quelques unes de ses causes, ainsi que les différentes manières dont il est géré. Je parle également de quelques facteurs qui influencent le stress et le coping, ainsi que leur perception.

En quelques mots, voici un avant-goût de ce qui va suivre. Je vais, dans un premier temps, présenter ma question de départ, puis mes motivations personnelles, socioprofessionnelles et économiques. De cette première partie découlera ma problématique, le cadre opératoire, ma stratégie générale de vérification, ainsi que les outils d'investigation et leurs limites, les principes éthiques à respecter, la technique d'analyse des données et leur vérification. La présentation, l'analyse et la discussion de mes résultats feront l'objet de la seconde partie de mon travail avec un chapitre sur la validité de ma recherche et un autre sur l'évaluation de mon MFE. Pour terminer, je vous présenterai un calendrier des différentes étapes de réalisation de mon travail, ainsi que les références bibliographiques et cybérographiques qui m'ont aidées tout au long de ma recherche.

2 Questions de départ

- Lors d'embauche d'infirmières intérimaires dans un service, lesquelles sont le plus susceptibles d'être touchées par le stress : les infirmières établies dans le service ou les intérimaires ?
- Quel type de stress rencontrent ces deux populations et comment le gèrent-elles ?

² Etant donné que cette profession est bien plus représentée par le sexe féminin, j'ai choisi d'utiliser ce terme au féminin tout au long de ce travail, mais il va de soi que ce terme englobe également les infirmiers.

³ Vous trouverez en annexe (annexe A) un profil de ces infirmières intérimaires.

⁴ Par exemple, à l'hôpital de Sion, le 10 % des remplacements sont effectués par des infirmières intérimaires. L'essentiel des remplacements se fait par l'utilisation de personnel travaillant à un faible pourcentage, le prolongement d'horaire, l'échange d'horaires entre les membres du personnel, l'utilisation de personnel d'un autre service ou en faisant revenir des employés qui sont en congé. Depuis le printemps 2008, il y a même un pool infirmier interne en test pour les remplacements.

3 Motivations

3.1 Motivations personnelles

Tout au long de mon parcours pratique de formation, j'ai été confrontée à l'absence de membres du personnel pour cause de maladie, maternité, accident, dépression, perte d'un être cher, ... J'ai pu constater que ces situations, non prévisibles pour la plupart, pouvaient devenir un casse-tête principalement pour les ICUS⁵ et ICS⁶ et une cause de mécontentement et réclamations pour les infirmières. En effet, la solution parfaite n'existe pas et chaque mode de remplacement a ses avantages et ses inconvénients. En voici un bref aperçu :

- Le fait de faire revenir du personnel en congé ou de prolonger des horaires permet d'avoir des employées habituées⁷ au service, mais à la longue, apparaissent des difficultés à compenser les heures supplémentaires.
- Dans le cas où du personnel d'autres services est appelé, on peut voir quelques différences dans la façon de travailler, une légère perte de temps dans la recherche de matériel ou de protocoles. Cette personne n'est pas autant à l'aise que lorsqu'elle travaille dans son service. Cette solution fonctionne également de manière provisoire, sinon elle finit par déséquilibrer le service auquel est emprunté l'infirmière.
- En faisant appel à une infirmière intérimaire, la personne absente est remplacée, mais par quelqu'un qui ne connaît pas forcément l'établissement et/ou le service.
- Il arrive aussi que les collègues présentes se partagent le travail de la personne absente ce qui fait des journées bien remplies pour les infirmières, ASSC⁸ et aides présentes. Celles-ci doivent revoir leurs priorités afin de pouvoir s'occuper de tout le service.

En règle générale, lorsqu'une infirmière est absente, qu'elle soit remplacée ou non, j'ai pu voir un stress supplémentaire qui est plus ou moins bien géré dans le service.

J'ai été vite sensibilisée à ce problème, ayant commencé ma formation dans le canton de Vaud où le turnover est grand au sein des équipes⁹. Pour diminuer les problèmes en lien avec le manque de savoir-faire lié à l'institution¹⁰, le canton de Vaud utilise très fréquemment un système de pool infirmier rattaché aux établissements, c'est-à-dire un ensemble d'infirmières intérimaires qui ne travaillent que pour un établissement, voir un petit groupe d'établissements. Lorsque je suis revenue en Valais, j'ai pu me rendre compte que la situation y était plus stable¹¹, c'est-à-dire que les remplacements effectués par des intérimaires ne font pas partie du lot quotidien. Au contraire, ils sont plutôt rares, mais pas inexistantes. Il semblerait que le fait que les hôpitaux sont de taille plus humaine¹² participe à une meilleure reconnaissance du personnel et une charge de

⁵ = Infirmière Cheffe d'Unité de Soins. Peut aussi être lu au masculin.

⁶ = Infirmière Cheffe de Service. Peut aussi être lu au masculin.

⁷ Peut également être lu au masculin.

⁸ ASSC = Assistante en Soins et Santé Communautaire.

⁹ Par exemple, pour le CHUV, rien qu'au niveau du pool, il y a 60 à 110 remplacements effectués par semaine.

¹⁰ Par là, j'entends les procédures propres de l'établissement. Par exemple, une intérimaire saura faire une prise de sang, mais ne connaîtra pas forcément le mode d'acheminement de l'échantillon au laboratoire.

¹¹ Ce fait a également été confirmé par une agence d'intérimaires qui travaille avec les deux cantons, Vaud et Valais.

¹² Par là, j'entends des hôpitaux de plus petite taille où les employés des différents services ou secteurs se connaissent encore entre eux et où ils ne sont pas noyés dans une masse de personnes, par opposition à des établissements comme le CHUV qui comptent plus de 7'500 collaborateurs. L'hôpital de Sion, en compte 783. Là, je

travail plus gérable. Le fait que le personnel étranger est contraint de s'établir en Valais pour y travailler participe également à cette stabilité. Mais bien que la situation soit plus stable, le problème existe tout de même. J'y ai à nouveau été confrontée lors de mes deux stages de troisième année. C'est pourquoi, j'en suis venue à me demander :

- Si d'une manière générale le personnel infirmier fixe d'un service est stressé lorsque du personnel intérimaire est engagé dans ce service ?
- Si ces intérimaires sont également à risque d'être stressés ?
- Laquelle de ces deux populations est la plus sujette au stress ?
- Quel type de stress rencontrent ces infirmières au quotidien ?
- Comment est-ce qu'elles le gèrent ?

Mon choix par rapport à ce sujet n'est pas simplement motivé par la curiosité, mais également par une volonté personnelle d'améliorer ma gestion du stress. En effet, je suis moi-même sensible au stress et j'ai de la difficulté à m'adapter à la courte durée de mes stages. De plus, j'ai déjà été confrontée à une équipe qui n'avait pas le temps de m'accueillir, de répondre à mes questions, de m'expliquer où trouver le matériel. J'ai éprouvé alors de la difficulté à me débrouiller seule dans un milieu que je ne connaissais pas. Je suis donc intéressée à mieux comprendre les mécanismes d'adaptation chez des professionnels qui eux ne passent pas quatre ou six semaines dans un service, mais parfois seulement quelques jours¹³ et qui sont censés être le plus opérationnels possible dans un service où ils n'ont peut-être encore jamais travaillé.

De plus, quand je serai diplômée, j'aurai, j'imagine, l'occasion d'encadrer des infirmières intérimaires. J'espère y être mieux préparée grâce à l'élaboration de ce MFE¹⁴.

Après la présentation ci-dessus de mes motivations personnelles, je vais à présent passer en revue mes motivations socioprofessionnelles.

3.2 Motivations socioprofessionnelles

En déterminant les sources de stress auxquelles sont confrontées les infirmières du service et les intérimaires et en comprenant comment ces populations s'y prennent pour gérer le stress auquel elles sont confrontées, j'espère pouvoir amener des éléments aidant aux nouveaux collaborateurs¹⁵ fraîchement arrivés dans un service, aux stagiaires qui comme moi ont de la peine à trouver leurs marques ou à du personnel intérimaire qui a moins d'expérience¹⁶.

Je peux faire un lien avec le référentiel de compétences en soins infirmiers¹⁷ et dire que mon travail de mémoire s'inscrit dans les compétences 2, 3, 5, 6, et 8.

me réfère aux chiffres mentionnés dans les sites suivants : CHUV. Emploi. [en ligne]. 2004. Adresse URL : http://www.chuv.ch/chuv_home/chuv_emploi.htm (consultée le 13 mars 2008) et RSV. Sion, Champsec. [en ligne]. 2006. Adresse URL : http://www.rsv-gnw.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=149&Itemid=148&lang=fr (consultée le 13 mars 2008)

¹³ En Valais, les remplacements peuvent être ponctuels de un ou plusieurs jours et aller jusqu'à plusieurs mois. Pour ce dernier type de remplacement, on parle de mission et elles sont de quatre mois au maximum avec la possibilité d'être renouvelées.

¹⁴ = Mémoire de Fin d'Etudes

¹⁵ Ce terme est à comprendre également au féminin.

¹⁶ Je dis cela par exemple pour les infirmières fraîchement diplômées qui débuteraient dans l'intérim.

¹⁷ Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers. In : *Dossier de l'étudiant(e)*, p.28

Compétence 2 : « Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soin. » Lorsqu'il y a un stress important dans un service, il est répercuté en premier lieu auprès des clients, par exemple sous la forme d'une diminution de la prise en charge relationnelle¹⁸ au profit de la sécurité. En amenant des moyens pour gérer ce stress, je veux contribuer à une amélioration de cette relation soignant-soigné.

Compétence 3 : « Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé. » Comme le disent Fischer & Goerg¹⁹, le stress a une influence sur la qualité de la relation avec le client. Les professionnels en sont sensibles. Ils aimeraient « bien faire », mais ont des contraintes de temps et de moyens qui occupent leur esprit. La majorité aimerait bien pouvoir passer plus de temps auprès du malade et être pleinement à l'écoute. Les soignants n'ont plus autant de temps qu'autrefois pour informer adéquatement les clients, faire des enseignements qui leur permettraient de promouvoir la santé et d'améliorer la gestion de leur santé par les clients. Ceci se répercute sur la santé des clients.

Compétence 5 : « Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires. » Ce travail de mémoire est une recherche en soins infirmiers et dans ce cas, le chercheur, c'est moi. Je vais certainement en apprendre beaucoup pour ma professionnalisation. Voici plus précisément mes objectifs d'apprentissage à travers ce MFE :

- Identifier et appliquer les différentes étapes méthodologiques nécessaires à l'élaboration d'un mémoire de fin d'étude.
- Entraîner la communication (verbale et écrite) et la collaboration avec les autres infirmières dans le but de récolter les informations nécessaires pour effectuer ma recherche et de m'habituer à parler à des inconnus en vue de ma soutenance.
- Porter un regard critique sur ces informations récoltées et solliciter l'avis des professionnels sur l'analyse que je ferai de ces informations.
- Faire une auto-évaluation de mon travail, celui-ci une fois terminé. La rédiger en étant honnête, critique et en prenant de la distance avec mon travail.
- Augmenter mes connaissances sur la gestion du stress afin d'être mieux armée pour y faire face après la fin de ma formation.

Compétence 6 : « Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire. » L'infirmière du service a également comme fonction d'encadrer l'infirmière intérimaire dans son travail. Elle ne peut pas toujours le faire correctement à cause de sa charge de travail. De plus, il arrive que l'accueil d'une intérimaire ne soit pas bien venu parce qu'elle ne soulage pas assez l'équipe, ou qu'on lui laisse faire ses preuves, ce qui est une forme de bizutage²⁰. Cela crée des souffrances du côté de l'intérimaire et également du côté de l'infirmière fixe.

Il existe un autre problème lié au stress d'avoir une intérimaire dans un service : l'encadrement et le suivi des stagiaires en pâtissent également. Si à ceci s'ajoute une augmentation du nombre de clients et un manque de personnel, « Dans ces conditions,

¹⁸ FISCHER, Werner, GOERG, Danielle. *Aperçu du paysage du stress dans les hôpitaux*, p.8

¹⁹ Ibid, p.53

²⁰ CHOPARD, Pierre, KLOPFSTEIN, Claude-Eric. Analyse d'incidents : Pourquoi? Comment ? [en ligne]. 2002
Adresse URL : www.swissmedic.ch/md/files/vig-kurs-4f.pps (consultée le 8 février 2007)

les hôpitaux fonctionnalisent ce personnel dans des rôles qui détournent le sens de ces stages de leurs objectifs pédagogiques. Et cela ne manque pas d'inquiéter fortement le personnel infirmier dans son ensemble parce que cette pratique renforce les risques d'abandonner la profession par les plus jeunes et de mettre en péril des conditions professionnelles, voire la survie même de la profession. »²¹ Je sais bien que, nous autres étudiants, nous devons nous adapter à la charge du service et ne pas vouloir faire passer en priorité nos objectifs lorsque le service est surchargé. Cependant la charge de travail des services est souvent très importante et nos stages sont courts. A force de mettre de côté nos questions et besoins, nous finissons par avoir de la peine à atteindre nos objectifs autant personnels, qu'exigés par le niveau d'étude.

Compétence 8 : « Participer aux démarches qualité du système socio-sanitaire. » Lorsque qu'il y a un stress important dans un service, il est répercuté en premier lieu auprès des clients, par exemple, sous la forme d'une baisse de la qualité des soins²². Cette baisse de la qualité des soins participe à augmenter l'insatisfaction au travail du personnel qui est une des causes d'absentéisme au travail et de l'abandon prématuré de la profession²³. Christophe Dejours nomme cela : « la contrainte de mal travailler ». A ce propos, il dit que le fait d'être contraint de mal faire son travail, de le bâcler ou de tricher devient une source majeure, extrêmement fréquente, de souffrance au travail²⁴. Cette baisse de qualité dans les soins me permet d'introduire le chapitre suivant : « motivations économiques ». En effet, les conséquences de cette baisse de qualité dans les soins peuvent coûter très cher (ex. infections nosocomiales, escarres, insatisfaction des clients, procès, refus de payer les soins, ...).

3.3 Motivations économiques

De nos jours, le terme « performance » nous revient fréquemment aux oreilles. Le Docteur Patrick Légeron nous propose un lien intéressant entre stress et performance. « Dans un premier temps, niveau de stress et performance croissent ensemble, puis, le stress continuant d'augmenter, la performance chute. »²⁵ Voici la représentation graphique de sa théorie :

²¹ FISCHER, Werner, GOERG, Danielle. *Aperçu du paysage du stress dans les hôpitaux*, op.cit., p.9

²² Ibid, p.8

²³ Vous trouverez les principaux motifs d'abandon de la profession dans l'annexe G.

²⁴ DEJOURS, Christophe. *Le travail rend de plus en plus malade*.

²⁵ LÉGERON, Patrick. *Le stress au travail : de la performance à la souffrance*, p. 1087

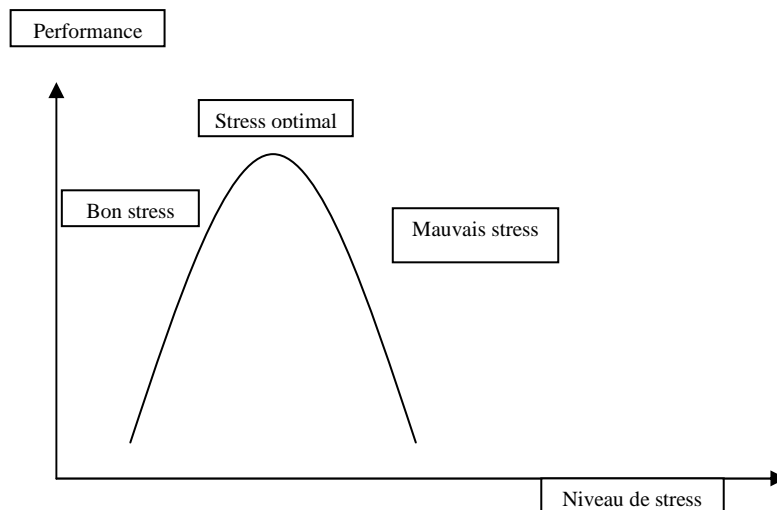


Figure 1 : Les relations entre stress et performance selon Patrick Légeron.

Cette courbe met en évidence, que le stress peut être bénéfique jusqu'à un point, mais que passé celui-ci, la performance diminue.

Le stress n'est pas anodin. Lorsqu'il est présent de manière répétée et que la personne y réagit de manière inadaptée²⁶, il peut être source de maladies²⁷ d'autant plus que les glucocorticoïdes sécrétés par les glandes surrénales en réponse au stress inhibent le système immunitaire²⁸, ce qui rend la personne plus sujette aux infections. Cela participe à l'augmentation des coûts de la santé²⁹ et du nombre de remplacements à effectuer. Ce qui, quelque part, amène à un cercle vicieux. Ces remplacements ne se font pas sans frais non plus. Par exemple, dans les hôpitaux français, le recours à l'intérim au niveau des soins infirmiers induit un surcoût horaire de 25% à qualification égale³⁰. Heureusement, il s'agit d'une petite proportion de la population infirmière qui est touchée par ce type de maladie. Les souffrances psychiques causées par le travail ne conduisent pas toujours à des pathologies. La plupart des gens se protègent par des efforts psychiques qui peuvent être individuels ou collectifs (l'équipe) qui peuvent parfois conduire à des addictions (alcool) ou à des pathologies après la retraite. La plupart de ces gens arrivent à tenir des décennies³¹.

Les soignants sont particulièrement à risques de développer un syndrome d'épuisement professionnel du soignant (SEPS) ou Burn out, ou voire même appelé actuellement trouble de l'adaptation. Un tel syndrome est cause de longs congés maladie, voire même

²⁶ SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda. Stress et adaptation. In : *Brunner-Suddarth : Soins infirmiers médecine et chirurgie : volume 2 fonction cardiovasculaire et hématologique*, p. 510-512

²⁷ Vous trouverez la liste des maladies provoquées par le stress dressée par Selye dans l'annexe H.

²⁸ SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda. Stress et adaptation. In : *Brunner-Suddarth : Soins infirmiers médecine et chirurgie : volume 2 fonction cardiovasculaire et hématologique*, op. cit., p. 509

²⁹ « A ce jour, les études menées pour estimer les coûts du stress à l'échelle nationale sont peu nombreuses. Celle de Levi et Lunde-Jensen (1996) a permis d'estimer la prévalence des stressseurs et leurs implications dans le domaine de la santé (*health outcome*). Ainsi, 9 à 12% des hommes et 9 à 11% des femmes seraient exposés au stress. Cette étude a porté sur deux pays, le Danemark et la Suède, où les détériorations de l'état de santé associées aux stressseurs professionnels représenteraient 16 à 19% de l'ensemble des atteintes à la santé, ainsi que 10% du total des dépenses de santé liées au travail. »

• RAMACIOTTI, Daniel, PERRIARD, Julien. Les coûts du stress en Suisse. [en ligne]. 2000

Adresse URL : http://www.geneve.ch/ocirt/sante_securite_travail/theme_prevention/doc/couts_stress_Suisse.pdf (consultée le 27 janvier 2008), p.21

³⁰ CHARLES, Eric. Profil des infirmières intérimaires, p. 8

³¹ ESTRYN-BEHAR, Madeleine. Stress est souffrance des soignants à l'hôpital : reconnaissances, analyse et prévention, p. 6-7

d'arrêt de la profession. Il n'est pas à prendre à la légère et peut être une des conséquences à long terme « [d']un stress au travail généré par des exigences trop grandes en termes d'énergie et de ressources. »³² Selon l'échelle de Maslach et Jackson, de nombreuses fois utilisées dans le monde occidental, le syndrome d'épuisement des soignants toucherait 20 à 40%³³ des soignants dont des cadres infirmiers.

Suzanne Smeltzer et Brenda Bare mentionnent également dans les « indices de stress » la « prédisposition aux accidents »³⁴. Les infirmières ont un risque d'infection dû surtout à des agents viraux, bactériens et parasitaires, dans le cadre des soins, de l'élimination des déchets, du nettoyage/lessive, ...³⁵. Elles ont également des risques locomoteurs lors de la manutention des patients en voulant aller plus vite sans respecter des règles de sécurité³⁶. Ces accidents peuvent avoir de graves conséquences sur la santé des soignants, des conséquences qui coûtent à nouveau cher³⁷ et qui, dans de nombreux cas, pourraient être évitées.

Il peut également arriver des incidents comme des erreurs dans le dosage des médicaments. Les infirmières intérimaires sont à risques étant donné qu'elles ne connaissent pas forcément les médicaments qui sont distribués dans le service où elles sont appelées, elles ne voient peut-être pas l'ambiguïté dans la prescription médicale, elles n'auront peut-être pas le contrôle d'une autre infirmière à cause d'un problème relationnel, ...³⁸ Cela peut avoir des conséquences désastreuses sur le patient, conséquences qui pourraient encore être évitées.

Par ces exemples, mon intention n'est pas d'aborder les difficultés politiques relatives à la santé, mais uniquement le côté financier des dépenses entraînées par certaines erreurs ou accidents qui sont évitables. Ces questions politiques représentent un chapitre complexe en pleine évolution, du fait de la jeunesse du RSV. Elles pourraient être le sujet d'une autre étude, mon travail de mémoire étant limité dans le temps (2 ans à temps partiel).

³² DUQUETTE, André [et al.]. Santé des soignants : gestion du stress en soins infirmiers : une approche novatrice, p.49

³³ CANOÛI, Pierre, MAURANGES, Aline. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ; De l'analyse du burn out aux réponses*, p.92

³⁴ SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda. Stress et adaptation. In : *Brunner-Suddarth : Soins infirmiers médecine et chirurgie : volume 2 fonction cardiovasculaire et hématologique*, op.cit., p. 512

³⁵ COLOMBO, Carlo, BISCHOFBERGER, Iren. *Standard de sécurité pour le personnel de santé dans le domaine des maladies infectieuses transmissibles par voie sanguine et en particulier de l'infection VIH*

³⁶ LANGLET, Michèle. *Ergonomie et soins infirmiers : la santé des soignants*

³⁷ Selon les estimations de Ramaciotti, D. & Perriard, J., sur la base des chiffres de 1999 de la SUVA, le montant des coûts financiers des accidents du travail en Suisse s'élèvent à environ 3.2 milliards par an. A ce chiffre, on peut ajouter 4.6 milliards (coût financier du stress estimé en Suisse par an) ce qui donne un total de 7.8 milliards par an de coûts financiers attribuables aux effets négatifs des situations de travail sur la santé en Suisse.

- RAMACIOTTI, Daniel, PERRIARD, Julien. Les coûts du stress en Suisse. [en ligne]. 2000
Adresse URL : http://www.geneve.ch/ocirt/sante_securite_travail/theme_prevention/doc/couts_stress_Suisse.pdf
(consultée le 27 janvier 2008) (p.109)

³⁸ CHOPARD, Pierre, KLOPFSTEIN, Claude-Eric. Analyse d'incidents : Pourquoi? Comment ? [en ligne]. 2002
Adresse URL : www.swissmedic.ch/md/files/vig-kurs-4f.pps (consultée le 8 février 2007)

4 Problématique

Lorsque, dans un service une infirmière intérimaire est engagée, cela crée un stress supplémentaire du côté des infirmières du service et du côté de l'intérimaire. Il faut bien qu'elles gèrent ce stress d'une manière ou d'une autre pour réussir à faire leur travail le mieux possible par rapport à leur idéal, à leur cahier des charges, aux normes de qualité, aux attentes de leurs supérieurs hiérarchiques et des clients.

Cela fait un peu plus d'une vingtaine d'années que les agences d'intérimaires dans le domaine médical existent en Suisse³⁹. Avant, on s'arrangeait avec le personnel en place ou on utilisait du personnel à la retraite qui se tenait à la disposition du lieu de soins. Ces agences sont venues s'implanter un peu plus tard en Valais⁴⁰. Le problème avec l'engagement de ces intérimaires est qu'elles ne connaissent pas forcément bien le système et l'organisation en place dans le lieu de soins, comme, par exemple, l'utilisation du dossier informatisé Phoenix. Le but, en faisant appel à une infirmière intérimaire, est de ne pas surcharger l'équipe. De plus, les heures supplémentaires et le travail sur appel au sein de l'équipe posent également leurs problèmes, comme je l'ai déjà mentionné plus haut, dont, entre autre, la difficulté de compenser ces heures supplémentaires. Lorsque leur compensation tarde à venir, cela aboutit à des plaintes⁴¹. Devant cette problématique, il n'existe pas de solution miracle, il s'agit de faire au mieux avec ce que l'on a.

Pour en revenir au stress, je vous en propose à présent un rapide historique qui montre que ce sujet ne date pas d'hier. On retrouve bien avant Jésus-Christ des notions en lien avec le concept de stress, bien avant même qu'il porte son nom actuel. En effet, Héraclite ou Hippocrate avaient déjà constaté qu'il existait un équilibre instable, une harmonie, qui était nécessaire à la survie des organismes, à la santé. Plus tard, viendra une composante émotionnelle avec Aristote puis saint Thomas d'Aquin. Ce concept continuera d'évoluer au fil des siècles et gagnera une composante cognitive avec Cannon en 1928. « [II] a été le premier [, en 1936,] à décrire la réaction de lutte ou de fuite qui prépare l'individu à s'adapter à un danger immédiat. »⁴² « [Ensuite] pour Selye (1976), qu'on appelle parfois le "père du stress", il s'agit des réactions normales de l'organisme à une situation nouvelle, de quelque origine qu'elle soit, agréable ou désagréable, qui nécessite une adaptation. Selye a démontré que le stress est une réaction non spécifique, c'est-à-dire que la réaction physiologique de l'organisme est toujours la même quel que soit le stimulus qui le génère. Par la suite, d'autres chercheurs ont prouvé que l'organisme réagit différemment aux diverses menaces ; les réactions sont plus vraisemblablement déterminées par la nature et par l'intensité des émotions que par la menace en question (Mason, 1975). »⁴³ Viennent ensuite d'autres travaux, ainsi que la théorie transactionnelle du stress de Lazarus et Folkman (1984). « D'après ces auteurs, le stress psychologique est une "relation particulière qui s'établit entre l'individu et son milieu, relation qu'il considère comme trop contraignante,

³⁹ Par exemple, le Pool du CHUV a été créé en 1988 à la suite d'une étude menée par l'ASI. L'agence Kelly Médical existe depuis vingt ans.

⁴⁰ L'agence Adeco de Sion dans le domaine médical a ouvert en 2000. A l'hôpital de Sion, cela fait surtout six ans qu'ils utilisent des intérimaires.

⁴¹ FISCHER, Werner, GOERG, Danielle. Aperçu du paysage du stress dans les hôpitaux, op.cit., p.9

⁴² SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda. Stress et adaptation. In : *Brunner-Suddarth : Soins infirmiers médecine et chirurgie : volume 2 fonction cardiovasculaire et hématologique*, op.cit., p. 503

⁴³ Ibid, p. 503

oppressive ou menaçante pour son bien être”. »⁴⁴ Suzanne Smeltzer et Brenda Bare nous propose une définition qui fait la synthèse des différentes théories antérieures : « Le stress est un état produit par un changement du milieu ambiant. Ce changement, qui peut perturber l'équilibre dynamique de l'organisme, peut être pris pour un défi, pour une menace ou pour un danger. L'adaptation aux contraintes imposées par la nouvelle situation entraîne un déséquilibre réel ou perçu comme tel. Le stimulus qui déclenche ce changement porte le nom *d'agent d'agression* ou de *stress*. [...] Chaque personne évalue l'importance du changement qui intervient dans sa vie et s'y adapte selon ses capacités. L'objectif souhaitable est l'adaptation au changement de façon à rétablir l'équilibre et à regagner suffisamment d'énergie pour être capable de faire face aux nouvelles exigences venant de l'extérieur. »⁴⁵ Cette forme d'adaptation porte le nom de coping, qui sera décrit plus loin dans mon cadre de référence, ainsi que d'autres concepts tels que : stressors, stress perçu, soutien perçu, contrôle perçu, stratégie d'adaptation, ajustement, ...

A partir d'une recherche⁴⁶ effectuée en Suisse, en 2001, qui présente un « Aperçu du paysage de stress dans les hôpitaux », je me dirige spécifiquement vers le stress provoqué par l'arrivée d'une infirmière intérimaire dans un service. Je m'intéresse aux facteurs de stress et à la manière d'y faire face du point de vue des infirmières du service et de celui des intérimaires. Mon travail traite uniquement du stress et des moyens d'y faire face et non du burn out ou syndrome d'épuisement professionnel. De plus, comme déjà mentionné, il ne contient pas d'éléments concernant la santé des soignants.

Voici les objectifs de ce mémoire de fin d'études (but) :

- Identifier les facteurs de stress et la manière d'y faire face (coping) chez les infirmières des services de chirurgie et médecine du RSV et les infirmières intérimaires lorsqu'un remplacement est effectué dans ces endroits.
- Comparer, dans ces deux populations d'infirmières, l'influence de leur niveau de formation, de leur âge, de leur ancienneté, de leur pourcentage de travail et de la présence d'un soutien suffisant ou non (variables indépendantes) sur la perception de ce stress et sa gestion (variables dépendantes).
- Evaluer si les infirmières fixes d'un service sont plus stressées ou non lors d'un remplacement effectué par une infirmière intérimaire, par rapport à leur pratique habituelle (quand il n'y a pas d'intérimaire) et expliquer ce qui change dans le stress perçu de la pratique quotidienne quand il y a une intérimaire dans le service.
- Déterminer laquelle de ces deux populations se dit la plus sensible au stress.
- Expliquer les liens qu'il y a entre les différentes variables présentées quelques lignes plus haut dans mon deuxième objectif.
- Proposer, si possible, des moyens pour améliorer la gestion du stress perçu lors d'un remplacement effectué par une intérimaire.

J'émet les hypothèses suivantes :

- Les infirmières fixes dans un service sont plus à risque d'être stressées que les infirmières intérimaires présentes dans ce service.

⁴⁴ SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda. Stress et adaptation. In : *Brunner-Suddarth : Soins infirmiers médecine et chirurgie : volume 2 fonction cardiovasculaire et hématologique*, op.cit., p. 504

⁴⁵ Ibid, p. 504

⁴⁶ FISCHER, Werner, GOERG, Danielle. *Aperçu du paysage du stress dans les hôpitaux*. op.cit.

- Chacune de ces infirmières a des moyens pour gérer ce stress.

Mon travail s'inscrit dans un paradigme positiviste⁴⁷ où ma démarche est hypothético-déductive⁴⁸. Je peux à présent aborder ma question de recherche qui se présente en plusieurs parties :

- « Lorsque des infirmières intérimaires effectuent un remplacement dans un service, lesquelles sont les plus stressées dans leur travail : les infirmières établies dans le service ou les intérimaires ? »
- Quel type de stress rencontrent ces deux populations et comment le gèrent-elles ? »

5 Cadre de référence

Comme vous avez pu le constater, il ressort de ma problématique deux concepts principaux qui sont le stress et le coping. Je vais, à présent, exposer, dans les pages qui suivent, des aspects théoriques concernant ces deux concepts. Ceux-ci sont issus du modèle de la psychologie de la santé selon Marilou Bruchon-Schweitzer. Voici la définition qu'elle en fait : « La psychologie de la santé essaye de décrire, de comprendre et d'expliquer les différences inter-individuelles en matière de santé, de bien-être, de qualité de vie, mais aussi de maladie (initiation et évolution). Elle s'intéresse à tous les facteurs psychosociaux (environnementaux, dispositionnels ou transactionnels) pouvant protéger ou au contraire fragiliser les individus et étudie, en collaboration avec d'autres disciplines scientifiques les « chemins » qui mènent à la santé et la maladie. »⁴⁹

Le stress et le coping, concepts qui m'intéressent, sont inscrits dans l'approche transactionnelle de la psychologie de la santé. Pour les définir, je me base principalement sur les théories de Lazarus et Folkman, en les agrémentant de données tirées d'autres auteurs. Il existe, en effet, de nombreux écrits relatifs au stress et au coping. « [Ceux-ci] sont le résultat de travaux tant théoriques qu'empiriques provenant de nombreuses disciplines intéressées aux déterminants de la santé, notamment la psychologie, la sociologie, la médecine psychiatrique et plus récemment les sciences infirmières, et se situent, dans cette perspective, à la jonction des savoirs. [...] Ce paradigme, développé à partir d'efforts multidisciplinaires principalement dans le champ des sciences sociales, est pertinent au développement théorique, à la recherche et à la pratique en sciences infirmières. »⁵⁰ « Dans cette perspective, le modèle théorique du stress et du coping de Lazarus [...], en psychologie sociale, est probablement le plus connu actuellement et le plus utilisé comme cadre théorique dans les recherches empiriques. »⁵¹ Il existe des modèles en soins infirmiers qui reprennent des éléments relatifs au stress et au coping, comme par exemple le modèle de l'adaptation selon Sœur Callista Roy, mais « les propositions énoncées dans ces modèles sont générales et n'ont pas été élaborées dans le but d'être vérifiées empiriquement au même titre que des théories. [...] C'est dans cette perspective que la discipline infirmière a eu recours, pour le développement des connaissances, à certaines théories empruntées de disciplines

⁴⁷ Qui recherche à expliquer des phénomènes.

⁴⁸ Elle repose au départ sur une théorie. Le chercheur va émettre une hypothèse qu'il va chercher à vérifier ou infirmer par son observation ou son expérimentation.

⁴⁹ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, stress, coping : concepts et modèles en psychologie de la santé, p.4

⁵⁰ DUCHARME, Francine. Le paradigme stress-coping, une contribution complémentaire des sciences sociales et des sciences infirmières au développement des connaissances, p.65

⁵¹ Ibid, p.66

connexes qui ont de plus longues traditions de recherche, notamment les sciences sociales et la psychologie. »⁵² Ces modèles en soins infirmiers ont été élaborés dans le but d'avoir une démarche systématique auprès du client en vue de sa prise en charge. Dans mon cas, je m'intéresse aux conditions de travail des infirmières et à ce qu'elles mettent en place pour pouvoir les tolérer sans qu'il y ait des atteintes à leur santé physique ou mentale ou des répercussions sur la prise en charge des patients, sans m'arrêter aux modèles de soins qu'elles utilisent. La théorie transactionnelle du stress et du coping selon Lazarus et Folkman présente directement les éléments qui m'intéressent. C'est pourquoi, je préfère prendre dans mon cadre de référence une théorie qui n'est pas infirmière, mais qui a été largement utilisée par ces professionnelles, à la place d'une théorie de soins qui, elle, est infirmière, mais qui est moins adaptée à ma problématique.

Après avoir expliqué mon choix du modèle transactionnel, je vais maintenant le présenter dans les points qui suivent.

5.1 L'approche transactionnelle du stress et du coping

L'approche transactionnelle « [...] élargit l'étude du stress au-delà des seules dimensions biologique, psychologiques et sociales. Cette perspective conçoit l'individu comme un joueur "actif" dans l'interaction entre ces dimensions, par le biais de ses propres choix, émotions et comportements. »⁵³ « Les modèles transactionnels [...] veulent dépasser la simple notion de cause-effet et cherchent à repérer tous les facteurs pouvant expliquer la variabilité de la transaction stressante dans une optique interactionnelle. »⁵⁴

Afin de mieux présenter cette approche, je vais commencer par définir ce qu'est le stress dans le cadre de cette théorie transactionnelle, laquelle deviendra plus claire par la suite.

5.2 Le concept de stress

Bien que ce sujet ait été traité à de très nombreuses reprises dans la littérature, il n'en existe aucune définition universelle. Chaque domaine d'application (ex. physique, biologie, psychologie,...) en a sa propre définition, voire même plusieurs. Pour une question de compréhension au cours de mon travail, je me base sur la définition de Lazarus et Folkman, selon qui « le stress consisterait en une "transaction entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être". Cette définition décrit le stress comme un processus dynamique [(cf. Figure 1)] qui inclut les stressors et les réponses mises en œuvre par le sujet, mais elle y ajoute la relation entre la personne et son environnement. Ce processus implique des interactions (ou négociations) continues et des ajustements appelés transactions. Dans cette perspective, l'individu est ainsi considéré comme un agent actif qui peut influencer l'impact d'un

⁵² DUCHARME, Francine. Le paradigme stress-coping, une contribution complémentaire des sciences sociales et des sciences infirmières au développement des connaissances, op. cit., p.69

⁵³ GRAZIANI, Pierluigi, SWENDSEN, Joel. *Le stress, Emotions et stratégies d'adaptation*, p. 9

⁵⁴ Ibid, p. 45

stresseur par des stratégies cognitives, émotionnelles, comportementales (« coping ») et somatique. »⁵⁵

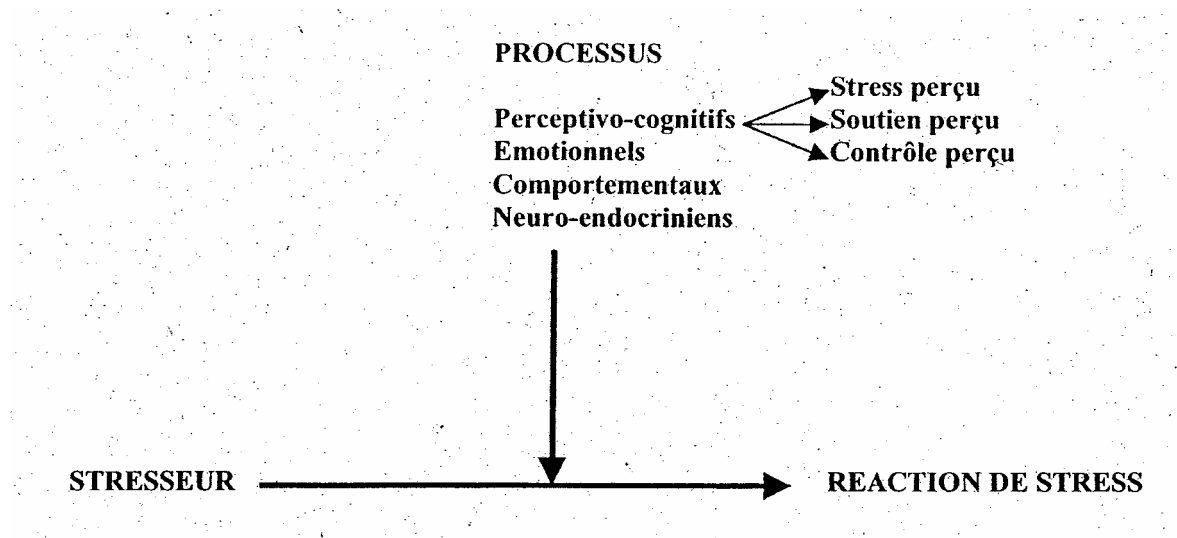


Figure 2 : Approche transactionnelle du stress⁵⁶

J'en profite pour définir le terme de stresseur, nommé également agent stressant ou agent stresseur. Il s'agit de stimuli qui précèdent ou causent un changement important dépendant de la perception ou l'expérience qu'en a une personne et qui amorcent une réaction de stress⁵⁷.

Dans mon travail, pour des raisons de faisabilité, je vais m'arrêter aux processus perceptivo-cognitifs et comportementaux. Les raisons de ce choix seront clarifiées par la suite. Afin de compléter les explications sur le coping centré sur l'émotion abordées plus loin, je ferais référence à des notions concernant l'émotion. Par contre je ne vais pas aborder du tout le chapitre sur le processus neuro-endocrinien⁵⁸ qui englobe la réaction physiologique au stress comme le décrit Selye dans son « Syndrome Général d'Adaptation »⁵⁹ puisque j'ai décidé de ne pas non plus intégrer dans ma recherche le domaine de la santé des infirmières.

Je tiens encore à amener quelques précisions quant aux confusions qu'il peut y avoir entre certains termes en lien avec l'intensité et la fréquence du stress. On entend par exemple parler d'événements de vie, de stressors chroniques qui peuvent devenir aigus et de tracas quotidiens. Voici donc quelques définitions pour mieux comprendre la différence entre ces différentes expressions.

«[...] [Selon Hahn et al. (1999)] **les tracas quotidiens** sont des stressors de faible intensité et peu fréquents si on les considère un par un (par exemple : être en retard à son travail à cause d'un embouteillage, avoir sa photocopieuse en panne, un virus dans son ordinateur, une dispute avec son conjoint à propos d'un achat, avoir un enfant malade, avoir égaré ses clés, etc.) Ceci ne veut pas dire qu'il ne peut pas y avoir plusieurs tracas quotidiens apparaissant dans une même journée. »⁶⁰ « Selon Lazarus

⁵⁵ QUINTARD, Bruno. Concepts, stress, coping : le concept de stress et ses méthodes d'évaluations, p.50

⁵⁶ Ibid, p.49

⁵⁷ POTTER, Patricia A., PERRY, Anne G. Stress et adaptation. In : *Soins infirmiers*, p.467

⁵⁸ Cf. Figure 2

⁵⁹ Cf. annexe B

⁶⁰ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*, p.145-146

(1984), les tracasseries quotidiennes sont des événements ou problèmes irritants, frustrants ou anxiogènes qui caractérisent les transactions journalières d'un individu avec son environnement. »⁶¹

« Un **stresseur chronique** est extrêmement fréquent (sinon permanent), mais d'intensité variable. »⁶² Selon Canouï et Mauranges « le stress le plus épuisant est le stress régulier, répétitif ou permanent. »⁶³

« Un **événement de vie** est souvent de très forte intensité mais il est ponctuel (faible fréquence). »⁶⁴ Dans les événements de vie, on peut par exemple citer le divorce, un deuil, un accident, une séparation, des changements dans les habitudes de vie, des hypothèques, des infractions à la loi, ...

Le schéma suivant représente ces différents éléments en fonction de leur fréquence et intensité :

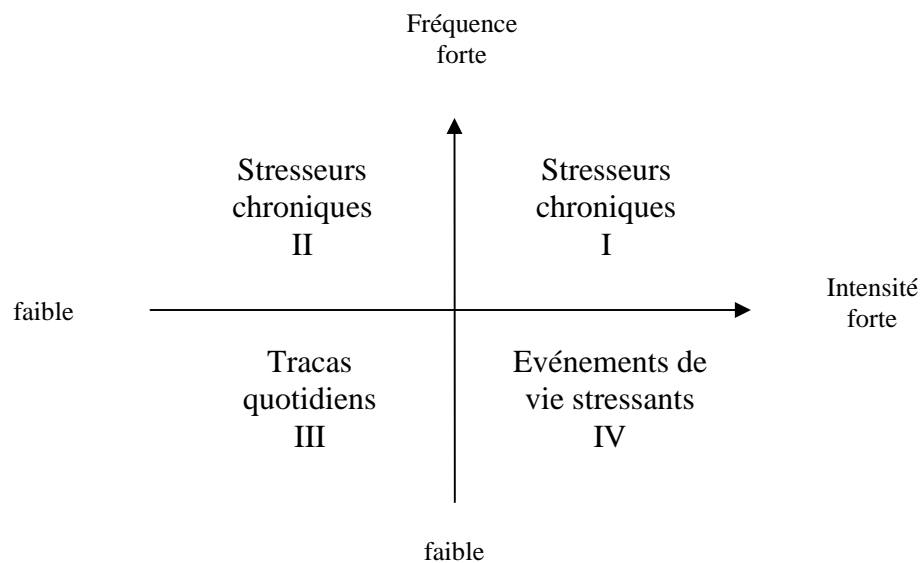


Figure 3 : La définition des tracasseries quotidiennes, des stressors chroniques et des événements de vie (d'après Pratt et Barling, 1988)⁶⁵

Dans ma recherche, je vais m'intéresser principalement aux stressors chroniques. Les tracasseries quotidiennes y sont peut-être abordées, selon l'évaluation⁶⁶ qu'en font les professionnels qui ont participé à ma recherche. Par contre les événements de vie sortent du cadre de cette recherche.

5.2.1 Les facteurs de stress organisationnels

Ci-dessus, je parle du stress en général, mais il convient d'encore mieux cibler le type de stress qui m'intéresse : le stress au travail. Il garde la même définition que pour le stress en général, mis à part qu'il est glissé dans son contexte, à savoir qu'« il résulte de

⁶¹ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*, p.146

⁶² Ibid, p.146

⁶³ CANOÛI, Pierre, MAURANGES, Aline. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ; De l'analyse du burn out aux réponses*, p.73

⁶⁴ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*, op.cit., p.146

⁶⁵ Ibid, p.146

⁶⁶ Cf. point 5.2.2

l'interaction entre l'individu et son environnement de travail. Mc Grath soutient qu'il survient lorsque l'individu se sent incapable de répondre à une demande de son environnement de travail, surtout lorsqu'il perçoit les conséquences de son incapacité comme étant potentiellement graves. Beehr et Newmann définissent les facteurs de stress organisationnels comme des situations contraignantes du milieu de travail qui ont pour effet de modifier l'état mental ou physique à un point tel que le travailleur est forcé de changer son fonctionnement normal.»⁶⁷ Dans le milieu des soins infirmiers, on peut classer ces facteurs de stress organisationnel dans trois catégories⁶⁸ :

- **L'environnement physique** qui comprend : charge de travail, heures supplémentaires à effectuer, tâches autres que celles du poste à accomplir, tenue à jour des dossiers patients, délais à respecter, changement organisationnel et technologique, techniques de soins inadéquates, soins techniques non habituels, panne ou dysfonction d'appareils, introduction de nouveaux protocoles des soins, avoir un(e) étudiant(e) à encadrer, manque de temps, de locaux, de personnel, de matériel, manque d'effectifs, devoir faire le travail de quelqu'un d'autre, changement fréquent du personnel (perte de la transmission du savoir-faire), interruptions fréquentes lors de l'exécution d'une tâche, changement fréquent de tâches, climat d'urgence/nécessité de devoir répondre (toujours) dans l'immédiat, imprévus, mauvaises conditions de travail, situations professionnelles dépersonnalisantes, risque de contamination (par projection, coupure, piqûre ou autres ...), changer d'emploi, subir une mutation, peur de l'inconnu, importance des enjeux d'une situation difficile, ...
- **L'environnement psychologique** qui comprend : observation de la mort et de la souffrance des personnes soignées, de la décrépitude des corps, de la morbidité, dépendance, altération de l'image de soi, inconfort dû aux effets secondaires des traitements, incertitude envers le traitement, appréhension d'une éventuelle décompensation des patients, problèmes financiers, professionnels, préparation personnelle insuffisante à un poste de travail, manque de confiance en soi, manque d'appui des collègues, impression de déranger lors de demandes d'aide, peur de faire des fautes, peur de ne pas être à la hauteur des exigences du service, écart entre ses idéaux et la réalité du terrain, sentiment d'impuissance, incontrôlabilité réelle ou perçue d'une situation difficile, incompétence d'un ou de plusieurs collègue(s), demandes des patients et des familles, peur de leur dire des choses qu'il ne faudrait pas dire, de ne pas savoir répondre à leurs questions, souffrance des familles absentes ou omniprésentes, sentiments intenses exprimés par le patient, manque de politesse chez les patients ou leur famille (ex. non utilisation de « merci », « s'il vous plaît », « bonjour », regarder la télévision pendant qu'on leur parle, utilisation intempestive du natel pendant les soins, injures, impression d'être pris pour un esclave, ...), enjeux de taille, excès ou absence de responsabilités, importantes

⁶⁷ DUQUETTE, André [et al.]. Santé des soignants : gestion du stress en soins infirmiers : une approche novatrice, p.50

⁶⁸ Les exemples qui vont suivre sont issus de nombreuses sources autant personnelles ou issues des entretiens que j'ai effectués pendant ma phase exploratoire auprès d'infirmières, que de sources bibliographiques : DUQUETTE, André [et al.]. Santé des soignants : gestion du stress en soins infirmiers : une approche novatrice ; FISCHER, Werner, GOERG, Danielle. *Aperçu du paysage du stress dans les hôpitaux* ; DUQUETTE, André, DELMAS, Philippe. Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières ? (1+2) ; JASSERON, C. [et al.]. Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle : analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESST/NEXT ; PRONOST, Anne-Marie, DELMAS, Philippe. Santé au travail des infirmières, le concept de stress coping.

considérations éthiques et déontologiques, perception ambiguë du rôle professionnel, ...

- **L'environnement social** qui comprend : conflits, problèmes avec les collègues, les médecins, les assistants ou les cadres, amplification du stress dans les rapports d'interaction entre médecins et infirmières, décalage entre les intérêts des médecins et ceux des infirmières par rapport au bien-être du patient ; retards, attentes et demandes pressantes des médecins ; ordres médicaux pas clairs ou donnés par oral sans êtres écrits dans le dossier, inversion hiérarchique (ex. encadrement des assistants par des infirmières), discrimination, manque de considération et de reconnaissance, soutien inadéquat de la hiérarchie, le fait de ne pas être écouté, non-reconnaissance du travail accompli, harcèlement moral...

Je viens de présenter les facteurs de stress potentiellement rencontrés par l'infirmière dans son travail. Comme ceux qui m'intéressent sont ceux qui stressent particulièrement les infirmières lors d'un remplacement effectués par une intérimaire, j'ai interrogé des infirmières⁶⁹ durant ma phase exploratoire, afin de sélectionner les plus fréquents, que j'ai soumis à évaluation dans mes questionnaires de recherche⁷⁰.

5.2.2 L'évaluation

Je viens de parler des facteurs de stress organisationnel. Mais pour que ces facteurs de stress soient perçus comme stressants, il faut que la personne les subissant les évalue comme tels. Un stimulus n'est pas forcément perçu comme un agent stressant, il n'y a pas d'a priori à ce sujet. Pour que ce stimulus soit considéré comme un stresser, il faut qu'il ait été évalué comme tel par la personne. Cette évaluation entre la personne et l'environnement est justement l'aspect fondamental du processus perceptivo-cognitif⁷¹. Le stress ne peut pas être restreint à l'individu ou à l'environnement, mais il dépend de la qualité de la transaction entre ces deux éléments. L'évaluation cognitive de la transaction stressante se fait en deux étapes : l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire.

5.2.2.1 Évaluation primaire (= Stress perçu)

« “L'évaluation primaire sert à la personne pour déterminer si l'événement est important ou pas, s'il nuit ou augmente l'estime de soi-même, si sa propre santé et son propre bien-être et celui d'un proche sont en danger⁷². Les caractéristiques de personnalité comme les valeurs, les buts personnels et les engagements, les croyances sur soi-même et le monde aident à définir les enjeux qui sont importants pour le bien-être dans les transactions stressantes entre sujet et environnement” (Folkman et al., 1986) »⁷³ « L'individu se demande quelle est la nature et le sens de la situation et quel

⁶⁹ Qui n'ont pas participé à la suite de l'étude parce qu'issues d'autres lieux de soins, d'autres services ou actuellement en congé.

⁷⁰ cf. annexe 4, question 3

⁷¹ cf. Figure 2

⁷² Dans mon questionnaire de recherche (cf. annexe D), la question 3 prospecte l'évaluation primaire que font les infirmières par rapport à un certain nombre de stressers rencontrés dans leur travail.

⁷³ GRAZIANI, Pierluigi, SWENDSEN, Joel. *Le stress Emotions et stratégies d'adaptation*, op.cit., p.53

impact elle peut avoir sur lui. »⁷⁴ L'évènement peut être perçu comme positif ou sans importance et là, il n'y aura pas de suite, ou bien il peut être perçu comme une perte, un dommage, un danger, une menace, un défi... Ces perceptions ne s'excluent pas mutuellement, elles peuvent être cumulées par une personne.

Potter et Perry nous mentionnent quelques facteurs susceptibles d'influencer cette évaluation : l'intensité de l'agent stressant, son étendue, sa durée, sa prévisibilité ou le nombre des autres agents stressants⁷⁵.

Quand le stress est évalué positivement par la personne, on parle d'eustress. Si au contraire, il est perçu négativement, il s'agira alors de distress.

Enfin, lorsque la situation n'est pas perçue comme positive ou sans importance, la personne procèdera à une évaluation secondaire.

5.2.2.2 Evaluation secondaire (= Contrôle perçu et soutien social perçu)

« Une fois que la nature de la menace a été évaluée, l'évaluation de l'individu converge sur les ressources[, autant personnelles que sociales,] pour y faire face. Cette estimation est appelée "évaluation secondaire". »⁷⁶ « Le sujet se demande [...] de quelles réponses il dispose, et quelle sera l'efficacité de ses tentatives. »⁷⁷ Dans cette étape, il évalue le **contrôle** qu'il peut avoir sur la situation et les formes de coping qu'il mettra en place. Je tiens à préciser que le contrôle perçu « [...] est *relativement spécifique* (il est fonction d'une situation particulière) et *transitoire* (c'est un état momentané) [...] ». »⁷⁸

Lorsque l'on parle de soutien social, il est possible de faire la distinction entre soutien social reçu et soutien social perçu. Le **soutien social reçu** se définit comme suit : « Il s'agit de l'*aide effective apportée à un individu par son entourage* (Winnubst *et al.*, 1988). On le considère comme l'aspect *fonctionnel* du soutien, car il correspond au type de transaction adopté pour aider autrui. »⁷⁹ A titre indicatif, voici quelques fonctions de ce soutien :

- **le soutien émotionnel** : il s'agit de dire à quelqu'un ce que l'on ressent de positif à son égard dans le but de le rassurer, de le protéger ou le reconforter lorsque cette personne vit des moments difficiles (ex. décès, rupture, licenciement, ...)
- **le soutien d'estime** : il s'agit d'encourager la personne, de la rassurer par rapport à sa valeur, ses capacités et ses compétences pour qu'elle reprenne confiance en elle.
- **le soutien informatif** : il s'agit de l'apport de connaissances, de conseils, de suggestions, de propositions que l'on peut faire à quelqu'un par rapport à un problème qu'il aurait.
- **le soutien matériel** : il s'agit de prêter ou donner à quelqu'un de l'argent ou des biens matériels, ou de lui rendre service dans des instants difficiles.

⁷⁴ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, stress, coping : Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, p.71

⁷⁵ POTTER, Patricia A., PERRY, Anne G. Stress et adaptation. In : *Soins infirmiers*, op.cit., p.468

⁷⁶ GRAZIANI, Pierluigi, SWENDSEN, Joel. *Le stress Emotions et stratégies d'adaptation*, op.cit., p.55

⁷⁷ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, stress, coping : Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, op.cit., p.71

⁷⁸ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes, op.cit., p.311

⁷⁹ Ibid, p.330

- **le soutien intégratif** : il s'agit, par exemple, d'aller parler avec quelqu'un d'un sujet qui l'intéresse ou alors d'aller faire avec lui une activité qui lui permet de se distraire de ses soucis.

« **Le soutien social perçu** peut être défini comme “*l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits*” [...]. Cette notion est différente de celle de réseau social et de soutien social reçu car elle ne désigne pas une caractéristique objective des relations telle que perçue par l'intéressé. C'est une notion complexe qui peut se subdiviser en composantes plus petites comme, par exemple, la disponibilité et la satisfaction. »⁸⁰

- **La disponibilité** : il s'agit de la perception que certaines personnes de l'entourage peuvent apporter de l'aide en cas de besoin (ex. avis, information, écoute, réconfort, aide matérielle, etc.)
- **La satisfaction** : il s'agit de la perception qu'a une personne de la qualité de son soutien social, de ses relations interpersonnelles. C'est une ressource psychologique pour elle. Pour que le soutien social soit perçu comme satisfaisant, il faut qu'il soit suffisamment proche pour apporter de la compréhension, de l'empathie et des confidences dans les périodes les plus difficiles. Il faut également qu'il soit évalué par la personne qui le reçoit comme adapté à ses besoins et ses attentes.

J'ai mis ces données dans mon cadre de référence surtout à titre indicatif. L'évaluation secondaire constitue un vaste chapitre, très intéressant, que j'ai dû quelque peu laisser de côté pour que mon travail de recherche soit réalisable du point de vue de la quantité de matière à analyser. J'y ai tout de même inséré 2 questions, qui sont très générales, concernant le contrôle et le soutien perçu. Il s'agit des questions quatre et sept de mon enquête⁸¹. De cette manière, j'ai quand même un très rapide aperçu des perceptions des soignants face au stress vécu dans leur travail. Par contre, je n'aborde pas le soutien reçu, puisque, ne m'adressant qu'aux soignants, je ne peux pas avoir une vision objective de ce soutien. Pour ce faire, il faudrait également interroger les personnes concernées et cela dépasse largement le cadre de ce travail de mémoire de fin d'étude.

5.2.3 Remarques générales sur l'évaluation

« Les caractéristiques de l'individu et les facteurs contextuels qui entourent l'événement influencent l'ensemble des processus d'évaluation. »⁸² C'est pourquoi cette évaluation est hautement subjective, d'autant plus que « [...] la manière de percevoir les événements est plus importante que leur gravité objective [...] »⁸³ Une fois cette suite d'évaluations faites, la personne pourra mettre en place les mesures nécessaires pour faire face à la situation stressante. C'est ce que l'on appelle le coping. Comme cette évaluation est subjective, il en ressort que « [...] deux individus qui possèdent des

⁸⁰ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes, op.cit., p.333-334

⁸¹ Cf. annexe D

⁸² GRAZIANI, Pierluigi, SWENDSEN, Joel. *Le stress Emotions et stratégies d'adaptation*, op.cit., p.51

⁸³ PIQUEMAL-VIEU, Laurencine. *Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier*, p.90

capacités de coping similaires peuvent réagir de manière complètement différente aux mêmes situations menaçantes. »⁸⁴

Les évaluations, primaire et secondaire, se font rapidement et elles provoquent des émotions (présentées un peu plus bas) et des sensations qui ont, à leur tour, un effet sur l'évaluation, tant que la personne continue à percevoir la situation comme stressante. Il se produit donc des analyses successives. La personne peut ne pas procéder à une seule évaluation linéaire (évaluation primaire, puis secondaire) mais à des réévaluations de la situation.

Voilà, après avoir perçu la situation stressante et en avoir fait une évaluation primaire et secondaire, la personne va mettre en place des actions ou des attitudes pour faire face à cette situation stressante. C'est ce que l'on appelle le coping.

5.3 Le concept de coping

L'approche transactionnelle du coping se distingue des mécanismes de défenses et de l'adaptation (qui est un concept extrêmement large, incluant toute la psychologie, voire même la biologie). « Selon [cette approche transactionnelle du coping], il n'y a pas de stratégie efficace ou inefficace en soi, indépendamment des caractéristiques de la situation à affronter. »⁸⁵ « Ainsi on ne peut considérer *a priori* une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres. »⁸⁶ « Une stratégie de coping est efficace (ou fonctionnelle) *si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante et/ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique*. Ceci implique que l'individu arrive à contrôler ou résoudre le problème, mais aussi qu'il parvienne à réguler ses émotions négatives et notamment sa détresse (Lazarus et Folkman, 1984a, p.188). »⁸⁷

J'en arrive donc à l'autre concept principal que touche mon MFE : le coping ou stratégie d'ajustement. Il « [...] désigne l'ensemble des processus [(cognitifs et comportementaux)] qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer, ou diminuer, l'impact de celui-ci sur son bien-être psychologique et physique, de sorte que la représentation du stress se modifie. Le coping implique donc deux éléments, d'une part l'existence d'un problème réel ou imaginé, d'autre part la mise en place de réponses pour y faire face. »⁸⁸ Le coping a donc un rôle modérateur dans la gestion du stress.

« Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). »⁸⁹ Ce coping pourrait être confondu avec un mécanisme de défense, qui, contrairement au coping, « [...] est rigide, inconscient, indifférencié, irrésistible, lié à des conflits intra-psychiques et à des événements de vie

⁸⁴ GRAZIANI, Pierluigi, SWENDSEN, Joel. *Le stress Emotions et stratégies d'adaptation*, op.cit., p.56

⁸⁵ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, stress, coping : Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, op.cit., p.70

⁸⁶ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes, op.cit., p.356

⁸⁷ Ibid, p.378

⁸⁸ PIQUEMAL-VIEU, Laurencine. Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier, op.cit., p.88

⁸⁹ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, stress, coping : Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, op.cit., p.70

anciens, il distord généralement la réalité. Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable. »⁹⁰

Rahe et Arthur présentent les concepts de « perception du stress », « mécanisme de défense » et « efforts conscients (coping) » sous la forme de trois filtres qui permettent « [...] de détourner, d'améliorer ou d'intensifier l'événement stressant et donc d'amplifier ou de diminuer la réaction de stress »⁹¹, comme le montre la figure ci-dessous :

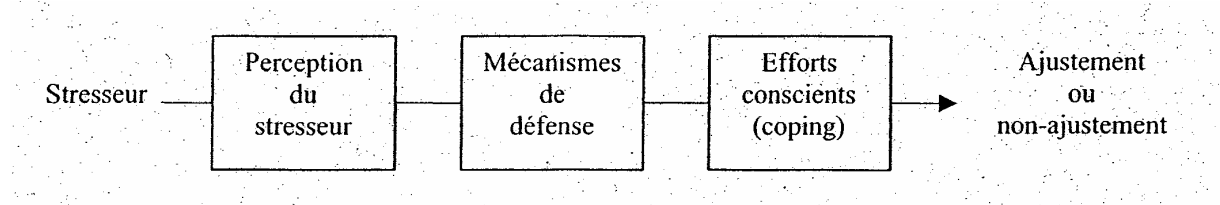


Figure 4 : Les trois filtres médiatisant la relation stressor-ajustement. (D'après Rahe et Arthur, 1978)⁹²

L'évaluation primaire et secondaire ainsi que le coping sont des variables dépendantes des caractéristiques personnelles et sociales des individus et des caractéristiques des situations rencontrées, qui sont, elles, des variables indépendantes.

5.3.1 Différentes stratégies de coping

Après cette introduction très théorique sur le coping, j'en viens à ce qui m'intéresse dans le cadre de mon MFE : les stratégies de coping ou plus simplement dit, ce que mettent en place les personnes, dans mon cas les infirmières, pour faire face à une situation qu'elles auront estimée stressante. De manière très générale, Lazarus et ses collègues distinguent deux fonctions principales au coping : « il peut permettre de *modifier le problème* qui est à l'origine du stress [et/ou] il peut permettre de *réguler les réponses émotionnelles* associées à ce problème et donc de se modifier soi-même [...]. »⁹³ Voici, ci-dessous, ces deux catégories de coping : le coping centré sur le problème et celui centré sur l'émotion. Je présente également une autre stratégie d'ajustement, qui est la recherche de soutien social. Elle apparaît parfois comme troisième stratégie d'adaptation générale.

5.3.1.1 Le coping centré sur le problème

On l'appelle également stratégie de vigilance, stratégie d'approche ou coping « actif ». « Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. »⁹⁴ « [II] contient des stratégies d'approche

⁹⁰ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, stress, coping : Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, op.cit., p.69

⁹¹ QUINTARD, Bruno. Concepts, stress, coping : le concept de stress et ses méthodes d'évaluations, op.cit., p.49

⁹² Ibid, p.50

⁹³ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*, op.cit., p.357

⁹⁴ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, stress, coping : Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, op.cit., p.71

du stress. »⁹⁵ Cette forme de coping comprend deux sous-catégories :

- **la résolution de problème** (ex. recherche d'information, élaboration de plan d'action, planification, suppression des activités concurrentes, stratégie de projet (lorsqu'on souhaite un changement, elle consiste à déterminer ce que l'on veut changer et à définir les objectifs à atteindre), ...).
- **l'affrontement de la situation** : il comprend des « efforts et actions directs pour modifier le problème »⁹⁶, l'esprit combatif, l'observance, s'imposer des contraintes, ...

5.3.1.2 Le coping focalisé sur les émotions

On l'appelle également coping « passif » ou évitant. « Il comprend les *diverses tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation*. La gestion des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie. »⁹⁷ En voici quelques sous-catégories :

- **La minimisation de la menace** : il s'agit de prendre de la distance. (Ex. de phrase prononcée lors de cette forme de coping : « J'ai fait comme si rien ne s'était passé, je me suis dit que ce n'était pas grave, ... »⁹⁸)
- **La réévaluation positive** : il s'agit de modifier la signification de l'évaluation de la situation en la réévaluant positivement. Cette stratégie d'adaptation est fréquemment enseignée dans des cours de gestion du stress, mais elle est aussi utilisée intuitivement. Voici un exemple de réplique qui dénote de ce coping : « Je me suis sorti plus fort de cette épreuve. »
- **L'humour**
- **L'auto-accusation** : la personne s'accuse d'être la cause du problème, se sentir responsable, culpabilité, attitude « héroïque », ...
- **L'évitement émotionnel** : il s'agit d'une stratégie passive visant à la réduction des tensions. Ex. répression ou suppression des émotions (ex. de la peur, de la colère, de la détresse,...), dénégation, fuite, nier la réalité, résignation, retrait, refus, évitement, pensée magique, irréalisme, ...
- **L'évitement comportemental et cognitif** : avoir recours à des distractions, une diversion sociale, du désengagement, de la relaxation ; consommer de l'alcool, du tabac, des drogues ; manger des douceurs pour se sentir mieux, ...

⁹⁵ GRAZIANI, Pierluigi, SWENDSEN, Joel. *Le stress Emotions et stratégies d'adaptation*, op.cit., p.79

⁹⁶ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, stress, coping : Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, op.cit., p.71

⁹⁷ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*, op.cit., p.357-359

⁹⁸ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, stress, coping : Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, op.cit., p.72

- **L'acceptation**
- **La recherche de soutien émotionnel** : il s'agit de rechercher ou d'accepter la sympathie et la compréhension de quelqu'un dans le but de diminuer ses propres émotions, les rendre supportables.
- **La réactivation ou continuation des croyances religieuses**
- **L'impuissance-désespoir** se caractérisant par de la détresse, une perte de contrôle, la dramatisation, le pessimisme, le fatalisme, espérer un miracle, souhaiter changer ...
- **L'expression des émotions** : par exemple par des crises de larmes, un état anxieux, un accès de colère, s'en prendre à d'autres personnes lorsqu'on est déprimé ou en colère, ...
- **L'hostilité** se manifeste par de la colère, de l'agressivité, de l'irritabilité, de l'auto-agressivité, ...

5.3.1.3 La recherche de soutien social

« La recherche de soutien social apparaît parfois comme troisième stratégie générale. Elle correspond aux *efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui* et ne doit pas être confondue avec le réseau social ni avec le soutien social, notions déjà présentées ci-dessus (et qui sont les caractéristiques réelles ou perçues de l'entourage social). Or ici, il s'agit de tentatives effectives d'une personne pour obtenir une écoute, des informations, ou encore une aide matérielle. C'est donc bien une stratégie de coping (qui suppose l'activité du sujet) et non une ressource (simplement existante ou perçue). »⁹⁹

Etant donné que le contexte de mon MFE se situe dans le cadre d'une profession où le travail en équipe est présent, j'ai choisi de développer ci-dessous un autre type de stratégie liée à la ressource « équipe ».

5.3.1.4 Les stratégies d'adaptations collectives

Christophe Dejours, par ses théories sur la psychodynamique du travail¹⁰⁰, est à l'origine du développement des stratégies d'adaptation collectives. Il s'agit de stratégies d'adaptation mises collectivement en place par tout un groupe de personnes. Ces stratégies peuvent prendre plusieurs formes :

⁹⁹ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*, op.cit., p.359

¹⁰⁰ Celle-ci « [...] cherche à comprendre le vécu du professionnel dans son rapport au travail. » (CANOÛI, Pierre, MAURANGES, Aline, 1998, op.cit., p.84)

- **Un déni de perception de réalité** pour se protéger de la peur et de l'angoisse. Elle aboutit à des conduites ordaliques ou du défi, comme, par exemple, le fait de ne pas porter des gants lors de soins à des sidéens ou le fait de fumer dans des lieux à risques ou encore de négliger la formation obligatoire de la prévention contre les incendies.
- **La coopération et l'auto-organisation** : cela consiste en « [...] une forte coopération de tous, une complicité et une auto-organisation, afin de fonctionner dans un consensus collectif structurant pour l'organisation du travail. »¹⁰¹ Par exemple, une équipe de soins qui s'unit pour faire front contre une modification de leurs horaires.
- **La collision contre un ennemi commun**: « Une tête de turc est choisie lorsqu'elle met en danger l'unité d'une équipe qui a su construire une pratique ajustée à la protection de leur souffrance. Un tiers extérieur qui n'intègre pas les règles érigées en principe actif, se voit remis en cause y compris dans sa déontologie profonde. Adhérer ou être menacé d'exclusion s'impose à celui qui trouble l'intégrité de l'équipe en place. »¹⁰²
- **Le changement de statut** : il s'agit de passer du statut de victime passive à celui d'agent actif grâce au défi, à la provocation, à la dérision, l'hilarité. Par exemple, une équipe qui a vécu une situation difficile peut se retrouver dans le bureau et en rire tout en utilisant des mots vulgaires ou crus. Un passant pourrait être choqué par ce comportement, alors qu'il s'agit d'un moyen de décompresser.

Ici, je n'ai fait que mentionner ce type de coping, mon étude ne portant pas sur la psychodynamique du travail, mais sur le stress et la façon individuelle de le gérer tout en sachant que les infirmières que j'ai interrogées travaillent dans une équipe. Ces stratégies d'adaptation collectives peuvent parfois primer sur la façon individuelle de gérer le stress.

5.3.1.5 Remarques

Il existe de très nombreuses formes de coping et comme les différents auteurs ne sont pas d'accord entre eux, cela crée des difficultés de classification. Pour ma part, je me base principalement sur la classification de Lazarus et Folkman qui est présentée plus haut.

Il est possible d'utiliser différentes sortes de coping pour une même situation, comme le montre l'exemple suivant : une infirmière est en train de préparer une barquette de médicaments. Celle-ci est bien remplie par de nombreux médicaments et l'infirmière s'apprête à y ranger les derniers comprimés. A ce moment, une autre infirmière la bouscule et le tout tombe par terre et se répand sur le sol. L'infirmière peut commencer par s'énerver et insulter la personne fautive (coping centré sur l'émotion), puis se mettre

¹⁰¹ CANOÛÏ, Pierre, MAURANGES, Aline. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ; De l'analyse du burn out aux réponses*, op.cit., p.87

¹⁰² Ibid, p.88

à ranger calmement le désordre et re préparer une nouvelle barquette de médicaments (coping centré sur le problème).

Généralement nous utilisons les stratégies de coping auxquelles nous sommes habitués à nous référer, mais il est possible de changer de stratégies d'adaptation. Des thérapies comportementales, des livres ou des cours sur la gestion du stress permettent de prendre conscience qu'il existe d'autres façons de réagir au stress et proposent des exercices pratiques.

Il n'y a pas de stratégies à proprement parler qui soient plus efficaces que d'autres. Elles répondent aux besoins de la personne à un moment donné, quand la personne est confrontée à un stimulus qu'elle perçoit comme stressant pour elle. Mais il existe certaines formes de coping qui sont socialement plus valorisées, ou perçues comme positives, comme le support social, la focalisation cognitive et active, le contrôle et la planification.

Je viens de présenter différentes formes de coping. Sur cette base, je souhaite rechercher à quelle fréquence ces stratégies sont utilisées ou non par les infirmières lorsqu'un remplacement est effectué. A la question six de mon enquête¹⁰³, je propose une série d'items concernant ces sortes de coping.

5.3.2 Quelques mots sur les émotions

Après avoir présenté le coping centré sur les émotions, je vais dire quelques mots sur celles-ci : « [...] les émotions sont ressenties en fonction de la façon dont les événements sont interprétés ou évalués. C'est la signification de l'événement qui provoque les émotions plutôt que les événements eux-mêmes. L'évaluation particulière effectuée dépendra du contexte dans lequel un événement a lieu et des expériences personnelles passées. Le caractère spécifique des émotions dépend de l'interprétation particulière. Le même événement peut évoquer des émotions différentes chez des personnes différentes, ou aussi des émotions différentes chez la même personne dans des occasions différentes [...]. Une personne peut ressentir plusieurs émotions contradictoires en même temps.

Folkman et Lazarus [...] définissent l'émotion comme un "ensemble de réactions complexes et organisées psychologiquement, composées d'évaluations cognitives, d'impulsions à l'action et de patterns¹⁰⁴ de réactions somatiques" [...]. Ces trois composantes fonctionnent comme une unité plutôt que comme des réponses séparées, et l'ensemble des composantes reflète la qualité et l'intensité de l'émotion.»¹⁰⁵

Les émotions ne sont pas simplement en lien avec l'évaluation, comme mentionné plus haut, mais également avec le coping, comme le montre le schéma suivant :

¹⁰³ Annexe D

¹⁰⁴ « Modèle simplifié d'une structure physique ou comportementale. Les termes *patron* et *motif* sont parfois utilisés dans le même sens, mais avec une acception plus précise. » Définition se trouvant dans :

- DICOPSY. Pattern. In : Dicopsy. [en ligne]. 2006

Adresse URL : <http://www.dicopsy.com/pattern.htm> (consultée le 2 avril 2008)

¹⁰⁵ GRAZIANI, Pierluigi, SWENDSEN, Joel. *Le stress Émotions et stratégies d'adaptation*, op.cit., p.80

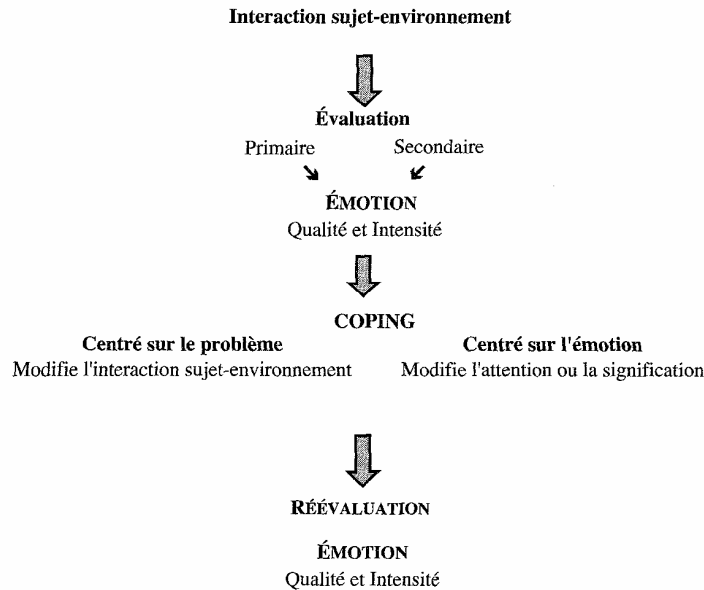


Figure 5: Le coping comme médiateur de l'émotion selon Folkman et Lazarus (1988)¹⁰⁶

Durant l'interaction stressante, le coping agit de trois manières différentes pour modifier les émotions¹⁰⁷ :

- **par l'activité cognitive qui influence le déploiement de l'attention** : « Cette possibilité se réfère à des stratégies de coping qui détournent l'attention de la source de détresse (stratégies d'évitement) ou l'adresse vers la source (stratégies de vigilance). »¹⁰⁸
- **par l'activité cognitive qui modifie la signification subjective ou le sens de l'interaction pour le bien-être**, c'est-à-dire par des stratégies de déni, de distorsion de la réalité, de prise de recul, de refus de trop y penser ou de prendre un événement trop au sérieux, d'exagération des effets positifs d'une situation, d'attention sélective, de comparaisons positives, de restructuration cognitive, de cognitions de réconfort, de réévaluation positive, de transformation d'une menace en un défi, ...
- **par les actions qui modifient les termes actuels de la relation sujet-environnement**. « Il s'agit de stratégies de coping centré sur le problème, d'actions dirigées vers l'environnement et le sujet lui-même. Ces stratégies modifient indirectement l'émotion de trois manières. **La première** dépend des résultats atteints par le coping centré sur le problème. **La deuxième manière** concerne l'évaluation du sujet de sa propre performance, **la troisième manière** concerne les implications que la transaction présente pour le futur. Même si une interaction difficile a été résolue de façon satisfaisante, elle peut représenter une menace pour plus tard. »¹⁰⁹

¹⁰⁶ GRAZIANI, Pierluigi, SWENDSEN, Joel. *Le stress Emotions et stratégies d'adaptation*, op.cit., p.83

¹⁰⁷ Ibid, p.81-87

¹⁰⁸ Ibid, p.84

¹⁰⁹ Ibid, p.86

5.3.3 Les facteurs déterminants du coping

Selon Marilou Bruchon-Schweitzer, le modèle transactionnel a des limites : « Il valorise le rôle des processus transactionnels et minimise ou occulte celui des autres déterminants de la santé (situationnels et dispositionnels). »¹¹⁰ Dans mon travail de mémoire, pour des raisons de temps et de faisabilité, j'ai choisi de ne pas traiter les déterminants dispositionnels de la santé, bien qu'ils aient leur importance. Si ceux-ci vous intéressent, vous en trouverez une synthèse en annexe¹¹¹.

Je présente les facteurs situationnels au point suivant. Ils sont la suite logique de l'évaluation primaire (stress perçu) et secondaire (contrôle et soutien social perçus) des facteurs de stress.

5.3.3.1 Les facteurs contextuels ou situationnels

Nous retrouvons ici les résultats de l'évaluation primaire et secondaire des facteurs de stress. Ils jouent un grand rôle dans le choix des stratégies de coping. Ils y ont plus d'influence que les variables de personnalité¹¹².

- **Les caractéristiques du stresser, de l'environnement** : selon que la situation est perçue comme contrôlable (objectivement et/ou subjectivement) ou non, ou bien comme modifiable ou non, la personne ne choisira pas les mêmes stratégies d'adaptation. Dans les cas où la situation est perçue comme contrôlable, un coping centré sur le problème sera plus facilement utilisé, alors que si la situation est évaluée comme non contrôlable, ce sera plutôt un coping centré sur les émotions qui sera choisi. Voici d'autres caractéristiques qui entrent également en compte : la nature de la menace, son imminence, sa durée, s'il y a une ambiguïté, ...
- **Le soutien social** : le soutien perçu est lié à la personnalité et aux connaissances et/ou capacités intellectuelles de la personne et il a une influence sur le contrôle perçu. La présence de ce soutien social a un effet positif sur les pensées de la personne. Souvent il l'influence dans le choix de stratégies efficaces contre le stress perçu. Il peut également avoir un rôle direct ou un rôle de tampon dans la transaction stressante. Le soutien social fait parti des ressources de la personne. Il est à prendre en compte en terme de qualité et de disponibilité.

Après avoir défini les éléments théoriques sur lesquels est construite ma recherche, je vais maintenant vous présenter les moyens et la méthodologie que j'ai choisis pour mener à bien cette recherche.

¹¹⁰ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, stress, coping : concepts et modèles en psychologie de la santé, op.cit., p. 7

¹¹¹ Annexe C

¹¹² Idem

6 Méthodologie

6.1 Stratégie générale de vérification

Après avoir exposé mon cadre de référence, je vais présenter la méthodologie suivie durant l'élaboration de mon MFE. J'ai été attentive à respecter deux principes pour assurer la validité de ma recherche. Tout d'abord un principe d'ordre technique, en respectant les règles instrumentales liées à l'utilisation des outils de collecte et d'analyse de données et également un principe d'ordre méthodologique en maintenant une certaine cohérence entre les choix opérés au cours de ma recherche¹¹³.

J'ai opté pour plusieurs possibilités afin de vérifier la validité de ma recherche. Etant donné qu'une validation interne n'est pas possible puisque je ne connais pas l'identité des personnes qui ont participé à cette recherche, j'ai procédé par une validation externe, à savoir que j'ai confronté mon interprétation avec des personnes qui ont une longue expérience du terrain. J'ai également utilisé la triangulation en comparant plusieurs sources d'information par rapport au phénomène étudié comme par exemple des statistiques ou des informations mentionnées dans différents articles présents dans ma bibliographie, l'avis de mon directeur de mémoire, l'avis de personnes ayant une longue expérience professionnelle...

6.2 Outils d'investigations

Etant donné que ma recherche s'intéresse aux phénomènes de stress et de coping lorsqu'il y a un remplacement effectué par une infirmière intérimaire dans un service, j'ai choisi de mener mon enquête auprès de deux populations d'infirmières : les infirmières ayant un emploi fixe dans un service et les infirmières intérimaires. Afin de toucher un plus vaste échantillonnage, j'ai choisi de faire ma recherche par questionnaires plutôt que par entretien. J'ai construit deux questionnaires qui diffèrent très peu l'un de l'autre. L'un s'adresse à des infirmières de médecine ou chirurgie ayant un poste fixe dans deux hôpitaux valaisans¹¹⁴ et l'autre à des infirmières intérimaires¹¹⁵. Il y a quelques propositions qui ne se retrouvent que dans un questionnaire, comme par exemple « avoir à charge une étudiante » qui ne concerne pas les infirmières intérimaires.

J'ai joint à chaque document une lettre explicative de mon travail¹¹⁶.

J'ai construit ces formulaires en trois parties : une première partie qui concerne le stress (variables dépendantes), une deuxième qui concerne sa gestion (variables dépendantes) et une dernière partie concernant des données personnelles (variables indépendantes). Ces questionnaires sont longs, car ils comprennent de nombreuses variables indispensables à mon travail. Par exemple, j'ai besoin de connaître les causes de stress des infirmières pour comprendre ce qu'elles mettent en place contre celui-ci.

Mes questionnaires sont composés de questions fermées permettant des réponses affirmatives ou négatives, ou incluant une notion de fréquence (ex. jamais / presque

¹¹³ ALLIN-PFISTER, Anne-Claude. Travail de fin d'études : clés et repères.

¹¹⁴ Annexe D

¹¹⁵ Annexe E

¹¹⁶ Annexe F

jamais ; rarement {quelques fois par mois} ; souvent {quelques fois par semaine} ; tous les jours), ou incluant une notion d'intensité (ex. via une échelle de 0 à 10 {0=pas du tout de stress, 1=tout à fait supportable et 10=insupportable}). Il contient également des questions ouvertes afin de recueillir des explications, l'avis des répondants ou bien des propositions ou suggestions.

Voici à présent mes critères d'inclusion. En ce qui concerne la population étudiée, je me suis adressée à des infirmières qui travaillent dans des services de médecine et de chirurgie, parce qu'il s'agit de service qui ne demandent pas de formations post-grade particulières (comme pour les soins intensifs par exemple) et où j'avais, à mon avis, le plus de chance de rencontrer des infirmières ayant déjà collaboré avec des intérimaires. C'était également un moyen de restreindre le nombre de services et de pouvoir toucher des services semblables d'un hôpital à l'autre. De cette manière, mes résultats sont plus facilement comparables. Afin de ne pas obtenir des données faussées ou comparables aux infirmières intérimaires, je me suis adressée à des infirmières diplômées qui travaillent depuis au moins quatre mois¹¹⁷ dans leur service. Des infirmières récemment arrivées dans un service ou des étudiantes infirmières sont dans une situation quelque peu comparable à celle des intérimaires, puisqu'elles doivent apprendre le fonctionnement et les habitudes du service tout en se faisant leur place au sein de l'équipe.

Dans mon texte, je parle au féminin, mais mon questionnaire s'adresse tout autant à des hommes. Je n'en fais juste pas de distinction dans mon travail. Les hommes étant minoritaires dans la profession, je n'obtiendrais probablement pas suffisamment de réponses masculines pour en faire une analyse. Mon questionnaire étant déjà suffisamment long, je ne me suis donc pas intéressée à la variable de genre.

Concernant la distribution des questionnaires, je les ai apportés dans les services après avoir recueilli l'autorisation de la directrice des soins pour le RSV, de l'infirmier chef de Sion et Martigny et des différentes ICS et ICUS des services de chirurgie et médecine. A côté de ces questionnaires, j'ai mis à disposition des enveloppes afin de garder l'anonymat, et ai installé une boîte aux lettres en carton fabriquée par mes soins. J'ai apporté une boîte aux lettres par service concerné, c'est-à-dire : neuf services, ce qui représente un total d'environ cent septante-cinq infirmières, comprenant également les infirmières assistantes. J'ai choisi d'inclure cette catégorie professionnelle afin d'augmenter la taille de la population ciblée, le stress n'étant pas réservé aux professionnelles ayant un rôle autonome infirmier. Comme cette formation n'existe plus depuis déjà quelques années, il s'agit de personnes ayant déjà quelques temps d'expériences, mais qui ont, par contre, moins de responsabilités que les infirmières niveau II ou HES¹¹⁸. N'étant pas nombreuses dans les services touchés (moins d'une dizaine aux dires des ICUS rencontrées), cela devrait peu influencer mes résultats¹¹⁹. Toutefois, je n'ai aucun moyen de distinguer les questionnaires remplis par les infirmières assistantes.

¹¹⁷ Dans ma phase exploratoire, j'ai interrogé plusieurs infirmières de mon entourage, dont quelques amies diplômées depuis octobre 2006. Il en est ressorti qu'il faut environ 4 mois aux infirmières nouvellement diplômées pour être à l'aise dans leur service. C'est pourquoi j'ai gardé ce chiffre.

¹¹⁸ Infirmières ayant reçu leur diplôme d'une Haute Ecole Spécialisée.

¹¹⁹ Si cela devait influencer mes résultats, cela concernerait les responsabilités, la délégation ou certains soins techniques que ne peuvent pratiquer les infirmières assistantes (ex. administration de médicaments par voie intraveineuse).

Pour la récolte des questionnaires, j'ai procédé de la sorte : je suis allée les chercher dans chaque service trois semaines plus tard. Les différentes ICUS m'ont dit qu'il n'était pas nécessaire que je passe en cours de route pour relancer les personnes concernées, étant donné que ma boîte de réception était bien visible.

Par rapport à l'autre population étudiée, j'ai distribué mes questionnaires aux infirmières intérimaires par le biais d'une agence valaisanne et une agence qui travaille avec le canton du Valais. Ces agences m'ont proposé d'envoyer les formulaires à leurs infirmières intérimaires afin de garder leurs noms et adresse anonymes. Environ cent trente questionnaires ont été postés. Les infirmières intérimaires avaient le choix de me renvoyer directement les questionnaires ou bien de les retourner à leur agence, où je suis allée les récupérer. Une des agences a joint des enveloppes retour aux questionnaires, mais cela n'a visiblement pas motivé les personnes à renvoyer les questionnaires, étant donné que j'ai reçu le même nombre de questionnaires directement chez moi. Le délai de renvoi des questionnaires était d'environ deux semaines après la date supposée de réception. N'ayant reçu que dix-sept questionnaires en retour, une des agences a proposé de relancer ses intérimaires par mail. Suite à ce contretemps, j'ai commencé le dépouillement par les questionnaires destinés aux infirmières engagées de manière fixe en espérant recevoir des réponses en plus. Je n'en ai malheureusement reçu qu'un de plus et seulement après avoir fini mes calculs et graphiques. Je n'ai donc pas tenu compte des réponses de ce questionnaire dans mon analyse.

Pour mon travail, j'aurais voulu utiliser une technique d'échantillonnage non probabiliste par quotas¹²⁰, c'est-à-dire choisir les unités de l'échantillon selon des variables prédéfinies, comme la répartition des âges et des sexes, l'âge moyen du service et le pourcentage de travail. Le fait d'avoir un échantillon représentatif de la population mère que je veux observer aurait permis à mes résultats d'avoir pleinement du sens et d'être le reflet de la réalité. Malheureusement, je n'ai pas pu avoir des statistiques quant à ces variables. Du côté du RSV, le service des ressources humaines n'a ces chiffres que pour le personnel total de l'hôpital, toutes professions confondues, et est quelque peu débordé suite à la restructuration qu'a entraîné la mise en place du RSV. Il n'a donc pas pu me fournir les statistiques demandées. En ce qui concerne les agences intérimaires, elles ne tiennent pas ce genre de statistiques, puisque le nombre de personnes inscrites chez elles est sans cesse fluctuant. Dans ces conditions, et aux vues des difficultés rencontrées lors de mon pré-test pour motiver les infirmières à remplir mon questionnaire, j'ai opté pour le choix d'un échantillon de personnes volontaires sans oublier d'en tenir compte dans mon analyse des résultats. Je précise donc que les résultats obtenus le sont par rapport à mon échantillon et non par rapport aux infirmières en général. Le fait que les personnes répondant à mon questionnaire soient volontaires introduit un biais, mais je ne peux pas faire autrement pour des questions d'éthique. Les personnes se sentant concernées par ce sujet sont peut-être des personnes particulièrement sensibles au stress ou ayant eu de mauvaises expériences lors d'une collaboration passée avec une infirmière intérimaire. Les réponses peuvent également être influencées par l'état d'esprit au moment où la personne remplit le questionnaire. En effet, si elle a passé une journée très stressante, elle aura peut-être tendance à surévaluer son stress général, alors que si elle a passé une journée plutôt calme, elle le sous-évaluera. Les réponses peuvent aussi être influencées si les infirmières d'un même service en discutent entre elles. Mais je ne peux pas vérifier ces divers éléments,

¹²⁰ DEPELTEAU, François. La démarche d'une recherche en sciences humaines, De la question de départ à la communication des résultats, p. 226

puisque mon questionnaire est anonyme sans distinction de l'hôpital ni du service. Le fait que j'ai distribué mon questionnaire dans neuf services de deux hôpitaux différents peut toutefois diminuer cette influence.

Procéder par questionnaires a ses limites. Tout d'abord, les réponses obtenues ne le sont que par rapport aux questions posées, ce qui signifie que j'ai dû bien cibler mes questions afin d'obtenir une vision complète du phénomène étudié. Il en va de même pour les propositions de choix de réponses pour que les personnes puissent répondre par rapport à ce qu'elles vivent et ne pas être trop restreintes par l'éventail proposé. Pour ce faire, j'ai dû rechercher un apport théorique complet et l'adapter par des données issues d'entretiens préalables avec des infirmières qui n'ont pas participé à l'étude.

Mes questions devaient être claires et univoques puisque je n'étais pas là pour préciser leur sens lorsque les infirmières ont rempli le questionnaire. Des questions mal comprises peuvent amener des réponses inutilisables. C'est pourquoi, avant de lancer ma recherche, j'ai fait tester mon questionnaire à des infirmières de médecine d'un autre hôpital, et à des collègues de classe.

L'enquête par questionnaires ne laisse pas beaucoup de place à l'imagination ou à des propositions auxquelles je n'aurais pas pensé. Certaines questions m'amènent d'ailleurs des réponses superficielles, comme par exemple la question sur le soutien perçu. La réponse ne permet pas d'identifier de qui vient le soutien et s'il est différent en fonction de la personne qui l'apporte.

D'autre part, au moment où j'ai rédigé ce questionnaire, je ne savais pas combien de personnes répondraient à celui-ci. Je ne sais pas non plus à quel point ces personnes ont été honnêtes dans leurs réponses... J'espère donc que, par les explications fournies avec le questionnaire, j'ai réussi à motiver les gens et à les convaincre d'être le plus proche possible de la réalité vécue au travers de leurs réponses.

Il m'a fallu également veiller à la proximité, à la chronologie, de certaines questions qui peuvent s'entre-influencer au niveau des réponses. Par exemple, j'ai volontairement placé les questions concernant les données personnelles en fin de document, afin que la personne qui y répond ne se sente pas gênée de donner telle ou telle réponse si elle est infirmière déjà depuis longtemps. De ce fait, elle répond en premier lieu par rapport à son vécu et non par rapport à qui elle est ou devrait être. D'autre part, j'ai placé consciemment certaines questions à la suite afin de rester dans un même thème et ne pas faire sauter le répondant du coq à l'âne, ce qui compliquerait encore la lecture et compréhension de mon enquête.

6.3 Pré-test du questionnaire

Après avoir obtenu l'autorisation de l'ICS de l'hôpital concerné qui ne fait pas partie de l'étude, j'ai testé mon questionnaire dans un service de médecine. Sur trente questionnaires, distribués, j'en ai récolté huit.

La moitié des personnes ont trouvé le questionnaire bien ciblé, quelques unes ont trouvé que le stress lié à un remplacement par une intérimaire n'était pas un problème dans leur service puisque très rare. J'étais consciente de ce fait, c'est pourquoi j'ai exclu cet hôpital de ma recherche. Les réponses étaient cohérentes et je n'ai pas eu de retour sur une quelconque incompréhension de mes questions.

En même temps que le test officiel de mon questionnaire, j'ai soumis ce dernier à l'avis d'une personne de ma connaissance ayant une longue expérience du terrain. Celle-ci a trouvé mon « questionnaire suffisamment complet pour [me] permettre de déterminer

des éléments qui [me] seront utiles pour la suite de [ma] recherche. » Elle m'a proposé des améliorations quant à la tournure de certaines questions, de certaines réponses à choix, ou par rapport à l'échelle utilisée pour la réponse. Par exemple, elle m'a proposé de rajouter une échelle visuelle analogique à certaines questions.

Après y avoir apporté ces quelques modifications, j'ai à nouveau fait tester mon questionnaire auprès de collègues de la classe qui m'ont donné des suggestions d'amélioration dont j'ai tenu compte pour mon questionnaire définitif. Par exemple, elles m'ont conseillé de passer d'une échelle contenant des (0, +, ++, et +++) à une échelle allant de zéro à dix, qui fait perdre moins de temps lors de l'inscription du résultat par la personne qui répond à la question.

Je n'ai pas fait de pré-test par rapport au questionnaire destiné aux intérimaires. J'avais déjà interrogé une amie intérimaire juste avant d'élaborer mon questionnaire et au moment du test, elle était à l'étranger pour une longue période. Je me suis contentée du pré-test du questionnaire destiné aux infirmières ayant un emploi fixe.

Une semaine après que les premiers questionnaires aient été envoyés, j'ai eu une remarque pertinente d'un de nos professeurs. En effet, après avoir écouté de nombreux conseils venant de personnes différentes, j'ai oublié un principe que nous avons vu en classe lors du cours sur la méthodologie : les adverbes de fréquence seuls, comme « souvent ou parfois », ne sont pas conseillés puisque leur signification varie d'une personne à une autre. Il faudrait préciser ce que l'on entend par ces termes, comme exemple, « souvent » pourrait signifier « plusieurs fois par semaine ».

Je me suis également rendue compte, trop tard, que j'avais oublié de mentionner que je m'intéressais aux remplacements de seulement quelques jours. Je l'ai précisé par oral aux ICUS lorsque j'ai apporté les questionnaires dans les services, mais il ne figure nulle part par écrit. Malheureusement, il était trop tard pour modifier ces oublis mais il faudra que j'en tienne compte lors de l'analyse.

6.4 Principes éthiques

Selon le cahier de l'ASI¹²¹ sur la recherche infirmière¹²², je me base sur les principes éthiques suivants :

- « garantie du respect et de la dignité de la personne :
 - l'autonomie
 - la véracité (authenticité)
 - la fidélité (loyauté)
 - La confidentialité
- Faire le bien/ne pas nuire (bénéficence/non-maléficence)
- La justice (équité)»

Je les applique ainsi :

Pour l'autonomie : la participation à ma recherche est volontaire. Bien entendu, mon but est d'avoir en retour le plus grand nombre de questionnaires. J'ai essayé de motiver les membres du personnel, mais sans les contraindre, à remplir mon questionnaire.

Pour la véracité : J'ai tâché de fournir au personnel des services, à qui je me suis adressée, une information claire et complète concernant ma recherche en présentant

¹²¹ = Association Suisse des Infirmières.

¹²² KESSELRING, Annemarie [et al.]. *Les infirmières et la recherche : principes éthiques*, p.5

mon travail aux différents ICUS, et à l'équipe par le biais d'une lettre explicative. De cette manière, ces gens ont pu prendre connaissance du thème de mon MFE et de ses objectifs et ils ont pu choisir de répondre à mes questions sans être trompés ou induits en erreur.

Pour la fidélité : je dois tenir mes promesses, par exemple, par rapport à la confidentialité des données.

Pour la confidentialité : Mes questionnaires sont anonymes, c'est-à-dire qu'ils ne comportent aucune question sur l'identité de la personne, ni sur l'établissement ou le service dans lequel la personne travaille. J'ai toutefois demandé des éléments personnels tels que la tranche d'âge, le pourcentage de travail ou depuis combien de temps la personne travaille en tant qu'infirmière, afin de pouvoir comparer les résultats entre eux et de pouvoir en faire des statistiques. Dans mon étude, je n'ai pas fait de distinction entre hommes et femmes. Comme le sexe masculin est peu représenté dans les hôpitaux, de cette manière, les infirmiers peuvent se sentir plus libres de répondre sans risquer d'être reconnus.

Pour augmenter la confidentialité, j'ai joint des enveloppes pour le retour des questionnaires et une boîte aux lettres où il est difficile de ressortir les enveloppes qui s'y trouvent déjà. De plus, j'ai mélangé les questionnaires qui m'ont été retournés, afin de ne plus pouvoir en distinguer la provenance (service, lieu de soins, agence intérimaire) avant de traiter les données.

Par rapport à « faire le bien/ne pas nuire » : tout d'abord, je respecte le principe de ne pas nuire en respectant la confidentialité et je n'ai utilisé ces données que pour l'élaboration de mon MFE et les détruirai après sa soutenance.

Mon but dans ce travail n'est pas de discriminer les infirmières intérimaires, mais de trouver des moyens pour que les remplacements se passent le mieux possible pour l'infirmière intérimaire et l'équipe.

Ce travail peut amener des bénéfices pour les différentes infirmières, d'une part, en proposant différentes façons de gérer le stress, de s'adapter à la présence d'une intérimaire dans un service, et d'autre part, peut-être un peu naïvement, en amenant à des prises de conscience sur la situation que vivent ces infirmières autant fixes qu'intérimaires.

En ce qui concerne la justice : pour avoir des résultats distincts entre les deux catégories d'infirmières, je n'inclus dans mon étude, en ce qui concerne les infirmières ayant un poste fixe, que des infirmières diplômées travaillant depuis au moins quatre mois et ayant déjà collaboré avec une infirmière intérimaire. Selon les soignantes que j'ai interrogées dans ma phase exploratoire, quatre mois est le temps qu'il faut pour commencer à être à l'aise dans un service. Des infirmières travaillant depuis moins longtemps, risqueraient d'être dans une situation s'apparentant plus à celle vécue par l'infirmière intérimaire.

6.5 Technique d'analyse des données et vérification

Puisque ma recherche se déroule par questionnaires, le moyen d'analyser mes données est la statistique. J'ai vérifié les résultats obtenus en veillant à une certaine cohérence dans ceux-ci, grâce à mon jugement personnel et mon sens critique. Le côté mathématique est également un bon indicateur. Je me suis initiée à Excel pour les différents calculs statistiques. J'ai fait vérifier mes raisonnements par un ami étudiant en informatique, afin d'éviter d'éventuelles erreurs de manipulations de l'ordinateur.

La méthode statistique me permet d'obtenir une certaine rigueur et précision dans l'analyse de mes données et une certaine clarté dans mes résultats, par contre « [l'] outil statistique a un pouvoir d'élucidation limité aux postulats et hypothèses méthodologiques sur lesquels il repose, mais il ne dispose pas, en lui-même, d'un pouvoir explicatif. Il peut décrire des relations, des structures latentes, mais la signification de ces relations et de ces structures ne vient pas de lui. C'est le chercheur qui donne un sens à ces relations par le modèle théorique qu'il a construit au préalable et en fonction duquel il a choisi une méthode d'analyse statistique. »¹²³

La technique d'analyse est principalement statistique, mais elle comprend aussi des éléments d'analyse qualitative, grâce aux questions ouvertes présentes dans mon questionnaire.

7 Résultats, analyse et interprétation des résultats

Avant de vous faire part des résultats de mon enquête, je vous propose un petit rappel de ma question de recherche composée de deux parties :

- « Lorsque des infirmières intérimaires effectuent un remplacement dans un service, lesquelles sont les plus stressées dans leur travail : les infirmières établies dans le service ou les intérimaires ? »
- Quel type de stress rencontrent ces deux populations et comment le gèrent-elles ? »

Voici également à nouveau mes hypothèses :

- Les infirmières fixes dans un service sont plus à risque d'être stressées que les intérimaires présentes dans ce service.
- Chacune de ces deux populations a des moyens pour gérer ce stress.

Ces deux éléments rappelés, j'en profite pour dire quelques mots sur la façon dont j'ai dépouillé ces questionnaires. J'ai commencé par mélanger les questionnaires destinés aux infirmières fixes pour ne plus pouvoir en distinguer la provenance, les ai ensuite numérotés et les ai enfin rangés en une pile. J'ai fait de même avec les questionnaires destinés aux infirmières intérimaires, mais en confectionnant une seconde pile. De là, j'ai systématiquement relevé les réponses aux questions en regard du numéro de questionnaire, ce qui m'a permis de pouvoir mettre en rapport plusieurs variables.

Je peux à présent amener mes résultats. Je vais commencer par présenter mon échantillon, puis parler de l'évaluation que font les infirmières de leur stress, des stressseurs professionnels auxquels elles sont confrontées, du contrôle et du soutien perçu et finalement du coping. Ces différents éléments sont systématiquement mis en rapport avec les différentes variables présentes dans mes questionnaires.

¹²³ QUIVY, Raymond, VAN CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en Sciences sociales*, p.200

7.1 Caractéristiques de mon échantillon

Je vais commencer par les caractéristiques des infirmières de mon échantillon ayant un poste fixe dans un service, puis celles des infirmières intérimaires qui m'ont répondu. Ces caractéristiques me serviront de variables pour la suite de mon travail. Je vais essayer d'en expliquer les liens, ce qui me permettra de répondre à mon cinquième objectif de recherche qui est : « Expliquer les liens qu'il y a entre les différentes variables présentées dans ce MFE ».

7.1.1 Infirmières ayant un emploi fixe dans un service

7.1.1.1 Nombre de réponses

Sur environ cent septante-cinq questionnaires distribués dans les services, j'en ai recueilli cinquante de remplis, ce qui représente un retour d'un peu moins de trente pour cent. J'ai amené dans chaque service le même nombre de questionnaires que d'infirmières. Mais pas toutes les infirmières ne font partie de mes critères d'inclusion qui sont le fait d'avoir déjà collaboré avec une infirmière intérimaire et de travailler dans le même service depuis au moins quatre mois.

J'ai laissé les questionnaires durant trois semaines dans les services. Je pense que cette durée, bien qu'aux alentours de Pâques, était suffisante pour que même les infirmières ayant pris des congés durant cette période, puissent voir mes questionnaires, d'autant plus que ma boîte de réception était volumineuse¹²⁴ et attirait l'oeil. Je rappelle aussi que la participation à mon enquête était libre. Cela signifie que ce n'est pas la totalité des infirmières qui a souhaité y participer, peut-être du fait de la longueur de mon questionnaire ou de sa mise en page, ou alors d'un manque d'intérêt pour le sujet. Une amie infirmière d'un autre établissement m'a aidé à compléter ces hypothèses en rajoutant quelques causes potentielles comme la « flemme » d'y répondre, le manque de temps à cause de la charge de travail du service, le nombre de questions¹²⁵, le fait qu'il y ait beaucoup d'items dans les grilles et une lettre d'information longue. Une autre amie a rajouté que les infirmières n'obtenaient aucun bénéfice personnel à remplir ce questionnaire, ce qui pouvait diminuer leur motivation.

Pour certaines questions, j'ai obtenu cinquante réponses, pour d'autres moins, ce qui explique mon nombre de réponses totales qui fluctue. J'avais laissé la possibilité aux personnes interrogées de ne pas répondre à l'une ou l'autre question, si elles ne le souhaitaient pas. Selon quelques remarques écrites des participantes à cette étude, il semblerait que des infirmières ont trouvé certaines questions trop vagues, ou bien qu'elles avaient de la peine à se positionner puisque, selon elles, tout dépend de la situation, de la charge de travail ou de l'infirmière intérimaire qui effectue le remplacement. Elles m'ont signalé la difficulté pour elles de généraliser. J'ai pu voir cette difficulté à se positionner par le fait qu'à certaines questions ne comportant pas de possibilités centrales, certaines infirmières ont souligné les deux possibilités du milieu, comme par exemple « plutôt non » et « plutôt oui ». Ces réponses intermédiaires sont

¹²⁴ La taille d'un carton à chaussure.

¹²⁵ Dix-sept questions dans le questionnaire destiné aux infirmières fixes et seize dans celui pour les infirmières intérimaires.

toutefois une minorité¹²⁶. Des questions ont un plus haut taux de non-réponses que d'autres, comme par exemple la question numéro quatre concernant le contrôle perçu où j'ai obtenu quarante-trois réponses sur cinquante. Alors que des questions concernant la tranche d'âge m'ont ramené quarante-neuf réponses. Ces questions ont en effet, un niveau de complexité différent ; les unes demandent un positionnement alors que les autres non.

7.1.1.2 Tranche d'âge

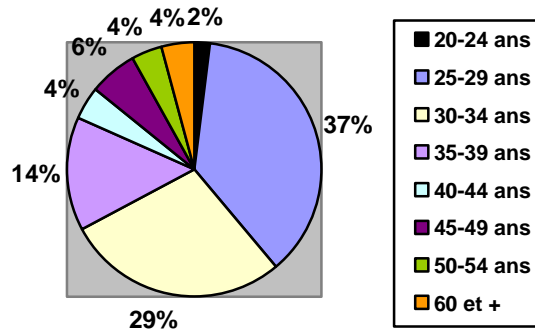


Figure 6 : Répartition des âges dans mon échantillon (sur 49 réponses).

Voici une répartition des tranches d'âges de mon échantillon dans les services de médecine et de chirurgie. Quarante pour cent des infirmières se situent entre vingt-cinq et trente-neuf ans. Les infirmières de moins de vingt-cinq ans sont peu nombreuses parce qu'en ayant commencé l'école à dix-huit ans au plus tôt, les plus jeunes infirmières en ressortent à vingt-deux ans en Suisse. La tranche d'âge de « 20-24 ans » proposée dans mon questionnaire peut plutôt se résumer à « 22-24 ans ». De plus, les infirmières n'ont pas toutes commencé leur formation à l'âge de dix-huit ans, ce qui les situe à des tranches d'âges supérieures.

Mon échantillon comprend dix-huit pour cent d'infirmières de plus de quarante ans. En comparaison avec les quatre-vingt-deux pour cent d'infirmières ayant entre vingt et trente-neuf ans, qui est aussi une tranche d'âge d'une durée d'environ vingt ans, il s'agit d'un petit pourcentage. Leur plus faible nombre ne m'étonne pas. Comme il est communément admis, la durée de vie professionnelle d'une infirmière n'est pas très longue. Régine Delplanque cite la moyenne d'environ quatorze ans pour leur durée de vie professionnelle en 1999¹²⁷. Il existe un certain nombre d'infirmières qui arrêtent rapidement la profession suite à une grossesse, un mariage, ..., et d'autres qui s'arrangent pour changer de pourcentage de travail ou de service et aller dans un lieu de travail qui permet des horaires plus compatibles avec une vie familiale, c'est-à-dire avec des horaires réguliers, sans travail de nuit ou, au contraire, avec la possibilité de pouvoir faire que des nuits, ou bien encore avec des horaires souvent du matin, comme dans les soins à domicile.

Mon échantillon ne compte aucune infirmière ayant entre « 55 et 59 » ans.

¹²⁶ Deux à trois personnes sur cinquante.

¹²⁷ DELPLANQUE, Régine. Exercice professionnel : les risques du travail soignant, p.47

7.1.1.3 Ancienneté

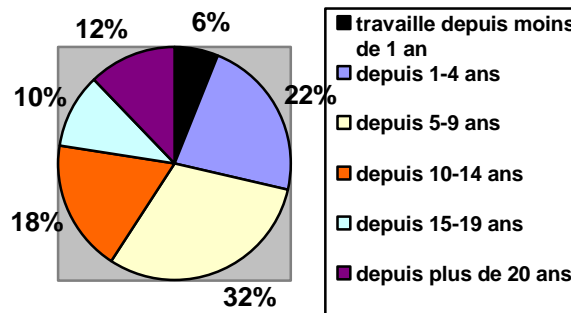


Figure 7 : Répartition en fonction de l'ancienneté dans la profession (sur 49 réponses).

Ce graphique est en relation avec le graphique précédent concernant les tranches d'âges. En effet, l'ancienneté est proportionnelle aux tranches d'âge dans la plus grande partie des cas, ce qui est logique, bien qu'il existe toujours des infirmières qui ont débuté plus tard dans la profession. En ayant plus d'infirmières jeunes, il est forcé qu'elles aient moins d'années d'expérience. En effet, une infirmière de vingt-sept ans aura au maximum cinq ans d'ancienneté dans la profession et une infirmière de trente-deux ans en aura tout au plus dix.

J'obtiens douze pour cent de professionnelles ayant plus de vingt ans d'expérience. Ce pourcentage est dû au fait que dans cette catégorie de mon échantillon, il y a des personnes ayant de quarante-cinq et jusqu'à plus de soixante ans, ce qui représente quatorze pour cent¹²⁸ de mon échantillon. Les deux pour cent de différence sont probablement dus aux personnes ayant commencé la formation plus tardivement.

Je reviens rapidement à l'article de Régine Delplanque¹²⁹ cité précédemment par rapport aux tranches d'âge et disant que la durée de vie professionnelle d'une infirmière est d'environ quatorze ans en 1999. Cet article ne mentionne pas si ces chiffres concernent uniquement une carrière non interrompue ou bien s'ils tiennent compte des infirmières qui arrêtent pendant quelques années et qui reprennent une activité quand leurs obligations familiales leur en laissent la possibilité. Dans mon questionnaire, je ne recherche pas non plus à savoir si les infirmières ont fait des pauses ou non depuis le début de leur carrière. Les résultats seraient trop complexes à évaluer et à comparer et pourraient permettre de reconnaître certaines personnes ayant participé à mon étude. Mais je ne dois toutefois pas l'oublier, puisque cela peut influencer mon étude. Par exemple, une infirmière qui a fait une pause de cinq ans sera peut-être plus stressée lorsqu'elle reprend le travail qu'une infirmière qui a continué à travailler. Cette dernière met à jour ses connaissances au rythme des nouvelles découvertes, des nouveaux médicaments génériques sortis sur le marché, de l'apparition de nouvelles thérapies. L'infirmière qui a fait une pause peut se retrouver perdue et dépassée dans le milieu hospitalier lorsqu'elle reprend son travail, bien qu'elle aie continué à acquérir des compétences dans d'autres domaines, par exemple, l'organisation familiale, les soins aux enfants, ...

¹²⁸ Cf. tableau précédent.

¹²⁹ DELPLANQUE, Régine. Exercice professionnel : les risques du travail soignant, op.cit., p.47

Voici, à présent, une répartition rapide des tranches d'âge les plus représentées en fonction de l'ancienneté¹³⁰ :

- Le cent pour cent des infirmières de mon échantillon travaillant depuis moins d'un an ont entre vingt-cinq et vingt-neuf ans.
- Nonante et un pour cent des infirmières travaillant depuis un à quatre ans ont entre vingt-cinq et vingt-neuf ans.
- Cinquante-quatre pour cent des infirmières travaillant depuis cinq à neuf ans ont entre trente et trente-quatre ans.
- Soixante-sept pour cent des infirmières travaillant depuis dix à quatorze ans ont entre trente et trente-quatre ans.
- Soixante pour cent des infirmières travaillant depuis quinze à dix-neuf ans ont entre trente-cinq et trente-neuf ans.
- Cinquante pour cent des infirmières travaillant depuis plus de vingt ans ont entre quarante-cinq et quarante-neuf ans.

7.1.1.4 Pourcentage de travail

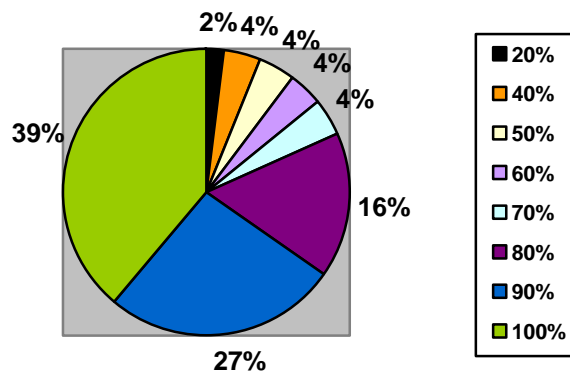


Figure 8 : Répartition en fonction du pourcentage de travail (sur 49 réponses).

Les pourcentages entre quatre-vingt et cent pour cent sont les plus représentés dans mon échantillon. Je pense qu'il s'agit, d'une part, d'un reflet de la réalité, puisque c'est plus ou moins ce que j'ai pu observer de la répartition des pourcentages de travail dans mes précédents stages. Cela a comme avantage d'assurer un meilleur suivi du client, puisque la même personne peut s'en occuper plusieurs jours de suite. Quelqu'un qui travaille à un plus faible pourcentage sera présent moins souvent dans le service. Il en résulte, entre autre, que ces infirmières ont moins eu l'occasion d'être en présence de mes questionnaires et de ma boîte de réception, ce qui diminue les chances pour ces personnes de me répondre. J'ai toutefois reçu une réponse d'une personne travaillant à vingt pour cent.

Dans mon échantillon, personne ne travaille à trente pour cent.

En mettant en relation l'âge et le pourcentage de travail, j'ai obtenu les résultats suivants¹³¹ : les postes de travail à grands pourcentages sont très largement occupés par des personnes de moins de trente ans, qui sont déjà à la base plus nombreuses dans les services. Les personnes de trente ans et plus occupent des places à tous types de pourcentages.

¹³⁰ Les représentations graphiques se trouvent dans l'annexe I.

¹³¹ Des représentations graphiques détaillées se trouvent dans l'annexe J.

Probablement que les infirmières de moins de trente ans travaillent à un haut pourcentage afin d'acquérir leur indépendance, qu'elles ont plus besoin d'argent pour s'installer, s'acheter un véhicule, finir de rembourser des dettes, ... et n'ont pas forcément un conjoint qui amène un deuxième salaire à la maison. Cela ne les dérange peut-être pas de travailler à un plus haut pourcentage. Alors que des infirmières ayant quelques années de plus ont peut-être des enfants et ont besoin de temps pour s'occuper d'eux, leur priorité n'étant plus à leur travail, mais à leurs obligations familiales. J'en profite pour faire un lien avec l'âge moyen actuel de vingt-neuf virgule huit ans pour une femme valaisanne mariée lorsqu'elle a son premier enfant¹³². C'est surtout ce critère qui fait que les femmes diminuent leur pourcentage si elles peuvent se le permettre d'un point de vue financier.

7.1.1.5 Niveau de formation

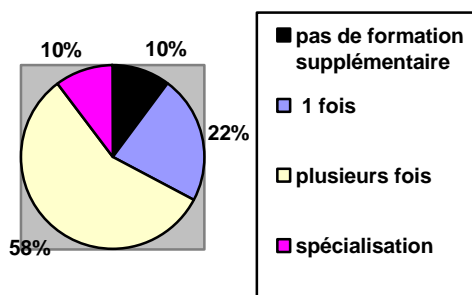


Figure 9 : Répartition en fonction de des formations post graduées (sur 49 réponses).

Il y a quelques personnes qui m'ont indiqué qu'elles avaient à la fois suivi plusieurs formations et qu'elles s'étaient spécialisées. Je n'ai inclus ces personnes que dans la catégorie de personnes s'étant spécialisées. Pour les autres catégories, les réponses étaient claires.

Il est normal que mon graphique montre une si grande proportion de personnes s'étant déjà formées plusieurs fois, toutes formations confondues, mais en rapport avec les soins infirmiers, puisque cela englobe de deux formations à une multitude. Dans ces formations, je compte également les journées de cours isolées. Cette variable me donne toutefois des données pour la suite, des points de comparaison, puisqu'elle montre différents niveaux de formation au sein de la profession.

J'ai mis en rapport le niveau de formation avec d'autres variables, mais n'ai trouvé aucune relation entre l'âge et le niveau de formation. Les personnes plus formées ou spécialisées ne sont pas forcément plus âgées. Les personnes plus jeunes ne sont pas plus ou moins formées que les autres. Et même chez les personnes plus jeunes, il y en a qui ont suivi une ou plusieurs formations post graduées.

¹³² Administration fédérale. Statistique suisse. *Age moyen des femmes mariées à la naissance du premier enfant* [en ligne]. 2008. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/07.html> (consultée le 1 décembre 2008)

7.1.1.6 La satisfaction au travail

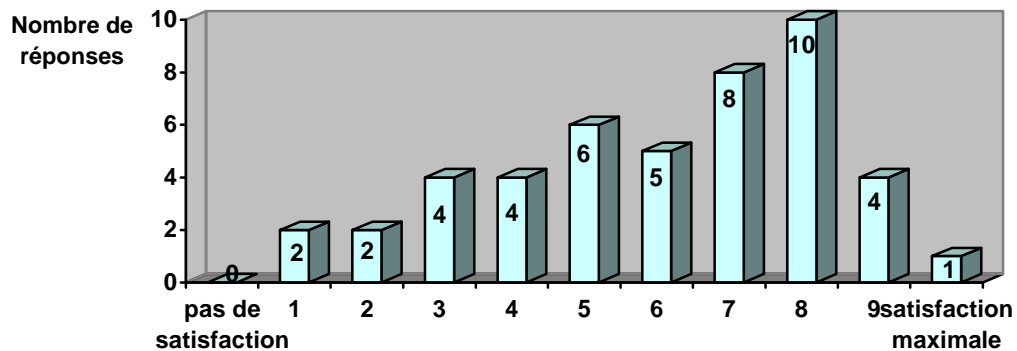


Figure 10 : Répartition du niveau de satisfaction au travail chez les infirmières fixes (sur 46 réponses).

J'ai choisi de parler de la satisfaction au travail ici, puisqu'elle revient un peu plus loin comme variable par rapport au stress.

Par rapport à cette question, j'ai reçu trois réponses qui ne sont pas des chiffres ronds. J'ai donc choisi de ne pas en tenir compte étant donné le travail supplémentaire que cela occasionne et du fait que cela dilue mon graphique et le rend difficilement lisible¹³³.

Pour ce tableau, j'ai un mode à huit, une médiane à six virgule cinq et une moyenne à six. L'écart type est de deux virgule trois, ce qui me donne un coefficient de variation de trente-huit virgule cinq pour cent. Cela veut dire que mes réponses sont assez étalées. Chaque réponse individuelle représente une moyenne de satisfaction au travail, tout élément confondu, qu'il s'agisse d'éléments positif ou négatif de l'environnement physique, psychologique ou social. Des infirmières m'ont dit avoir eu de la peine à définir une moyenne de satisfaction étant donné que le travail leur plaît énormément, mais que le stress est trop élevé. Le peu de réponses dans la catégorie maximale est peut-être un reflet de cette ambiguïté. De même, ce qui est rassurant, aucune réponse ne se situe dans la catégorie minimale « aucune satisfaction au travail » et les personnes ayant un niveau de satisfaction bas sont peu nombreuses. Ce qui démontre, que malgré une pénibilité accrue, les soignants sont encore contents de leur activité professionnelle. En moyenne, donc, les infirmières qui m'ont répondu sont plutôt satisfaites de leur travail (six sur dix). Cela signifie en fin de compte qu'il y a plus d'éléments positifs dans leur travail que d'éléments négatifs.

Afin de faciliter la lecture des prochains graphiques, j'ai choisi de représenter la répartition des fréquences de niveau de satisfaction comme présentée dans le graphique suivant. Je vais en effet utiliser ces chiffres comme variables. Puisque mon échantillon n'est composé que de cinquante personnes, si je gardais toutes les valeurs, mes résultats se retrouveraient trop dilués, je n'aurais plus suffisamment de personnes représentant chaque catégorie.

¹³³ J'ai pu l'expérimenter lors des calculs statistiques pour ma première question, c'est pourquoi ces chiffres intermédiaires ne figurent que pour l'évaluation primaire du stress.

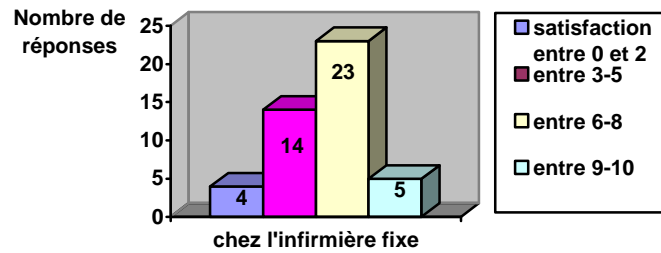


Figure 11 : Répartition des fréquences de niveau de satisfaction au travail (sur 46 réponses).

7.1.1.7 Autres résultats

J'ai essayé de mettre en rapport d'autres variables, mais n'ai pas trouvé de relations entre

- l'âge et le degré de satisfaction au travail chez les infirmières fixes,
- l'âge et le contrôle perçu sur la situation,
- l'âge et le soutien perçu,
- le pourcentage de travail et le niveau de formation.

7.1.2 Infirmières intérimaires

7.1.2.1 Nombre de réponses

Sur environ cent trente questionnaires envoyés à des infirmières intérimaires, j'en ai reçu dix-sept en retour. Cela représente un retour d'environ treize pour cent. Pour la moitié de ces infirmières, je ne peux pas attribuer les non-réponses au coût de l'envoi, puisqu'elles ont reçu des enveloppes réponses préaffranchies. J'excuse l'autre moitié, qui a dû franchir l'obstacle du coût du timbre pour me renvoyer ces questionnaires. Mais il y a quand même une partie des personnes qui l'ont fait, ce qui m'amène à penser que le thème de mon MFE devait les interpeller. Comme autres raisons, je vois un manque d'intérêt pour le sujet ou tout simplement un manque de motivation à remplir et me retourner le questionnaire qui a peut-être été ressenti comme long et dense. L'oubli est peut-être un autre élément de réponse à ce faible taux de retour. Une agence intérimaire évoque le fait que mon délai de deux semaines était trop court. Mais selon l'avis de plusieurs personnes de mon entourage scolaire ou proche, cela ne sert à rien de laisser un délai trop long, car les personnes qui souhaitent participer à une enquête le font rapidement, sinon le risque d'oubli est présent. Par contre, j'ai eu la satisfaction de relever que, la plupart des personnes qui m'ont répondu trouvent mon sujet intéressant. Quelques-unes se sont même réjouies de constater qu'une future professionnelle s'intéresse à cette problématique.

7.1.2.2 Tranche d'âge

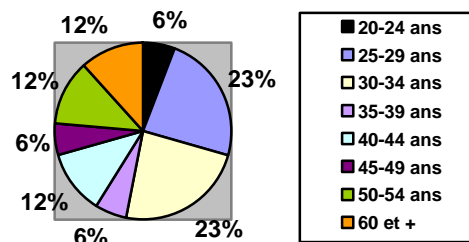


Figure 12 : Répartition des âges dans mon échantillon (sur 17 réponses).

Les fréquences les plus courantes se trouvent dans la catégorie entre vingt-cinq et trente-quatre ans. Ces chiffres ressemblent à ceux récoltés pour les infirmières fixes. J'explique la faible fréquence d'infirmières ayant moins de vingt-cinq ans, comme pour les infirmières fixes, par le fait que les infirmières les plus jeunes ont vingt-deux ans et que c'est l'âge minimum auquel elles terminent leur formation. Autrement, les agences m'ont expliqué que les infirmières qui s'engagent comme intérimaires en sortant de l'école n'est pas une réalité très courante. Le profil des infirmières que l'on retrouve dans les agences d'intérim est composé soit d'infirmières qui voyagent beaucoup, qui ne savent pas encore dans quel milieu professionnel elles veulent travailler ou alors elles le font dans le but de trouver une place fixe. Les résultats concernant les autres catégories d'âge s'apparentent à ceux trouvés pour les infirmières fixes. Je peux aussi interpréter ce fait comme étant une constante dans la profession infirmière quel que soit le type de contrat de travail. A l'aide des renseignements donnés par les agences temporaires, je peux préciser que les infirmières qui travaillent comme intérimaires sont souvent des infirmières qui ont eu des enfants et qui veulent remettre progressivement un pied dans la pratique, soit afin de retrouver un poste fixe, soit pour pouvoir choisir leurs jours de travail ou avoir une activité professionnelle à de très faibles pourcentages, par exemple, à moins de trente pour cent. Une partie de ces infirmières travaille selon ce type de contrat pour pouvoir partir régulièrement en missions humanitaires ou en voyages. Il arrive aussi que certaines infirmières désirent encore avoir une activité professionnelle après la retraite mais à un plus faible pourcentage et avec une possibilité de choix quant à la fréquence de celle-ci.

Mes résultats ne correspondent pas avec ceux de Eric Charles¹³⁴, qui dit que quarante pour cent de l'effectif des intérimaires est constitué d'infirmières ayant entre « 20 et 25 ans » et que trente pour cent de l'effectif comprend les « 35-45 ans ». Personnellement, j'obtiens six pour cent de mon effectif qui entre dans la catégorie des « 20 et 24 ans ». Même si j'y additionne les « 25-29 ans », j'arrive à vingt-neuf pour cent. Je suis donc loin des quarante pour cent. Pour les infirmières de « 35-44 ans », j'arrive à dix-huit pour cent. Mais selon ce que m'ont dit les responsables d'agences intérimaires, ce chiffre n'est pas stable. Il varie en fonction de la rotation des infirmières intérimaires. De plus, cette étude est française et il semblerait que les conditions de travail sont meilleures en Suisse, ou tout du moins différentes¹³⁵, ce qui encourage les jeunes infirmières à postuler pour un poste fixe.

¹³⁴ Article en annexe : annexe A. Référence : CHARLES, Eric. Profil des infirmières intérimaire, op.cit., p. 5.

¹³⁵ Les infirmières, en France, ne font pas ou peu de soins de base ; elles effectuent principalement des actes médico-délégués et ont souvent plus de patients à charge qu'une infirmière suisse. Les effectifs infirmiers sont souvent limités dans un service et la rémunération est moins favorable en France par rapport à la Suisse.

7.1.2.3 Ancienneté

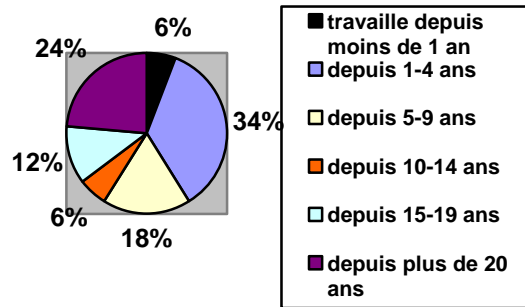


Figure 13 : Répartition en fonction de l'ancienneté en tant qu'infirmière (sur 17 réponses).

L'ancienneté en tant qu'infirmière intérimaire suit aussi l'âge comme pour les infirmières fixes dans un service.

De même, la tranche « plus de 20 ans » est augmentée par rapport aux autres tranches d'ancienneté, puisqu'elle englobe toutes les infirmières de plus de quarante-cinq ans.

J'ai également recherché une autre ancienneté : l'ancienneté en tant qu'infirmière intérimaire :

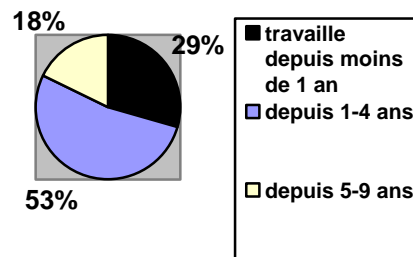


Figure 14 : Répartition en fonction de l'ancienneté en tant qu'intérimaire (sur 17 réponses).

Les infirmières de mon échantillon qui travaillent comme intérimaire sont réparties comme suit en fonction de leur classe d'âge¹³⁶:

Pour les infirmières travaillant comme intérimaires **depuis moins d'un an** :

- vingt pour cent se situent dans la classe d'âge « 20 et 24 ans »,
- quarante pour cent se situent dans la classe d'âge « 25-29 ans »,
- vingt pour cent se situent dans la classe d'âge « 30-34 ans »,
- vingt pour cent se situent dans la classe d'âge « 45-49 ans ».

Pour les infirmières travaillant comme intérimaires **depuis un à quatre ans** :

- vingt-deux virgule deux pour cent se situent dans la classe d'âge « 25-29 ans »,
- onze virgule un pour cent se situent dans la classe d'âge « 30-34 ans »,
- onze virgule un pour cent se situent dans la classe d'âge « 40-44 ans »,
- vingt-deux virgule deux pour cent se situent dans la classe d'âge « 50-54 ans »,
- vingt-deux virgule deux pour cent ont plus de soixante ans.

¹³⁶ Graphiques présents dans l'annexe K.

Pour les infirmières travaillant comme intérimaires **depuis cinq à neuf ans** :

- soixante-sept pour cent se situent dans la classe d'âge « 30-34 ans »,
- trente-trois pour cent se situent dans la classe d'âge « 40-44 ans ».

Je peux retirer de ces informations, que j'ai un échantillon varié, malgré le petit nombre de réponses, composé d'infirmières travaillant comme intérimaires depuis moins d'un an comme depuis cinq à neuf ans et ayant eu plus ou moins d'années d'expérience en emploi fixe auparavant.

7.1.2.4 Pourcentage de travail chez les infirmières intérimaires

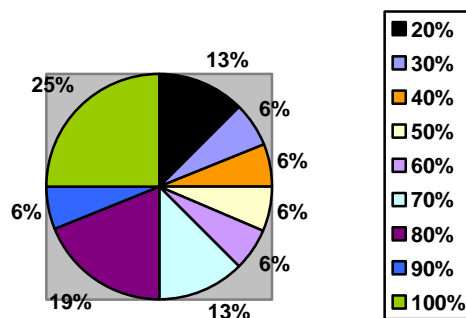


Figure 15 : Répartition en fonction du pourcentage de travail (sur 16 réponses).

J'ai récolté un éventail de pourcentages de travail. Il correspond aux personnes qui m'ont répondu à ce moment-là. Ce chiffre est très probablement en perpétuel mouvement, puisqu'il dépend des infirmières intérimaires qui travaillent dans chaque agence à un moment précis. Les intérimaires donnant elles-mêmes leurs disponibilités, leur pourcentage de travail peut facilement varier d'un mois à l'autre. De plus, ce pourcentage dépend également du besoin d'intérimaires du moment. En effet, une intérimaire peut être disponible à cent pour cent, voire plus, mais ne pas forcément travailler à ce pourcentage. Là, il s'agit vraiment d'une photo que j'ai prise à un moment précis.

7.1.2.5 Niveau de formation chez les infirmières intérimaires

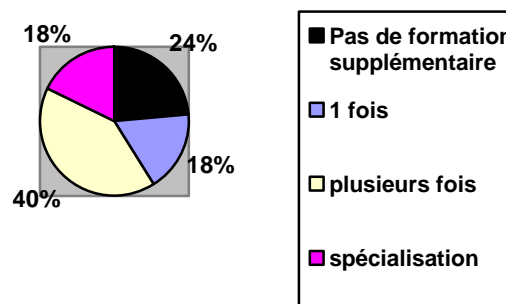


Figure 16 : Répartition en fonction de des formations post graduées (sur 17 réponses).

Je remarque que chez les infirmières intérimaires de mon échantillon, les deux extrêmes sont plus présents que chez les infirmières fixes. Il y a, en effet, plus d'infirmières qui n'ont pas suivi de formation complémentaires après leur école en soins infirmiers et il y a davantage d'intérimaires spécialisées, en proportion. J'ai essayé de trouver un rapport entre l'âge et le niveau de formation, mais n'ai pas vraiment trouvé de relation entre les deux. Je remarque toutefois que les infirmières qui se sont spécialisées ont plus de quarante ans. Est-ce dû à mon petit échantillon ? Est-ce dû au hasard ? Je ne sais pas non plus quand ces infirmières ont poursuivi leur formation, si elles travaillaient déjà comme intérimaires ou si elles se sont formées auparavant, lorsqu'elles avaient un emploi fixe. Peut-être que le fait d'être confrontées régulièrement à des services différents est un stimulant à la formation continue. Les infirmières intérimaires possédant une spécialisation ont peut être plus de chance de trouver une activité en tant qu'intérimaire, puisqu'elles peuvent répondre à la demande des services spécialisés.

7.1.2.6 La satisfaction au travail

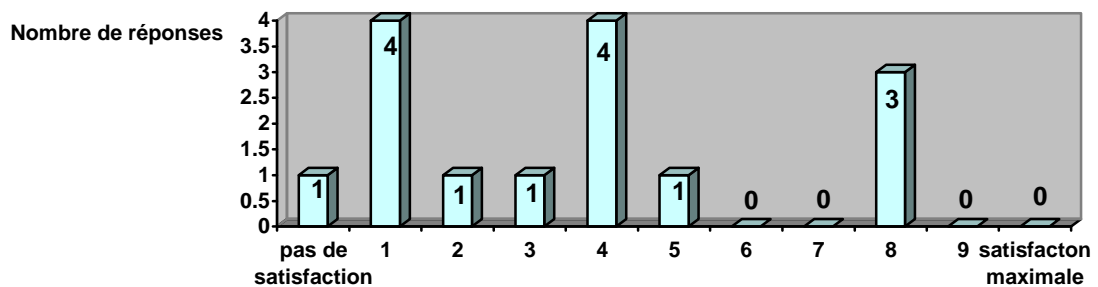


Figure 17 : Répartition du niveau de satisfaction au travail chez les infirmières intérimaires (sur 15 réponses).

Les quinze infirmières intérimaires qui ont répondu à cette question ont toutes utilisé des chiffres ronds. Aucune n'a mis de croix entre les chiffres, contrairement aux infirmières fixes, ce qui m'a permis d'utiliser toutes les réponses.

Voici une brève description statistique de ce graphique : la médiane est à quatre et la moyenne à trois virgule six. J'ai un écart-type de deux virgule sept ce qui me donne un coefficient de variation à septante-cinq virgule six pour cent. En résumé, mes réponses sont très étendues.

Comment interpréter un résultat pareil ? De manière générale, sur mon petit échantillon, il y a des personnes qui sont peu satisfaites de leur travail, d'autres qui le sont moyennement et quelques unes qui sont satisfaites de leur situation. J'interprète les trois pics apparents comme le fait de ne pas vouloir se positionner : les réponses ne sont pas carrément de zéro, cinq ou dix, mais juste à côté de ces chiffres. Peut-être aussi que la variété de leurs missions ne leur permet pas d'établir un bilan global de satisfaction, cela dépend des milieux dans lesquels elles sont engagées.

J'obtiens comme moyenne : trois virgule six sur dix. Les infirmières fixes de mon échantillon étaient, elles, à six sur dix. Parmi les personnes qui m'ont répondu, je peux conclure que les infirmières fixes sont plus comblées par leur situation de travail que les infirmières intérimaires. Cette différence peut s'expliquer de différentes façons. Probablement que les infirmières fixes ont choisi leur place de travail en fonction de leurs goûts, qu'elles ont liés certaines amitiés au sein de l'équipe, qu'elles habitent

proches de leur place de travail alors que les infirmières intérimaires ne vont pas forcément dans des services qui leur plaisent, qu'elles ne connaissent en général pas l'équipe au sein de laquelle elles vont travailler et qu'elles peuvent avoir un grand nombre de kilomètres à parcourir selon le lieu du remplacement. J'en profite pour préciser que les infirmières intérimaires peuvent dire si elles ne veulent pas travailler dans certains services et dans quel périmètre elles sont prêtes à se déplacer. Mais plus elles restreignent les critères de choix et plus elles diminuent leurs chances d'avoir du travail.

Une amie intérimaire m'a dit ne pas aimer ce style de travail, mais c'est le seul qui lui permet de mener son mode de vie, à savoir de voyager la moitié de l'année.

J'ai à nouveau élaboré un graphique par classe de satisfaction afin de simplifier la lecture de certains résultats pour la suite.

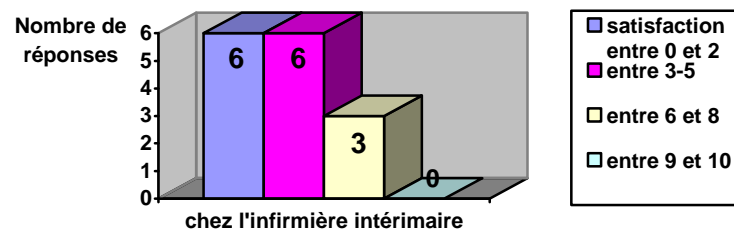


Figure 18 : répartition des fréquences de niveau de satisfaction au travail.

7.2 Le stress

7.2.1 L'évaluation primaire du stress

Je vais commencer par présenter les tableaux de répartitions des réponses par rapport à l'évaluation du stress en général chez les infirmières fixes, puis lorsqu'il y a un remplacement dans leur service et ensuite cette même évaluation est faite chez les infirmières intérimaires de mon échantillon. Suite à ces trois graphiques, je proposerai une synthèse des moyennes afin de comparer les trois situations en ce qui concerne l'évaluation primaire du stress.

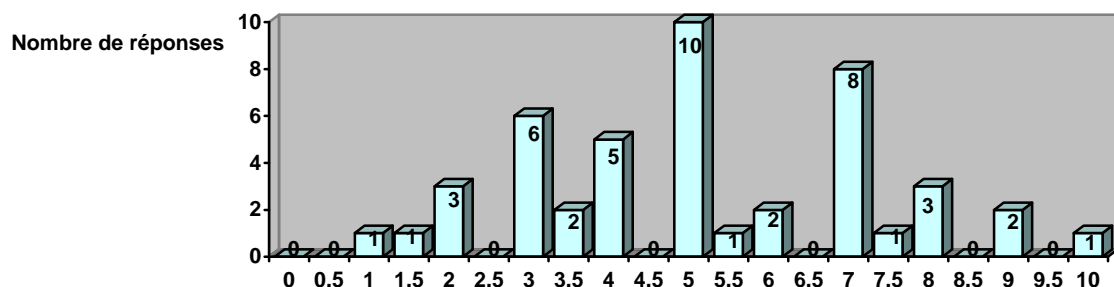


Figure 19 : Répartition de l'évaluation primaire du stress chez les infirmières fixes en général (sur 46 réponses). 0 = pas du tout de stress, 1 = stress tout à fait supportable, 10 = stress insupportable.

Voici la répartition de réponses à ma première question destinée aux infirmières ayant un emploi fixe. Il s'agit d'une évaluation du stress en général et comme je l'ai précisé dans mon cadre de référence, je m'intéresse à ce que chaque infirmière trouve stressant pour elle, ce qui va au-delà de ses ressources et qui peut compromettre son bien-être¹³⁷. Chaque personne est différente et a un seuil différent avant de trouver une situation stressante. Pour certaines une même situation sera considérée comme stressant aigu, alors que pour d'autres, elle fera partie des tracas quotidiens. Je ne fais pas de distinction entre ces différents termes pour mon enquête et je laisse le choix aux infirmières de déterminer si une situation est vécue comme un stressant chronique, aigu ou seulement comme appartenant aux tracas quotidiens.

Pour cette question, j'ai pris en compte les croix entre deux chiffres ronds, étant donné que j'ai reçu cinq réponses sur quarante-six de la sorte. Cela montre la difficulté de certaines personnes à se positionner. Paradoxalement, j'ai reçu comme remarque pour cette question qu'il n'est pas évident d'évaluer son stress sur une échelle de « 0 à 10 », car l'écart entre ces deux valeurs est trop grand, pas assez précis. Ces personnes auraient préféré une échelle allant de « 0 à 3 » ou de « 0 à 5 ». J'ai accepté ces réponses intermédiaires également parce que je n'ai nulle part mentionné qu'il fallait répondre par des chiffres ronds sur mon échelle.

Pour cette question donc, j'ai une tendance centrale avec un mode (5) et une médiane (5) qui suivent la moyenne (5.1). Mon écart-type est de deux virgule deux, ce qui montre une forte dispersion, le coefficient de variation étant de quarante-deux virgule trois pour cent.

J'explique les trois pics comme étant pour l'un une réponse centrale, à savoir que ces infirmières vivent un niveau de stress moyen, et pour les deux autres une réponse se situant entre cinq et dix ou entre zéro et cinq. Ces personnes se sentent plus ou moins stressées que la moyenne, mais ce stress n'est pas insupportable, ni inexistant.

Malgré le grand écart qu'il y a entre les différentes réponses, cette échelle de zéro à dix est un indicateur de base auquel comparer les résultats de la deuxième question. J'explique ce grand écart de deux manières : d'une part, chaque personne est différente : il y a des gens de nature plus stressée et d'autres qui sont plus détendus. Cela se voit bien puisque mes réponses vont de un à dix. D'autre part, je pense que le moment et le lieu où la personne a rempli le questionnaire ont également beaucoup d'influence. A savoir si la personne complète le questionnaire chez elle, au calme, elle évaluera peut-être son stress au travail de manière moins élevée, alors que si elle le fait après une journée de travail particulièrement éprouvante ou sur son lieu de travail un jour où l'ambiance est tendue, la tendance sera plutôt d'exagérer cette évaluation en voulant montrer le stress important des infirmières.

Vient à présent la répartition des réponses à la deuxième question chez les infirmières fixes lorsqu'il y a un remplacement :

¹³⁷ QUINTARD, Bruno. Concepts, stress, coping : le concept de stress et ses méthodes d'évaluations, op.cit., p.50

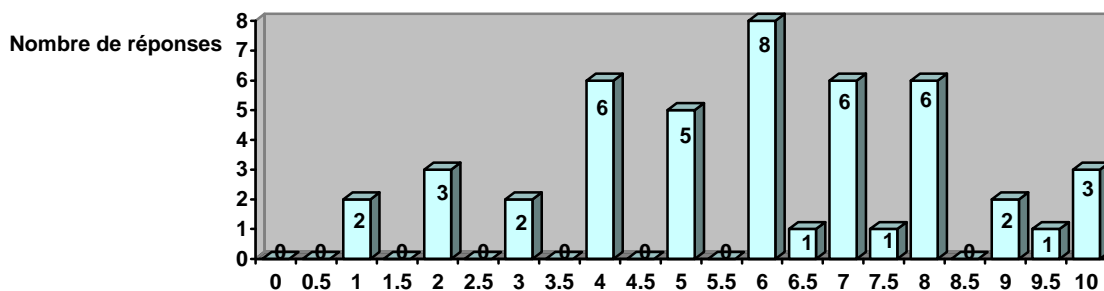


Figure 20 : Répartition de l'évaluation primaire du stress chez les infirmières fixes lorsqu'il y a un remplacement (sur 46 réponses). 0 = pas du tout de stress, 1 = stress tout à fait supportable, 10 = stress insupportable.

J'ai à nouveau accepté les réponses intermédiaires, qui étaient au nombre de trois. Pour cette question, j'ai une tendance centrale avec un mode (6) et une médiane (6) qui suivent la moyenne (5.9). Mon écart-type est de deux virgule quatre, ce qui montre une forte dispersion, le coefficient de variation étant de quarante virgule deux pour cent.

Ce graphique issu de ma deuxième question ressemble au graphique précédent, mais en étant décalé légèrement vers la droite, la médiane passant de cinq à six. (J'en propose des explications un peu plus loin dans le texte.) L'écart des réponses va à nouveau de un à dix. Cette fois, je n'ai plus trois pics distincts, mais une courbe plus pyramidale (en ne regardant que les chiffres ronds). J'explique cela par le fait que les personnes ayant répondu à mon questionnaire se sont inspirées de la réponse à la première question pour répondre à la deuxième question. Comme elles pouvaient répondre que le stress était plus ou moins augmenté ou diminué ou bien qu'il restait semblable, cela a participé à atténuer les pics présents au dernier tableau.

Les remarques relatives au graphique précédent concernant la pertinence d'une échelle allant de zéro à dix et le lieu où l'infirmière a rempli le questionnaire valent également pour ce graphique.

De plus, si l'infirmière vient de passer une journée où un remplacement s'est mal passé, l'évaluation faite pour cette question sera certainement exagérée aussi.

Je rappelle également que mon échantillon est formé de personnes volontaires. Ces résultats sont donc représentatif de mon échantillon qui lui n'est pas forcément représentatif de la population présente dans les services de chirurgie et médecine.

Je montre à présent ce qu'il en est pour les infirmières intérimaires de mon échantillon :

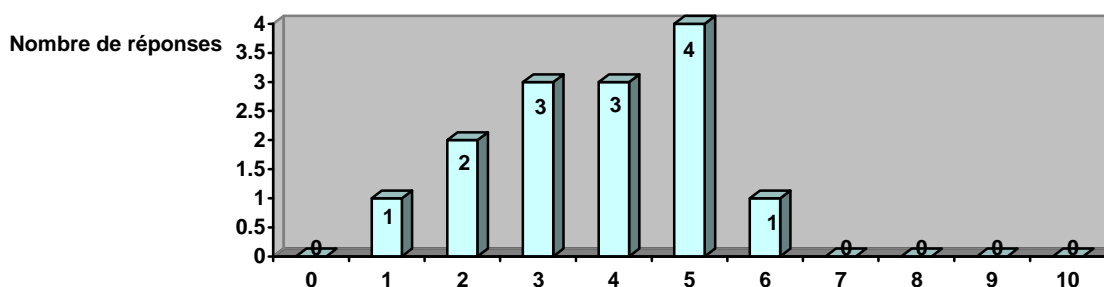


Figure 21 : Répartition de l'évaluation primaire du stress chez les infirmières intérimaires (sur 14 réponses). 0 = pas du tout de stress, 1 = stress tout à fait supportable, 10 = stress insupportable.

Comme toutes les réponses étaient des chiffres ronds, mon graphique ne montre donc plus les chiffres intermédiaires. Pour cette question, j'ai un mode à cinq, une médiane à quatre et une moyenne à trois virgule sept. Mon écart-type est de un virgule quatre, ce qui montre à nouveau une forte dispersion, le coefficient de variation étant de trente-huit virgule sept pour cent.

Quelques personnes m'ont fait remarquer que la réponse peut varier en fonction du lieu de la mission, certains services sont plus « stressants » que d'autres, comme par exemple la cardiologie. Trois personnes n'ont pas répondu à cette question. J'interprète leur abstention comme le fait qu'elles n'aient pas réussi à se positionner à cause du trop grand décalage d'un service à un autre.

Je suppose que les infirmières intérimaires de mon échantillon ont répondu à mon questionnaire chez elles, du fait qu'elles l'ont reçu par la poste. Cela fait une différence avec les infirmières ayant un emploi fixe qui ont plus probablement répondu à ce questionnaire dans le service, puisque c'est là qu'il se trouvait, ainsi que la boîte de réception. Cela influence peut-être les chiffres présentés dans les tableaux de ce chapitre.

Afin de comparer ces trois derniers graphiques, je mets, côte à côte, les moyennes de ces trois situations :

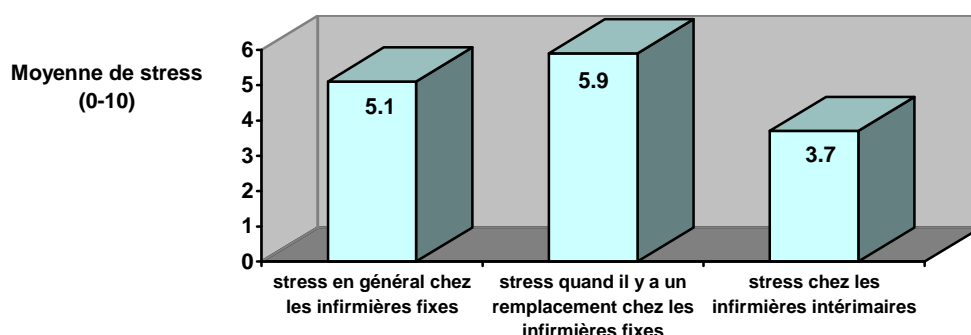


Figure 22 : Moyenne de niveaux de stress évalués.

Il s'agit ici d'une moyenne du stress perçu et évalué entre zéro et dix. Elle est faite pour chacune des trois situations : chez l'infirmière fixe sans ou avec remplacement et chez l'infirmière intérimaire.

De mon échantillon, il ressort qu'en moyenne les infirmières sont légèrement plus stressées lorsqu'une infirmière intérimaire fait un remplacement dans leur service¹³⁸. Plusieurs infirmières m'ont noté que lorsqu'il y a déjà une certaine quantité de stress dans le service, il est difficile d'évaluer le stress amené par une infirmière intérimaire. Voici ce que m'ont écrit quelques infirmières : « Ce n'est pas tant la présence de l'intérimaire qui est vraiment hyper stressante si ce n'était pas déjà la situation de la charge du service au départ. L'intérimaire, elle fait ce qu'elle peut et je la remercie d'ailleurs pour son travail ! ». « [...] le problème n'est pas face à une infirmière intérimaire, plutôt par la charge de travail. ». « Très difficile d'évaluer le stress supplémentaire d'une intérimaire car le stress journalier est déjà énorme, voire parfois ingérable... ». Malgré ces quelques remarques, mes moyennes ne sont pas si élevées, puisqu'il y a également des personnes qui ne trouvent pas leur situation de travail stressante, ou alors peu.

¹³⁸ La moyenne augmente de 0,8 point d'une situation à l'autre.

Ce léger décalage entre les deux premières colonnes de ce graphique n'est peut-être pas complètement un reflet de la réalité. Il est peut-être dû à un biais amené par la façon dont j'ai introduit mon sujet. J'ai peut-être induit la réponse, puisque ma question demandait d'évaluer le stress. Je parlais du postulat que stress il y avait. Toutefois, les infirmières m'expliquent, au travers de la cinquième question, en quoi ce stress est différent, lorsqu'il y a un remplacement dans un service. Je peux donc m'autoriser à affirmer qu'un certain nombre d'infirmières vivent un stress plus grand lorsqu'un remplacement est effectué dans leur service.

J'ai également abordé la question d'une autre manière, en regardant la différence entre les résultats à la première question et ceux de la deuxième question. Il en est ressorti que treize pour cent de mon échantillon trouvent que leur niveau de stress est plus bas lorsqu'une intérimaire effectue un remplacement dans leur service ; vingt-deux pour cent trouvent qu'il n'y a pas de différence qu'il y ait ou non une intérimaire et soixante-cinq pour cent trouvent que leur niveau de stress est augmenté lorsqu'une intérimaire vient effectuer un remplacement dans leur service. Que ce soit en positif ou négatif, ces écarts vont jusqu'à quatre unités. Par exemple, une personne évaluera son stress à « 5 » en temps normal, le jugera à « 1 » lorsqu'une remplaçante externe vient en renfort. Ces résultats peuvent être influencés par le fait que je n'ai nul part précisé par écrit que je m'intéressais aux remplacements de seulement quelques jours. Je l'ai annoncé par oral en apportant mes questionnaires, mais l'information n'est peut-être pas parvenue à tout le monde. Des infirmières ont peut-être répondu par rapport à des remplacements à court terme, d'autre par rapport à des remplacements à long terme et d'autres tout simplement par rapport à un mélange des expériences qu'elles ont vécu avec des infirmières intérimaires. Dans ce contexte, je ne peux que parler de remplacements sans préciser s'ils sont pour une courte période ou plusieurs mois.

Voici les explications données par les infirmières fixes de mon échantillon par rapport à ce qui modifie le stress quand il y a un remplacement effectué par une intérimaire¹³⁹ :

- Les propositions qui sont revenues le plus souvent (une quinzaine de fois) sont les suivantes : *lorsqu'une intérimaire ne connaît pas les habitudes, le fonctionnement et l'organisation du service, la charge de travail s'en trouve augmentée parce qu'il faut prendre du temps pour tout expliquer, pour former la personne, pour lui donner des rapports supplémentaires, pour l'encadrer. Dans certains cas, les infirmières du service préfèrent faire elles-mêmes les tâches à la place de l'intérimaire, parce que c'est plus rapide ainsi, plutôt que de passer du temps à expliquer.* « Ceci dénote peut-être d'une mauvaise utilisation de l'infirmière intérimaire. En effet, si elle ne reçoit pas d'explications, elle ne pourra pas fonctionner correctement et sera sans cesse obligée de poser des questions. Peut-être vaut-il mieux prendre le temps d'encadrer correctement une collègue à son arrivée et le temps « perdu » pour cela se retrouvera par la suite grâce à une meilleure efficacité. »¹⁴⁰
- Il ressort aussi que les infirmières fixes *se sentent responsables du travail des intérimaires, de contrôler et de superviser les intérimaires. Quelque fois, elles doivent « repasser derrière », ce qui les stresse et leur fait dépenser plus d'énergie.* Cela indique peut-être à nouveau un problème au niveau de l'encadrement et de l'utilisation de l'infirmière intérimaire.
- A une fréquence un peu moins grande (cinq à six fois), il ressort des questionnaires *que le fait que les intérimaires ne connaissent pas forcément les lieux, où se trouve le matériel, ou bien manque de connaissance par rapport au milieu aigu, aux*

¹³⁹ Informations apportées par les réponses à ma cinquième question.

¹⁴⁰ Remarque faite par une infirmière de ma connaissance ayant une longue expérience du terrain.

pathologies rencontrées ou à la spécialité du service stresse les infirmières du service, parce que cela prend du temps de tout expliquer à la personne et que du temps, il en manque déjà bien trop souvent dans les services. De ce fait, une infirmière intérimaire qui connaît déjà le service est la bienvenue. J'en profite pour faire un rappel de l'existence de procédures qualité qui décrivent le fonctionnement et l'organisation d'un service, mais qui sont bien souvent oubliées.

- *Pour quelques personnes (cinq), même si l'infirmière intérimaire ne connaît pas le service, « c'est déjà une personne de plus pour aider » [lorsque l'on sait quoi, comment et pourquoi déléguer].*
- *Le fait que les infirmières intérimaires ne connaissent pas forcément le service, son fonctionnement, son organisation, ... stresse le service, mais le fait que le service ne connaisse pas la personne qui vient assurer le remplacement, ne connaisse pas son niveau de compétence, son niveau d'expérience, ses capacités,... rajoute également des responsabilités à l'infirmière fixe. Elle ne sait pas jusqu'à quel point elle peut faire confiance à l'intérimaire. Elle ne sait pas comment celle-ci réagit en situation de crise ou de pression, comment elle est avec les patients, quelle est son aptitude à prendre les bonnes décisions au bon moment...*
- *J'ai relevé trois fois chacune des propositions suivantes, à savoir qu'une intérimaire ne remplace pas une collègue qui connaît bien le service, elle est moins autonome, elle ne connaît pas les protocoles du service. Ainsi il arrive aussi que la personne devant effectuer le remplacement ne connaisse pas le programme informatique utilisé pour la gestion des données des patients.*
- *Plusieurs infirmières ont rappelé que ce remplacement se fait dans des conditions qui sont déjà stressantes à la base, qu'il y a un manque de personnel, un manque de temps et que la charge de travail est déjà bien souvent lourde. On me rappelle également que les intérimaires sont souvent des personnes flexibles et ayant une grande faculté d'adaptation. A l'école déjà, nous avons eu l'occasion de nous entraîner à transférer nos connaissances, par exemple lors des synthèses thématiques ou entre les différents cours, travaux de groupe et stages, afin d'adapter nos connaissances et compétences aux différentes situations rencontrées. Les infirmières intérimaires, elles, ont d'autant plus l'occasion de développer des capacités de transferts qui leur permettent de changer de lieux de travail.*
- *Quelques personnes rajoutent encore que tout dépend de la compétence de l'intérimaire qui vient assurer le remplacement. Pour quelques personnes, cela ne change rien au stress qu'il y ait une intérimaire ou non, pour d'autre la présence de l'intérimaire n'est pas un soutien.*
- *Deux personnes trouvent que « l'intérimaire quel qu'il soit, n'a pas le même investissement personnel au sein du service. [Il ne s'agit] pas d'un manque de conscience professionnelle mais d'un certain détachement par rapport aux différents problèmes ou imprévus, d'où la surcharge en stress pour l'équipe en place. »*
- *J'ai encore obtenu quelques explications isolées telles que les infirmières intérimaires ralentissent le travail de l'infirmière fixe, qu'elles ne connaissent pas les habitudes des médecins, qu'il peut arriver qu'elles manquent de pratique, que cela dépend de la durée du remplacement, que les infirmières intérimaires obéissent plus facilement aux consignes données par les infirmières fixes et pour une infirmière, il faut bien réfléchir aux patients à confier à l'infirmière intérimaire.*

J'en reviens à mon graphique montrant les différentes moyennes de stress pour les trois situations proposées. Par le biais de celui-ci, je peux répondre à la première partie de ma question de recherche : « Lorsque des infirmières intérimaires effectuent un

remplacement dans un service, lesquelles sont les plus stressées dans leur travail : les infirmières établies dans le service ou les intérimaires ? » Parmi les personnes qui m'ont répondu, je peux dire qu'en moyenne, les infirmières ayant un emploi fixe se sentent plus stressées que les infirmières intérimaires. Je ne peux pas généraliser mes résultats du fait de mon petit échantillon. Par la même occasion, en comparant la première et la troisième colonne de mon graphique, je vérifie ma première hypothèse « Les infirmières fixes dans un service sont plus à risque d'être stressées que les infirmières intérimaires présentes dans ce service », mais toujours par rapport aux personnes qui m'ont répondu. Les infirmières intérimaires sont donc moins stressées en moyenne, mais, comme elles me l'ont écrit, ce stress varie en fonction du service et des pathologies rencontrées. Ce chapitre me permet également de répondre à mon troisième¹⁴¹ et quatrième¹⁴² objectif.

7.2.2 L'évaluation secondaire

Après ces quelques pages concernant l'évaluation primaire du stress existant dans leur activité quotidienne et de celui pouvant s'ajouter ou pas lors de la présence d'une infirmière intérimaire, je présente très brièvement les résultats obtenus par rapport à l'évaluation secondaire que font les infirmières des situations stressantes rencontrées dans leur travail. Ces éléments restent très généraux. Pour rappel, l'évaluation secondaire est composée de l'évaluation des ressources de la personne et plus précisément du contrôle perçu dans la situation stressante et du soutien perçu.

7.2.2.1 Contrôle perçu

Le « contrôle perçu », seul, n'amène pas grand-chose comme élément dans ce travail. Il prend surtout du sens lorsqu'il est utilisé comme variable par rapport à d'autres éléments, ce que je fais plus loin dans le texte. Je n'en présente donc ici que le graphique des résultats. Vous trouverez en annexes L les commentaires.

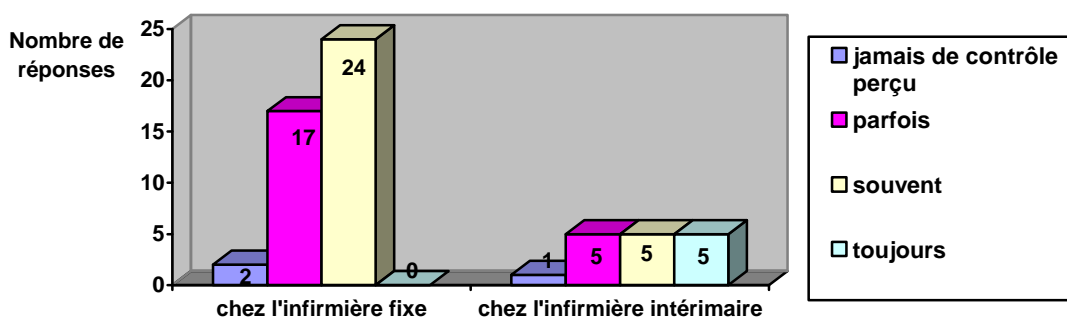


Figure 23 : Répartition des fréquences par rapport au contrôle perçu sur les agents stressants (sur 43 et 16 réponses).

¹⁴¹ « Evaluer si les infirmières fixes d'un service sont plus stressées ou non lors d'un remplacement effectué par une infirmière intérimaire par rapport à leur pratique habituelle (quand il n'y a pas d'intérimaire) et expliquer ce qui change dans le stress perçu de la pratique quotidienne quand il y a une infirmière intérimaire dans le service. »

¹⁴² « Déterminer laquelle des ces deux populations se dit la plus sensible au stress. »

7.2.2.2 Soutien perçu

A nouveau, cette notion est trop abstraite ou subjective pour être traitée en tant que telle, mais par contre elle sera utilisée en lien avec d'autres variables comme je le fais plus loin dans le travail. A titre indicatif, voici le tableau représentant les résultats relatifs au soutien perçu. A nouveau, un explicatif se trouve en annexe M.

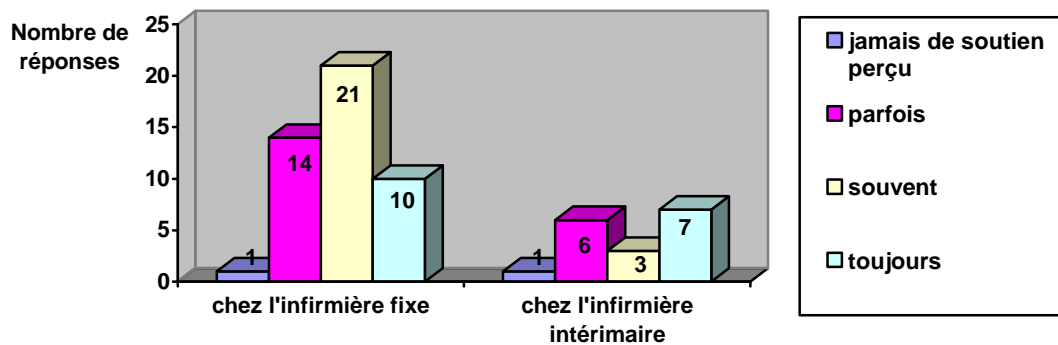


Figure 24 : Répartition des réponses en fonction du soutien perçu (sur 46 et 17 réponses).

7.2.3 Le stress en lien avec différentes variables

Après avoir parlé de l'évaluation primaire et secondaire du stress en général selon qu'un remplacement existe ou non, je vais mettre en relation le niveau de stress évalué précédemment avec différentes variables comme le contrôle perçu, le soutien perçu, le niveau de satisfaction au travail, l'âge, l'ancienneté, le pourcentage de travail et le niveau de formation. Cela me permet d'atteindre mon deuxième objectif de recherche : « Comparer, pour ces deux populations d'infirmières, l'influence de leur niveau de formation, de leur âge, de leur ancienneté, de leur pourcentage de travail et de la présence d'un soutien suffisant ou non (variables indépendantes) sur la perception de ce stress et sa gestion (variables dépendantes). ». L'atteinte de la deuxième partie de cet objectif qui concerne la gestion du stress sera mise en évidence dans le chapitre concernant le coping.

7.2.3.1 Stress perçu en lien avec le contrôle perçu

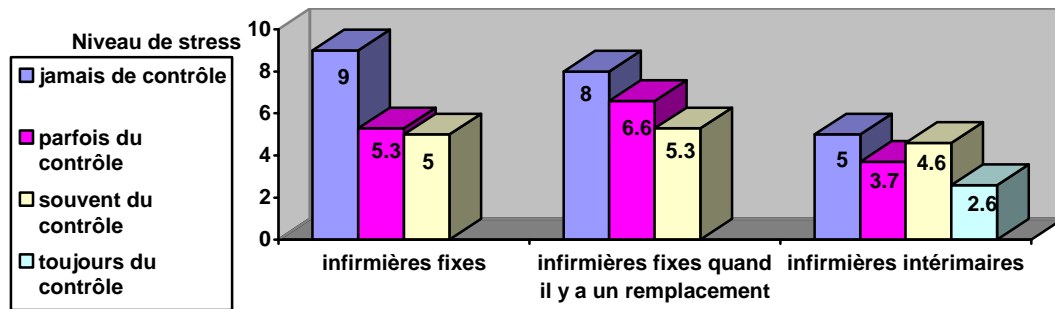


Figure 25 : Stress perçu en fonction du contrôle perçu (sur 40, 40 et 14 réponses, de gauche à droite).

Pour rappel, la majorité des infirmières fixes se situait dans la catégorie prétendant avoir souvent du « contrôle perçu » (56%) ou « parfois » (40%). Les infirmières intérimaires étaient réparties équitablement entre « parfois », « souvent » et « toujours » du contrôle perçu.

Ce graphique montre un résultat auquel je m'attendais, à savoir que moins les infirmières, autant fixes qu'intérimaires, ont l'impression d'avoir du contrôle sur la situation et plus elles se sentent stressées. Comme les infirmières intérimaires se sont dites moins stressées en général par leur travail que les infirmières fixes, cela se retrouve ici, la pente étant atténuée. Il en va de même entre les deux premières colonnes. Le contrôle laisse, en effet, moins de place au doute, aux imprévus, à l'inconnu. Ce dernier peut pousser à avoir des représentations. Ce qu'on ne connaît pas, on l'imagine et on construit sa propre vision de la réalité, qui n'est pas toujours en adéquation avec la réalité vraie. Cette vision faussée peut faire peur et stresser la personne qui l'a.

En recherchant s'il y avait un lien entre le « contrôle perçu » et le stress engendré par différentes variables comme « les imprévus en tout genre », « la peur de l'inconnu » ou bien « un manque de confiance en soi, la peur de faire des fautes, la peur de ne pas savoir répondre aux questions/demandes des patients, de leur famille », j'ai trouvé que plus les infirmières ont l'impression d'avoir du contrôle sur ce qui les stresse et moins elles se sentent stressées par ces éléments.

Le contrôle perçu peut aussi laisser moins de place au risque, à l'erreur, à l'incident ou à l'accident, puisque l'infirmière sait ce qu'elle fait, gère mieux son travail et se sent moins stressée. Elle réfléchira plus à tête reposée. Mais cela ne l'empêchera par contre pas d'être distraite et de commettre un impair. J'en profite pour faire un lien avec l'eustress et le distress dont je parle dans mon cadre de référence. En effet, le stress n'est pas toujours négatif, il peut être un moteur qui pousse à développer ses compétences et capacités, d'autant plus que la personne se sent le pouvoir d'entreprendre quelque chose d'elle-même. Il n'est pas forcément toujours paralysant.

Afin de vérifier la cohérence de ces liens, je me suis amusée à mettre en lien « le contrôle perçu » et le stress engendré par « le sentiment d'impuissance, l'incontrôlabilité réelle ou perçue d'une situation difficile ». A nouveau, les infirmières disant avoir souvent du contrôle sur les éléments qui les stressent se sentent moins stressées par « le sentiment d'impuissance, l'incontrôlabilité réelle ou perçue d'une situation difficile ». Cela peut aussi vouloir dire que les infirmières qui se sentent moins stressées le sont en général par rapport à tous les stressseurs proposés dans mon questionnaire. Ma question concernant le contrôle perçu n'étant pas spécifique à chacun de ces stressseurs, je ne peux pas savoir si l'un ou l'autre est plus ou moins atténué par le contrôle perçu.

7.2.3.2 Stress perçu en lien avec le soutien perçu

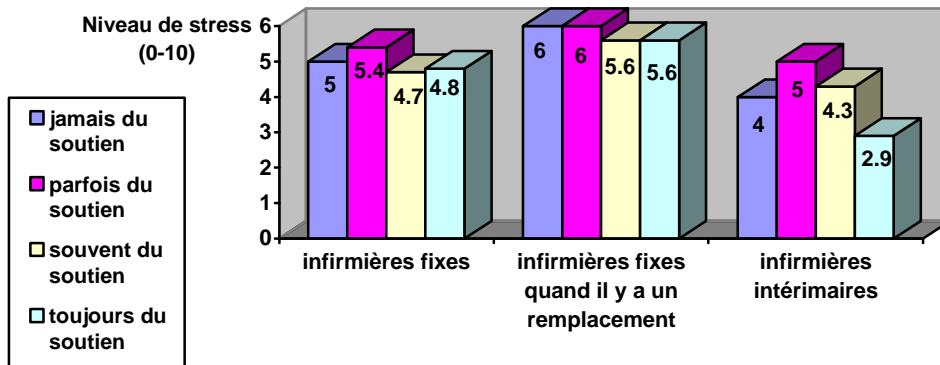


Figure 26 : Niveau de stress perçu en fonction du soutien perçu (sur 42, 42 et 14 réponses, de gauche à droite).

Chez les infirmières fixes, la diminution du stress en lien avec un soutien plus fréquemment perçu n'est pas flagrante, en revanche, chez les infirmières intérimaires ce phénomène est plus marqué. A nouveau, je ne sais pas de qui provient ce soutien, ni de quel type de soutien il s'agit, mais peut-être qu'il diminue en efficacité ou en qualité lorsque la personne vit une certaine routine, que ce soit auprès des collègues ou de l'entourage, alors que pour l'infirmière intérimaire, l'entourage reste toujours autant à l'écoute à cause des fréquents changements. Peut-être que les infirmières ayant un poste fixe vivent un stress chronique qui fait que le soutien perçu existe mais n'est pas suffisant pour faire diminuer ce stress ou alors que le soutien existant n'est pas celui attendu. L'infirmière intérimaire reçoit aussi probablement un plus grand soutien de l'équipe (soutien surtout informatif), cette dernière se sentant responsable des actes de l'intérimaire. Ceci peut donc participer à diminuer le niveau de stress perçu. Mais à nouveau, le petit nombre de réponses de la part des infirmières intérimaires me permet de tirer des tendances et non des généralités.

7.2.3.3 Stress perçu en lien avec la satisfaction au travail

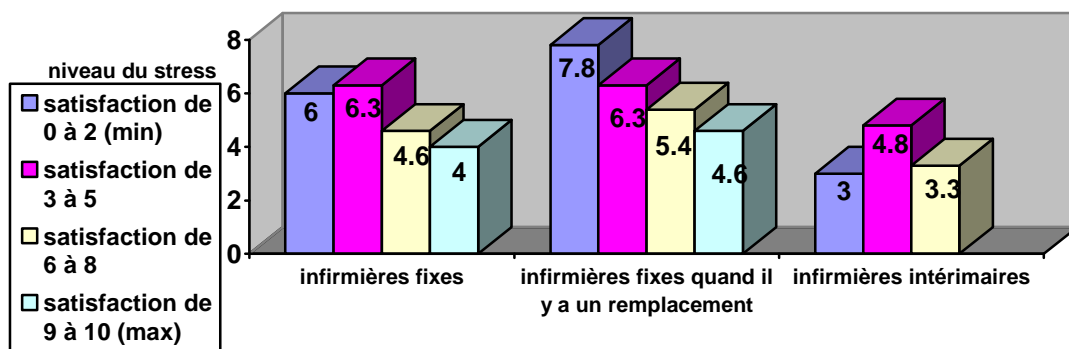


Figure 27 : niveau de stress en fonction de la satisfaction au travail (sur 43, 43 et 14 réponses, de gauche à droite).

De manière globale, il y a une relation entre la satisfaction au travail et le niveau de stress, en tout cas pour les infirmières ayant un poste fixe. Les deux sont inversement proportionnels, à savoir que plus la satisfaction est faible et plus le niveau de stress est haut. J'explique cela par le fait qu'un haut niveau de stress fait diminuer la satisfaction.

Comme je l'ai expliqué dans mes motivations économiques, trop peu de stress n'est pas productif et à l'inverse, trop de stress ne l'est pas non plus. Il faut une juste proportion pour que le travail soit performant et une infirmière efficiente sera plus satisfaite d'elle-même et de son travail.

Cette relation, par contre ne joue pas chez les infirmières intérimaires de mon échantillon. Est-ce dû à mon petit nombre de réponses, à une satisfaction au travail qui est généralement moins élevée que chez les infirmières fixes, à une moins grande implication émotionnelle dans le travail ? Pourtant, si je mets en relation la satisfaction et la fréquence d'utilisation du désengagement¹⁴³, il ressort que le désengagement de la situation stressante est très peu utilisé comme moyen de gestion du stress. Il est utilisé à une fréquence de « presque jamais » à « quelquefois par mois ».

Je me suis alors penchée sur d'autres éléments qui peuvent permettre d'obtenir de la satisfaction au travail : une bonne ambiance d'équipe, le fait d'être reconnu dans ses compétences par ses collègues et supérieurs, le fait d'être écouté par ceux-ci, de pouvoir effectuer du travail de qualité, la reconnaissance ou satisfaction venant des patients, pouvoir être en adéquation avec ses propres valeurs, avoir une bonne estime de soi, avoir confiance en soi... L'estime de soi a une grande importance par rapport à la qualité de vie et à la capacité d'avoir du plaisir. En effet, comme le disent Rosette Poletti et Barbara Dobbs « [...] une personne qui a une bonne estime d'elle-même est en harmonie avec elle-même et avec le monde qui l'entoure. Elle est capable de vivre pleinement. »¹⁴⁴ De même, « [...] il est possible de reconnaître une personne qui a une haute estime d'elle-même car elle jouit de la vie, elle est ce qu'elle veut être et fait ce qu'elle veut faire. »¹⁴⁵ « La confiance en soi est un sentiment qui découle naturellement de l'estime de soi. »¹⁴⁶ Josiane de Saint Paul dit de l'adéquation avec ses propres valeurs que « quelqu'un qui vit en accord avec ses valeurs expérimente un haut niveau de satisfaction et vice-versa »¹⁴⁷.

J'en reviens à ces éléments pouvant apporter de la satisfaction au travail. Ils peuvent être également des stressseurs s'ils ne sont pas suffisamment présents dans la situation de travail. En effet, plus ils sont présents, moins la personne se sent stressée et plus elle a de satisfaction au travail. Les infirmières intérimaires ont peut-être moins de satisfaction puisqu'elles ont moins l'occasion de jouir d'une bonne ambiance d'équipe au quotidien, puisque l'équipe pour elles est sans cesse différente. De ce fait, les diverses équipes qui les accueillent leur font peut-être moins confiance, ne connaissant pas forcément ces infirmières intérimaires, et pour les remplacements de peu de jours, elles n'ont pas le temps de reconnaître leurs compétences. Les infirmières intérimaires ont probablement moins souvent l'occasion d'entendre des félicitations des patients, puisqu'elles n'ont pas toujours un suivi de ceux-ci. Par contre, rien ne les empêche d'avoir une bonne estime de soi et confiance en soi, puisque pour ces deux points, il en va de la responsabilité de chacun, du développement personnel. Je pense que l'infirmière intérimaire qui n'est pas en adéquation avec ses valeurs dans un service ou bien qu'elle ne peut pas y effectuer un travail de qualité, n'y retourne pas forcément, puisqu'elle en a la possibilité.

Les infirmières intérimaires de mon étude ont moins de satisfactions au travail, mais elles ne sont pas pour autant plus stressées que les infirmières ayant un poste fixe, probablement grâce à leur grande capacité d'adaptation.

¹⁴³ Cet item est évalué dans la cinquième question destinée aux infirmières intérimaires.

¹⁴⁴ POLETTI, Rosette, DOBBS, Barbara. *L'estime de soi, un bien essentiel*, p. 19

¹⁴⁵ Ibid, p.13

¹⁴⁶ de SAINT PAUL, Josiane. *Estime de soi, confiance en soi*, p. 1-2

¹⁴⁷ Ibid, p.XVII

7.2.3.4 Stress perçu en lien avec l'âge

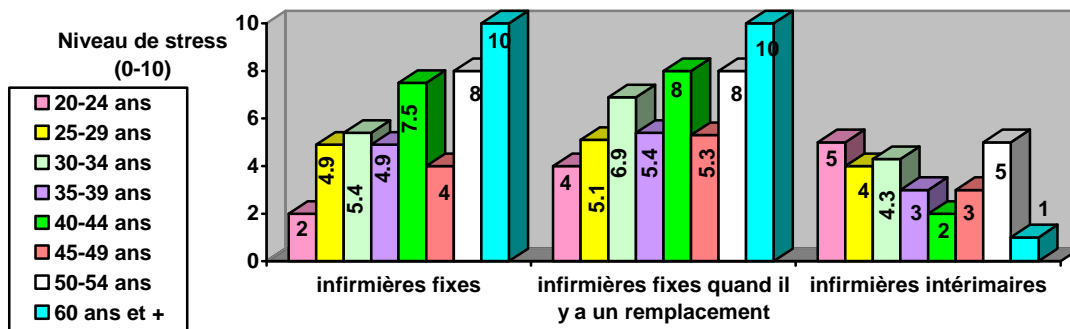


Figure 28 : Niveau de stress évalué par tranche d'âge (sur 45, 45 et 14 réponses, de gauche à droite). Ces courbes ne sont pas régulières, mais elles montrent une certaine tendance.

Pour les infirmières fixes : qu'il y ait un remplacement ou non, le graphique a tendance à être croissant. Il ressort que les infirmières plus jeunes se disent moins stressées que les infirmières plus âgées dans mon échantillon. Il y a même une nette différence entre les deux extrêmes.

Voici les hypothèses que j'émet sur la forme de cette courbe :

Tout d'abord, je me suis demandée si les infirmières plus jeunes étaient plus insouciantes et donc moins stressées que les infirmières de plus de quarante ans. Peut-être que la prise de conscience quant aux responsabilités, aux risques liés à la profession, aux complications potentielles de chaque pathologie augmente avec l'âge et les multitudes de situations vécues qui composent l'apprentissage expérientiel. Je vais tenter d'y répondre en me servant d'éléments récoltés dans mon questionnaire. Dans mon échantillon, les infirmières plus âgées ne sont pas forcément plus stressées par un excès de responsabilités. Par contre, elles se disent plus stressées par l'appréhension d'une décompensation ou d'un décès d'un client et cela en présence ou non d'un remplacement effectué par une intérimaire. Le sentiment d'impuissance et la perte de contrôle réelle ou perçue d'une situation difficile augmentent aussi avec l'âge.

Je me suis également demandée s'il y avait un rapport entre l'âge et le soutien perçu, bien que visiblement il n'aide pas vraiment à diminuer le stress et j'en ai trouvé un. Les infirmières ayant entre vingt et trente-neuf ans répondent en moyenne avoir souvent du soutien, les infirmières entre quarante et quarante-quatre ans se situent entre « souvent » et « parfois » du soutien et les infirmières de plus de quarante-quatre ans répondent systématiquement avoir « parfois » du soutien. Je me suis demandée cela parce que dans les services où je suis passée en stage, les infirmières de plus de quarante ans se faisaient plus rares. On m'a fait remarquer qu'il existe pas mal de services dans lesquels les infirmières de plus de quarante ans sont en bon nombre mais ne travaillent par contre pas forcément à de très hauts pourcentages, ce qui diminue leur présence dans les services. Comme elles sont moins nombreuses à la fois dans leur service, elles ont moins de collègues de leur âge qui travaillent à leurs côtés. Elles se sentent peut-être plus seules dans les services et n'ont peut-être pas toujours une grande affinité avec des collègues plus jeunes. Mais je n'ai pas trouvé pour autant qu'elles soient plus stressées par les conflits ou les problèmes avec les collègues, cadres ou autres professionnels, ni qu'elles soient plus stressées par l'impression de déranger lors de demande d'aide ou

par un manque d'appuis des collègues. Les chiffres sont très aléatoires et ne montrent pas de relation entre ces variables. Il est aussi possible que les infirmières de moins de quarante-quatre ans aient un meilleur soutien à la maison, qu'elles aient encore des enfants en bas âge et un conjoint présent pour leur changer les idées lorsqu'elles rentrent le soir, alors que des infirmières plus âgées, ayant des enfants adolescents ou adultes ont plus de soucis liés à eux que de soutien. Je dois me contenter ici de formuler des hypothèses de réponses car ces éléments ne m'ont pas été fournis par mes questionnaires.

Je me demande également si le fait que les infirmières de plus de quarante ans se disent plus stressées, pourrait être dû à une capacité à résister au stress diminuée avec l'âge, à une adaptabilité diminuée? J'ai recherché s'il y avait un rapport entre l'âge et le stress lié à des changements organisationnels ou technologiques, à l'introduction de nouveaux protocoles de soins ou à des soins techniques inhabituels¹⁴⁸, mais n'en ai pas trouvé. Peut-être que ces infirmières de plus de quarante ans ont dû s'adapter à trop de changements intervenus dans les milieux de soins durant ces vingt dernières années, comme par exemple l'introduction de l'informatique, la centralisation des hôpitaux, de nouvelles catégories professionnelles (ASSC), des multitudes de changement dans la formation infirmière... Peut-être que tous ces changements les fatiguent, les stressent à la longue et augmentent leur charge de travail...

Ces infirmières sont peut-être plus vite fatiguées et récupèrent moins vite. La fatigue est justement un facteur qui diminue la capacité à supporter le stress.

Finalement, j'ai recherché s'il y avait un lien entre l'âge et la satisfaction au travail, mais n'en ai pas trouvé.

Pour les infirmières intérimaires : je ne sais pas vraiment comment interpréter cette courbe. Je comprends bien que les infirmières plus jeunes soient plus stressées, puisqu'elles ont moins d'expérience et qu'elles ont déjà probablement travaillé dans moins de services différents que des infirmières plus âgées. J'explique également le fait que les infirmières de plus de soixante ans aient plus d'expérience, qu'elles connaissent de nombreux services, qu'elles continuent probablement de travailler parce qu'elles aiment beaucoup leur travail et ne veulent pas partir trop vite à la retraite.

¹⁴⁸ Variable évaluée dans ma troisième question pour les infirmières fixes.

7.2.3.5 Stress perçu en lien avec l'ancienneté

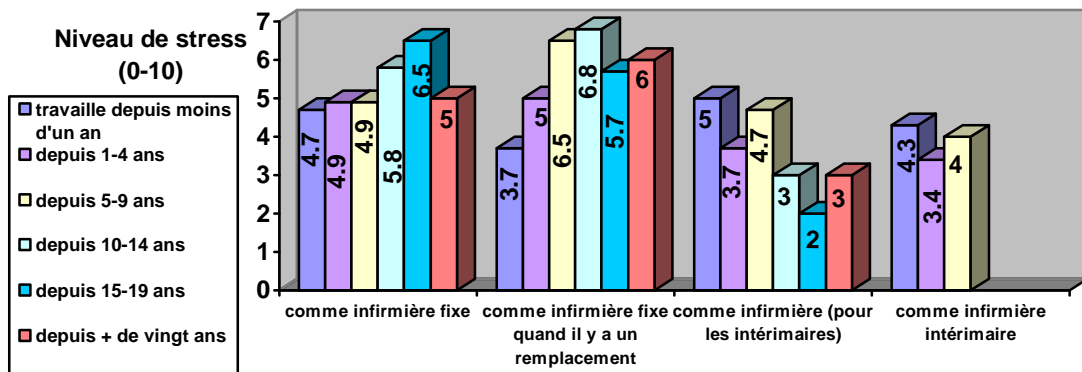


Figure 29 : Niveau de stress évalué en fonction de l'ancienneté (sur 45, 45, 14 et 14 réponses, de gauche à droite).

Ces chiffres sont en lien avec l'âge. Etant donné que les infirmières fixes plus jeunes de mon échantillon sont moins stressées, les infirmières qui ont moins d'ancienneté sont moins stressées. Ce fait est peut-être dû à des connaissances scolaires plus récentes, à une plus grande capacité à étudier et à remettre à jour ses connaissances ou à nouveau à une plus grande insouciance. Un phénomène que l'on ignore ne peut pas être stressant. En effet, un enfant n'a pas peur de certaines choses, parce qu'il ne les connaît pas. Des infirmières plus jeunes ont une vision moins globale du service et une vision anticipatrice qui reste à développer par l'expérience. Je dois dire que je m'attendais à un résultat inverse, pensant que les infirmières plus riches en expérience, ayant déjà croisé un certain nombre de situations, seraient moins stressées que les plus jeunes, grâce à ce bagage de connaissances sur lequel elles peuvent s'appuyer.

Par rapport à l'ancienneté en tant qu'infirmière chez les infirmières intérimaires, le résultat suit à nouveau l'âge.

Et pour l'ancienneté en tant qu'intérimaire, les résultats sont semblables, mais légèrement inférieurs aux précédents. Il ressort que les infirmières ayant moins d'un an d'expérience sont plus stressées que les autres. J'explique leur plus grand stress justement par leur courte expérience de l'intérim. Une infirmière qui travaille depuis pas loin de dix ans dans l'intérim commence à connaître les différents services où elle effectue des remplacements. Elle s'est familiarisée petit à petit avec les habitudes des différents services, l'emplacement du matériel, le caractère de nombreuses collègues. Une infirmière qui effectue des remplacements depuis moins d'un an n'aura pas autant de repères dans les différents services.

7.2.3.6 Stress perçu en lien avec le pourcentage de travail

De mon échantillon, il ne ressort pas de rapport entre le pourcentage de travail et le niveau de stress. Les résultats sont en dents de scie et ne montrent pas de tendances ascendante ou descendante. J'avais imaginé que mon graphique me montrerait que les infirmières travaillant à un plus faible pourcentage se sentaient moins stressées dans leur travail. Mais ça n'est pas le cas dans mon échantillon. Il est possible qu'en travaillant à un petit pourcentage, certaines infirmières ont moins souvent l'occasion

d'être confrontées à des situations complexes et ont moins de suivi sur les changements dans le service (protocoles, traitement, etc.) et sont donc plus stressées. Les infirmières ne cumulent probablement pas non plus le stress d'un jour à l'autre.

7.2.3.7 Stress perçu en lien avec le niveau de formation

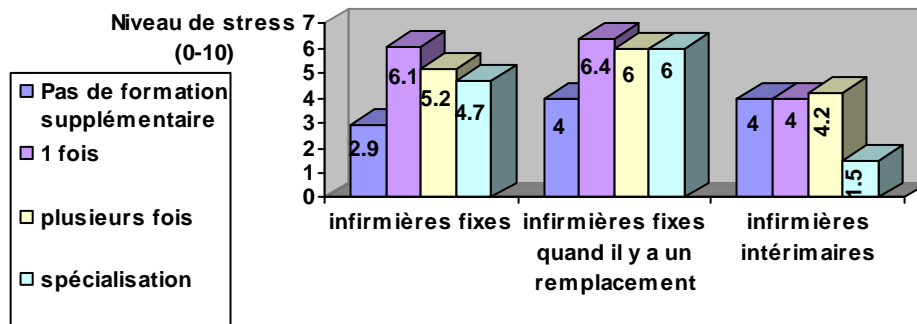


Figure 30 : niveau de stress évalué en fonction du niveau de formation (sur 45, 45 et 14 réponses, de gauche à droite).

Chez les infirmières fixes de mon échantillon, quand il n'y a pas de remplacement, j'ai eu un résultat surprenant, auquel je ne m'attendais pas du tout : les infirmières n'ayant jamais suivi de formation après leur diplôme sont les infirmières qui se disent le moins stressées. Cela est peut-être dû à l'insouciance de la jeunesse dont j'ai parlé avant. Le fait de moins en savoir inquiète moins ces infirmières qui sont peut-être moins au courant de toutes les complications possibles et imaginables des différentes pathologies. Pourtant, ce sont ces mêmes infirmières qui n'ont pas suivi de formation post grade qui sont le plus stressées par l'appréhension d'une éventuelle décompensation des clients ou d'un décès. Par rapport à cet item, j'ai trouvé que plus les infirmières sont formées et moins elles craignent une décompensation ou un décès. En effet, une formation permet d'acquérir des compétences. Face à une situation, si l'on sait ce qu'il faut faire, on est moins stressée. En tant que soignante, on sait qu'un jour ou l'autre on sera confrontée à une décompensation ou un décès. Il est possible de l'appréhender de manière plus ou moins sereine, tout dépend de la représentation qu'on s'en fait. Mais par contre, comme je l'ai dit plus haut, on ne peut pas craindre ce que l'on ignore, les choses dont on n'a pas conscience.

En ce qui concerne le niveau de stress des personnes ayant suivi une ou plusieurs formations post graduées, les résultats vont dans le sens que j'attendais, à savoir qu'une personne plus formée connaît mieux son travail et est mieux préparée à différentes éventualités qui pourraient se présenter, elle saura plus quoi faire en cas d'imprévus. Les infirmières de mon échantillon qui n'ont jamais suivi de formation après leur diplôme ne sont pas plus jeunes, en moyenne, que les infirmières plus formées. Le stress en fonction du niveau de formation ne varie donc pas avec l'âge dans mon échantillon.

J'obtiens des résultats plus ou moins comparables, mais avec un niveau de stress légèrement supérieur, pour les infirmières fixes de mon échantillon lorsqu'il y a un remplacement. Ce résultat va de paire avec le tableau représentant l'évaluation primaire du stress en général. La majorité des réponses sont supérieures de une à quatre unité(s) quand il y a un remplacement. En mettant ces chiffres en présence d'autres variables, ils changent peu.

Chez les infirmières intérimaires, le résultat est constant, sauf pour les infirmières spécialisées qui sont moins stressées. Ce dernier chiffre peut vouloir dire que la spécialisation chez les infirmières intérimaires aide largement à diminuer le stress ou bien alors que ces infirmières connaissent déjà bien les services dans lesquels elles font des remplacements. Il s'agit en effet d'infirmières ayant plus de quinze ans d'expérience, mais ne travaillant pas forcément depuis longtemps en tant qu'intérimaires. Il m'est revenu comme commentaire à de nombreuses reprises du point de vue des deux types d'infirmières que le fait de connaître le service aide à diminuer le stress.

7.2.4 Evaluation primaire des stresseurs professionnels

Ce passage se réfère aux stresseurs professionnels présentés dans mon cadre de référence. Ce chapitre me permet de répondre en partie à mon premier objectif de recherche : « Identifier les facteurs de stress et la manière d'y faire face (coping) chez les infirmières des services de chirurgie et médecine du RSV [qui ont participé à mon étude] et les infirmières intérimaires [de mon échantillon] lorsqu'un remplacement est effectué. »

7.2.4.1 Stresseurs professionnels de l'environnement physique

Je rappelle que les stresseurs professionnels en lien avec l'environnement physique que j'ai choisis d'utiliser pour ma recherche sont les suivants : la charge de travail, la tenue à jour des dossiers patients, du LEP/PLEM¹⁴⁹, des changements organisationnels et/ou technologiques, l'introduction de nouveaux protocoles de soins, des soins techniques inhabituels, avoir un(e) étudiant(e) à charge, le manque de temps avec des délais à respecter, le manque de personnel, d'effectif, les interruptions, en général, lors de l'exécution d'une tâche, les imprévus en tout genre et la peur de l'inconnu.

Je présente ci-dessous une moyenne du niveau de stress engendré par chacun de ces stresseurs. Les graphiques montrent le niveau de stress pour les infirmières fixes en temps normal, puis lorsqu'il y a un remplacement et pour les infirmières intérimaires. Je rappelle que je n'ai pas proposé l'item « avoir une étudiante à charge » aux infirmières intérimaires, puisqu'elles ne sont pas censées s'occuper des étudiantes.

A nouveau, il ressort que les infirmières intérimaires sont systématiquement moins stressées que les infirmières fixes avec ou sans remplacement et que les infirmières fixes sont plus stressées lorsqu'il y a un remplacement. Je précise qu'il s'agit ici de moyenne et qu'il y a des personnes moins stressées lorsqu'il y a une intérimaire qui effectue un remplacement (six infirmières sur quarante-six). Il y a également des personnes qui trouvent que la situation reste inchangée question stress (dix personnes sur quarante-six).

¹⁴⁹ Programme informatique modulaire utilisé dans le RSV. C'est un centre d'information des unités de soins qui permet la gestion des services, la gestion de l'occupation des lits et la documentation des prestations de soins. Au niveau infirmier, c'est un moyen de mettre en évidence la charge de travail et de la détailler pour autant que les infirmières utilisent quotidiennement ce programme.

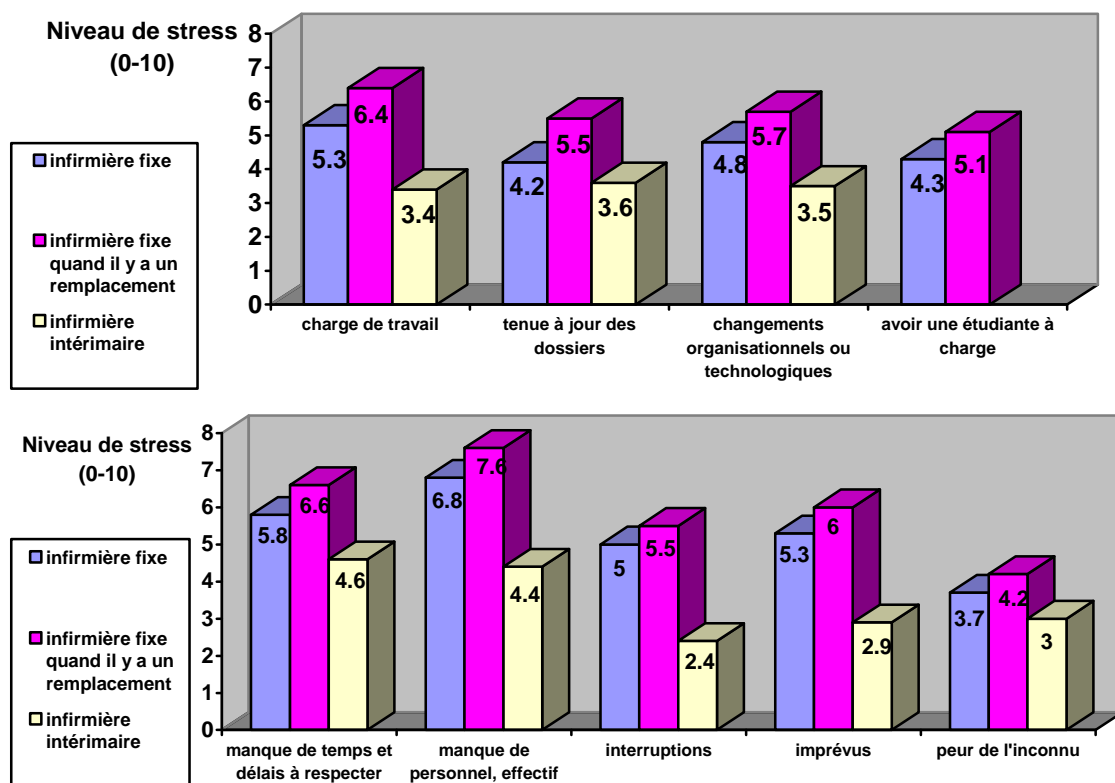


Figure 31 : Moyenne de stress générée par différents stressseurs en lien avec l'environnement physique.

Pour tous les stressseurs proposés en lien avec l'environnement physique, les infirmières intérimaires ont répondu en totalité (17 réponses sur 17). Le nombre de réponses pour les infirmières fixes quand il n'y a pas de remplacement va de quarante-sept à cinquante réponses sur cinquante. Lorsqu'il y a un remplacement, j'ai obtenu de quarante-trois à cinquante réponses selon le stressseur présenté.

Infirmières fixes : tous ces stressseurs atteignent passablement les infirmières, sauf la peur de l'inconnu qui montre une moyenne de stress plus basse que les autres. Il n'y a peut-être plus beaucoup d'inconnu pour ces infirmières fixes qui connaissent bien leur service et son fonctionnement, les pathologies rencontrées, leurs collègues. Une connaissance qui est dans le domaine m'a fait remarquer qu'en général une infirmière sait quand même plus ou moins à quoi s'attendre en tant que professionnelle lorsqu'elle travaille dans tel ou tel service.

Les moyennes les plus élevées sont pour le manque de personnel, d'effectif, le manque de temps avec des délais à respecter et la charge de travail qui font partie des stressseurs les plus forts. Ces trois stressseurs sont en lien les uns avec les autres. En effet, s'il manque du personnel, les personnes présentes devront se répartir le travail de la personne absente. Cela fera augmenter leur charge de travail et diminuer le temps disponible pour chaque tâche. Il semblerait que ce résultat n'est pas un hasard, mais qu'il est fortement lié à ce qui se passe actuellement dans les milieux de soins.

La potentielle participation à mon étude d'une dizaine d'infirmières assistantes a peut-être une influence sur les stressseurs professionnels suivants de l'environnement physique : des changements organisationnels et/ou technologiques, l'introduction de nouveaux protocoles de soins, des soins techniques inhabituels et avoir un(e) étudiant(e) à charge, puisque leurs responsabilités ne sont pas les mêmes que celles d'une infirmière niveau II ou HES. Si des infirmières assistantes ont participé à l'étude, peut-

être qu'elles n'ont pas répondu à l'une ou l'autre de ces questions, ou qu'elles l'ont fait par rapport à leurs compétences et leur vécu. S'il y a une influence, je ne saurais dire laquelle, puisqu'elles peuvent tout autant se sentir plus ou moins stressées par ces éléments.

Infirmières intérimaires : le manque de temps et le manque de personnel les stressent aussi le plus, mais la charge de travail, contrairement aux infirmières fixes, les stressent un peu moins. Elles arrivent peut-être plus facilement à relativiser et aller droit à l'essentiel, leur grande capacité d'adaptation aidant, puisqu'elles ont l'habitude de changer de lieu de travail. Quand elles ne connaissent pas le service, elles reçoivent probablement une charge de travail diminuée et des cas plus légers afin de diminuer les explications.

Par contre, ce qui les stresse le moins sont les interruptions dans les tâches et les imprévus. Ces éléments incombent surtout au responsable du service ou aux infirmières connaissant parfaitement le service. Un médecin ne s'adressera peut-être pas à une infirmière intérimaire qu'il ne connaît pas. Il en va de même pour un membre de l'équipe pluridisciplinaire. Pour les infirmières intérimaires, leur travail est probablement tellement composé d'imprévus pour elles, qu'elles y accordent moins d'importance. De plus, comme elles doivent régulièrement chercher le matériel ou se renseigner sur les procédures locales, l'interruption dans les tâches fait également partie de leur quotidien, pas parce que quelqu'un les interrompt, mais parce qu'elles sont obligées de s'arrêter afin de rechercher l'information. Le fait que l'interruption vienne d'elles-mêmes est probablement moins stressant, parce qu'elles choisissent quand elles s'arrêtent pour demander les informations.

7.2.4.2 **Stresseurs professionnels de l'environnement**

psychologique

Je rappelle que les stresseurs professionnels en lien avec l'environnement psychologique que j'ai choisi d'utiliser pour ma recherche sont les suivants : l'incertitude envers l'efficacité de nouveaux traitements ; l'appréhension d'une éventuelle décompensation des patients, d'un décès ; l'impression de déranger lors de demandes d'aide, un manque d'appui des collègues ; un manque de confiance en soi, la peur de faire des fautes, la peur de ne pas savoir répondre aux questions ou demandes des patients, de leur famille ; quand il y a une personne incompetente dans l'équipe ; le manque de politesse ou l'agressivité chez les patients ou leur famille ; le sentiment d'impuissance, l'incontrôlabilité réelle ou perçue d'une situation difficile et un excès de responsabilités. Chacun de ces items est représenté dans les graphiques ci-dessous.

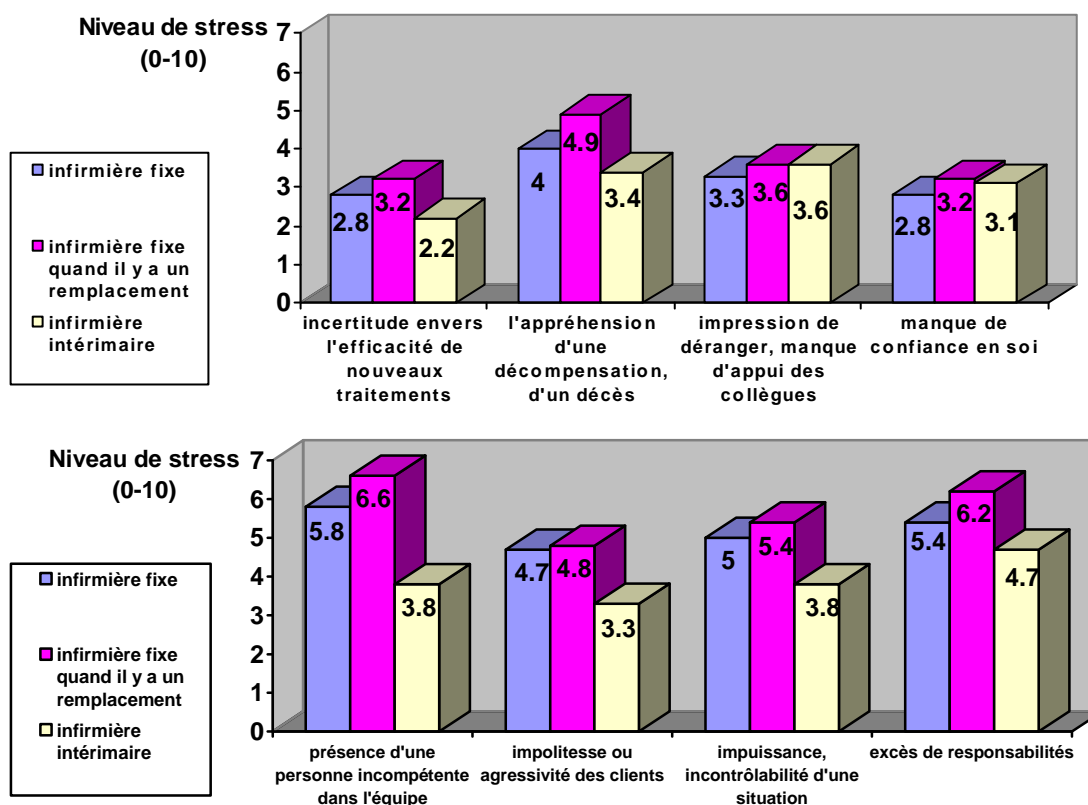


Figure 32 : Moyenne de stress générée par différents stressors en lien avec l'environnement psychologique.

Pour tous les stressors proposés en lien avec l'environnement psychologique, les infirmières intérimaires ont répondu en totalité (17 réponses sur 17), sauf par rapport à l'appréhension d'une éventuelle décompensation des patients, d'un décès où elles n'étaient que seize à répondre. Le nombre de réponses pour les infirmières fixes quand il n'y a pas de remplacement va de quarante-sept à quarante-neuf réponses sur cinquante. Lorsqu'il y a un remplacement, j'ai obtenu de quarante-cinq à quarante-huit réponses selon le stressor présenté.

Pour les réponses inférieures à cinquante, elles étaient soit manquantes, soit illisibles ou bien la personne avait mis un intervalle de réponses. Je n'ai donc pas tenu compte de ce type de réponses.

Pour les infirmières fixes : la présence d'une personne compétente dans l'équipe est la proposition qui stresse le plus les infirmières dans cette série d'items. Lorsqu'une personne de l'équipe est compétente, et par là, je ne désigne personne en particulier, ni sous-entends l'infirmière intérimaire, ce fait rejoint le manque de personnel et une charge de travail élevée. En effet, quelqu'un qui ne fait pas correctement son travail ou qui ne fait pas l'intégralité de son travail laisse donc celui-ci pour les autres personnes présentes dans le service, ou les contraint à vérifier ce qui a été fait, ce qui représente une surcharge de travail.

Un autre résultat qui ne vient pas loin derrière le premier est l'excès de responsabilités. Dans la littérature, le manque ou l'excès de responsabilités est une cause fréquente de stress et de mécontentement au travail. Cet item est peut-être modifié par l'éventuelle participation à l'étude par quelques infirmières assistantes. Leurs responsabilités étant quelque peu différentes d'une infirmière niveau II ou HES, elles seront peut-être plus sensibles à cet excès de responsabilités.

Ensuite vient le sentiment d'impuissance, l'incontrôlabilité réelle ou perçue d'une situation difficile qui est clair de sens. Effectivement, quelque chose qui n'est pas contrôlable stressera plus. La personne se sentira plus facilement menacée dans son bien-être.

« L'appréhension d'une décompensation, d'un décès » d'un client est l'item qui amène la plus grande différence, pour l'infirmière fixe, entre la situation où il n'y a pas de remplacement et celle où il y a un remplacement. Il s'agit d'une situation qui n'est déjà pas enviable en temps normal, mais qui l'est encore moins lorsqu'il y a un remplacement. Cela représente encore davantage de travail. Il faut prendre encore plus de temps pour la personne ou la famille alors qu'il n'y en a déjà pas toujours suffisamment à la base. Et affectivement parlant, il n'est pas facile non plus de ne pas être ébranlée par ce genre de situation.

A l'opposé, le stress amené par l'impolitesse ou l'agressivité des clients ne change relativement pas qu'il y ait un remplacement ou non. Il semblerait qu'une infirmière est capable, même lorsqu'elle est plus stressée elle-même, de faire preuve d'empathie envers un patient agressif et impoli. Cette agressivité ou impolitesse est peut-être liée à sa maladie, son anxiété face au diagnostic, à l'inconnu. Il est peut-être lui-même en état de stress, un stress que l'on peut appeler événement de vie dans cette situation. C'est un stress qui est souvent de très forte intensité, mais ponctuel.

Pour les infirmières intérimaires : ce qui stresse le plus les infirmières intérimaires de mon échantillon est l'excès de responsabilités. Cela est déjà stressant en temps normal, mais doit l'être, à mon avis, encore plus lorsqu'on ne connaît pas le service. Visiblement, ces infirmières intérimaires doivent trouver des manières de bien le gérer, puisqu'elles sont moins stressées par cet élément que les infirmières fixes quand il n'y a pas de remplacement. Les infirmières intérimaires trouvent probablement du soutien auprès des infirmières fixes et s'arrangent pour avoir une quantité de responsabilités gérable. D'autre part, il existe plusieurs types de responsabilités : envers le patient, au niveau organisationnel... Les infirmières intérimaires qui effectuent un remplacement de seulement quelques jours sont probablement exemptées de certaines responsabilités organisationnelles, comme par exemple la commande de matériel, de médicaments,... Ce qui stresse le moins ces infirmières intérimaires parmi les stressseurs de l'environnement psychologique est l'incertitude envers l'efficacité de nouveaux traitements. Je comprends cela par le fait qu'elles ne restent pas forcément longtemps auprès du client. Cela veut dire qu'elles s'attachent probablement moins. Si leur mission est courte, elles ne voient de toute façon pas l'évolution de l'état du client, ni l'efficacité du traitement.

Je me suis demandée s'il se passait la même chose pour les infirmières fixes travaillant à de très faibles pourcentages, mais n'ai pas trouvé de rapport en mettant en lien le pourcentage de travail et le niveau de stress provoqué par l'incertitude envers l'efficacité de nouveaux traitements. Cela ne stresse d'ailleurs pas beaucoup non plus les infirmières fixes en général. Une infirmière m'a fait part de son expérience et m'a confié qu'elle s'est « souvent rendu compte que les infirmières des milieux aigus soignaient dans le quotidien et qu'elles ne se projetaient que peu dans l'avenir de la prise en charge. [...] Les infirmières sont plus préoccupées à l'administration quotidienne du traitement qu'à son efficacité future pour le patient. »

Les autres stressseurs amènent un niveau de stress assez semblable chez les infirmières intérimaires de mon échantillon.

Similitudes : En ce qui concerne l'impression de déranger lors de demandes d'aide, un manque d'appuis des collègues et un manque de confiance en soi, il s'agit de données personnelles. Ces impressions viennent de la personne indépendamment de son rôle, de son poste. C'est pourquoi, à mon sens, il n'y a que très peu de différences entre ces trois moyennes.

Différences : les deux items qui montrent le plus de différences entre le niveau de stress chez l'infirmière fixe lorsqu'il y a un remplacement et l'infirmière intérimaire sont la présence d'une personne incompetente dans l'équipe et l'appréhension d'une complication, de décès. Je pense que cela stresse moins l'infirmière intérimaire parce que ces items concernent plus l'infirmière fixe. En principe, l'infirmière intérimaire s'occupe des patients qu'on lui a confiés et est moins affectée par le reste des activités qui ont lieu dans le service. Ça n'est pas à elle prioritairement qu'on demande d'avoir une vision globale du service. En général, on ne lui confie pas les personnes mourantes, ou très instables. Autrement, ne connaissant pas forcément l'équipe, elle ne remarquera peut-être pas qu'il y a une personne incompetente dans l'équipe. Et, de plus, par son statut d'intérimaire, elle ne se sentira pas forcément responsable et ayant un rôle à entreprendre auprès de cette collègue incompetente. Elle s'adressera aux collègues du service qu'elle trouve compétentes et qui répondront à ses questions.

7.2.4.3 Stresseurs professionnels de l'environnement social

Je rappelle que les stresseurs professionnels en lien avec l'environnement social que j'ai choisis d'utiliser pour ma recherche sont les suivants : un conflit, des problèmes avec les collègues, avec d'autres professionnels de la santé, avec les cadres / supérieurs, avec les médecins, les assistants ; un manque de considération de la part des médecins ou des supérieurs, une non-reconnaissance du travail accompli, le fait de ne pas être écouté. Voici les statistiques que je peux tirer de mon échantillon par rapport à ces stresseurs professionnels.

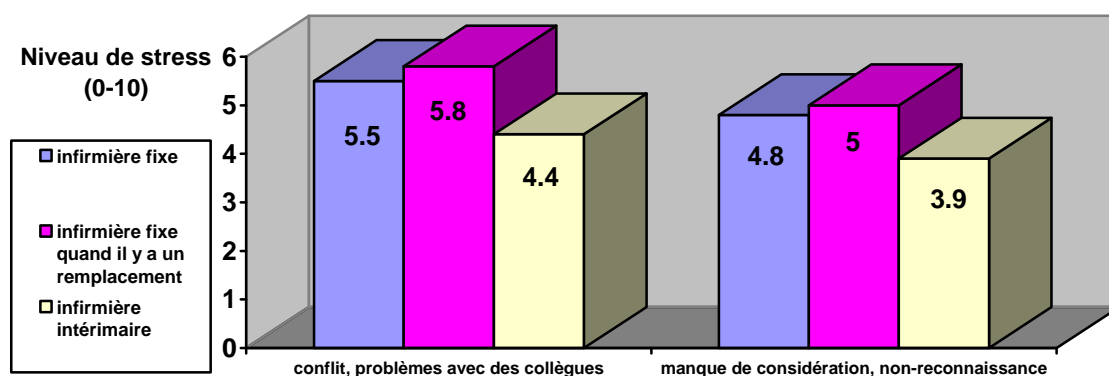


Figure 33 : Moyenne de stress générée par différents stresseurs en lien avec l'environnement social.

Pour tous les stresseurs proposés en lien avec l'environnement social, les infirmières intérimaires ont répondu en totalité (17 réponses sur 17). Le nombre de réponses pour les infirmières fixes quand il n'y a pas de remplacement est de quarante-huit réponses sur cinquante. Lorsqu'il y a un remplacement, j'ai obtenu de quarante-six à quarante-sept réponses selon le stresseur présenté.

Pour les réponses inférieures à cinquante, elles étaient, tout comme avant, soit manquantes, soit illisibles ou bien la personne avait mis un intervalle de réponses. Je n'ai pas tenu compte de ce type de réponses.

Ces deux pyramides sont très proches l'une de l'autre, quoique le manque de considération, la non-reconnaissance du travail accompli, ou le fait de ne pas être écouté, stresse légèrement moins les infirmières que les conflits ou les problèmes avec les collègues, supérieurs ou autres professionnels travaillant dans le service. Ces conflits ou problèmes avec les professionnels du service sont probablement des stressseurs aigus, alors que le manque de considération, la non-reconnaissance du travail accompli, ou le fait de ne pas être écouté font plutôt partie des stressseurs chroniques. Ils sont là ou plutôt ne sont pas suffisamment présent. Leur manque est usant à la longue, mais n'atteint pas l'infirmière à tout moment dans son travail. Les conflits sont directement présents sur le poste de travail.

Je ne pense pas que ces éléments soient influencés par quelques éventuelles réponses venant d'infirmières assistantes. Ça n'est pas les quelques différences qu'il y a dans leur cahier des charges qui les mettent à l'abri des conflits ou d'un manque de reconnaissance de la part du personnel du service.

Ces mêmes éléments évalués lors de la présence des infirmières intérimaires stressent encore plus les infirmières, même si la différence est minime (0,3 pour le premier graphique et 0,2 pour le second). Les infirmières intérimaires ne sont que spectatrices de ces conflits ou de ce manque de considération ou de reconnaissance. Elles ne vivent dans l'ambiance du service que pour la durée du remplacement. Dans ces conditions, il est plus facile de moins y prêter attention.

7.2.4.4 Récapitulatif des trois environnements physique, psychologique et social

Afin de pouvoir plus facilement comparer les trois types de stressseurs, j'ai fait, pour chacun une moyenne que je présente ici côte à côte :

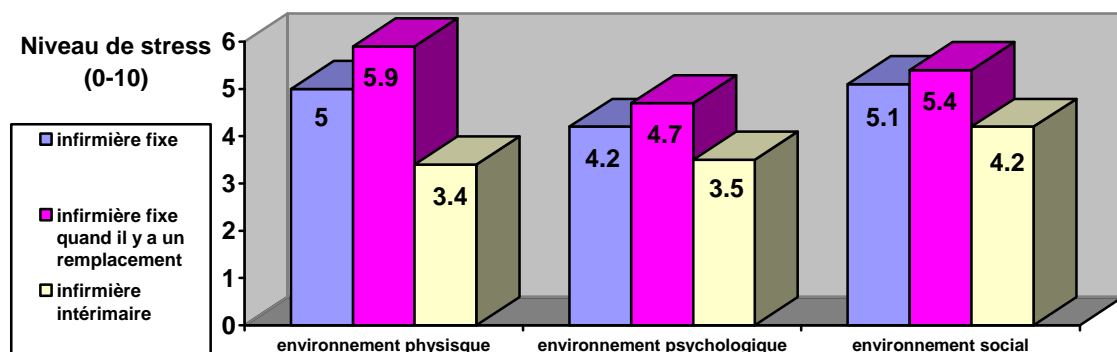


Figure 34 : Niveau de stress généré par les trois différentes sortes de stressseurs professionnels.

Pour les infirmières fixes : pour mettre en mots ce que ce graphique montre, c'est que les infirmières fixes sont plus stressées par l'environnement physique et social que par l'environnement psychologique. Ce résultat est peut-être dû au fait qu'il est plus facile d'évaluer un stress lié à la charge de travail, la tenue des dossiers, les changements organisationnels et/ou technologiques, etc., ainsi que les conflits avec les collègues ou le

manque de considération, etc., que l'incertitude envers un nouveau traitement, l'appréhension d'une décompensation, le manque de confiance en soi, etc. Les niveaux d'analyse de ces divers éléments sont probablement différents. En effet, dans l'environnement psychologique, j'aborde plutôt les valeurs de chacun, leur vision des soins.

Peut-être que les stresseurs de l'environnement physique et social sont bien là, bien présents dans le service et que les infirmières sont obligées de faire avec. La charge de travail est le lot quotidien, la tenue à jour des dossiers aussi. Il en va de même pour le manque de temps, les interruptions et les imprévus. Les infirmières travaillent avec des êtres humains et, malgré une bonne planification des tâches à accomplir et le fait de bien prévoir et prévenir ce qui pourrait arriver, les clients ne sont pas des machines et il arrive qu'ils réagissent différemment de ce qui a été prévu. L'infirmière doit, en effet, constamment s'adapter à un milieu très fluctuant. Mais avec les années, une certaine routine s'installe et, comme je l'ai dit plus haut, la peur de l'inconnu diminue quand la part d'inconnu présente dans le service décroît. Les autres stresseurs en lien avec l'environnement physique comme les changements organisationnels ou technologiques, des nouveaux protocoles, avoir une étudiante à charge ou le manque de personnel interviennent moins fréquemment, mais peuvent être également stressants comme le montre la figure trente et un.

En ce qui concerne les stresseurs de l'environnement social, je constate qu'ils stressent les infirmières, mais par contre, je ne sais pas à quelle fréquence ils interviennent. J'ose espérer qu'ils ne font pas partie du lot quotidien. Mais quand il y a des problèmes relationnels avec les collègues, il n'est pas toujours facile de les résoudre ou de les ignorer, surtout dans un travail d'équipe où l'interdisciplinarité est présente chaque jour. Pour expliquer que les stresseurs de l'environnement psychologique soient évalués comme moins stressants que les autres stresseurs, j'imagine que les infirmières de mon échantillon arrivent soit plus facilement à faire abstraction des difficultés de l'ordre psychologique, soit qu'elles ont eu plus de difficultés à évaluer ces éléments se rapportant plutôt à des valeurs personnelles. Ceci provient probablement du fait qu'elles arrivent plus facilement à prendre de la distance avec le malheur du client, mais sans toutefois le négliger, qu'elles arrivent à en prendre avec les stresseurs de l'environnement physique ou les conflits du service. Peut-être également, qu'il est plus facile de se former et d'apprendre à gérer les émotions nées de ces stresseurs, ceux-ci étant ressentis de manière individuelle. Chacun peut chercher des moyens pour les gérer, alors que les stresseurs physiques et sociaux ne dépendent pas uniquement de la personne mais plutôt d'un système organisationnel et de gestion.

Je sais, par exemple, qu'il existe des cours de communication non violente, pour apprendre à calmer et gérer l'agressivité de certains clients. Il est possible de faire de la formation continue sur les nouveaux traitements, sur certaines pathologies, sur l'encadrement au mourant et à leur entourage. Il est possible de faire du développement personnel afin d'augmenter sa confiance en soi ou son estime de soi. Bien que la moitié des infirmières de mon échantillon disent ne pas trouver que la formation est une aide dans la gestion du stress, pour moi, le fait que l'environnement psychologique soit moins stressant pour les infirmières montre quand même que la formation peut contribuer à diminuer le stress.

Pour les infirmières fixes, la différence n'est pas si grande, qu'il y ait un remplacement ou non. Il s'agit plus ou moins toujours du même écart que l'on retrouve entre ces deux situations : avec ou sans remplacement pour l'infirmière ayant une place de travail fixe. La seule différence relativement importante se situe dans l'environnement physique car

la présence d'une intérimaire influe d'une manière positive ou négative sur cet environnement : charge de travail, tenue des dossiers, interruptions, etc.

Pour les infirmières intérimaires : chez elles, la situation est différente. Ce sont les stressseurs de l'environnement social qui les stressent le plus. Pourquoi ? Parce qu'elles sont là pour les clients, mais pas seulement. Elles sont aussi là pour aider les collègues fixes. Celles qui détiennent l'information sur la marche du service. Si cette équipe est en « guerre », c'est la centrale d'information qui est en guerre. La qualité des informations, de la communication en sera affectée et les infirmières intérimaires en dépendent directement. C'est une libre interprétation, mais c'est la mienne. Comme l'infirmière intérimaire est là pour aider, elle fait ce qu'elle peut par rapport à l'environnement physique ou social. Il est clair que si elle n'est pas assez « efficace », terme qui est revenu à de très nombreuses reprises dans les réponses, elle sera beaucoup moins appréciée dans les services. Si le remplacement ne dure qu'un jour, elle n'en sera peut-être pas beaucoup affectée, mais si le remplacement est plus long, cela peut être cause de conflits ou de problèmes avec les collègues.

Dans le cadre de ma recherche, mon échantillon est une photographie des services de soins aigus de médecine et de chirurgie. Je sais que mon échantillon n'est pas représentatif, parce qu'il est trop restreint. Je me demande, si j'avais effectué ma recherche dans un autre milieu, par exemple en EMS¹⁵⁰, dans un CMS¹⁵¹, dans un service de soins palliatifs ou en clinique, si les résultats auraient été semblables. Peut-être que suivant le milieu, les stressseurs de l'environnement physique seraient moins importants alors que les stressseurs de l'environnement psychologiques prendraient plus de place...

Evaluation de la formulation de la question sur le niveau de stress induit par les stressseurs physiques, psychologiques et sociaux : L'échelle allant de 1 à 10 est considérée comme trop vaste, rendant l'évaluation difficile. Plusieurs personnes auraient préféré une échelle allant jusqu'à 3 ou 5. La question est considérée comme trop longue, répétitive ou avec trop de facteurs, trop de choix de réponses. Le tableau est jugé compliqué. Quelques personnes ont trouvé, en règle générale, qu'il est difficile d'évaluer le niveau de stress engendré par ces stressseurs et qu'il est parfois difficile de faire la distinction entre le stress quotidien et lorsqu'il y a un remplacement. Toutes ces difficultés enlèvent encore de la précision à ma recherche, en effet, si la personne a eu de la peine à évaluer le stress provoqué par chacun des stressseurs proposés, en fin de compte, qu'est-ce qui l'a fait se décider pour un chiffre plutôt qu'un autre ? Je pars du principe qu'une personne qui a répondu « 8 » se sent quelque part plus stressée qu'une autre qui a répondu « 3 » et peut-être que deux personnes ayant répondu « 8 » ne ressentent pas la même intensité de stress. En effet, il n'est pas évident non plus de savoir ce que représente le stress « insupportable » et ce qui le différencie d'un stress très grand jugé à « 9 », de ce stress insupportable.

¹⁵⁰ Etablissement médico-social.

¹⁵¹ Centre médico-social.

7.2.4.5 Stresseurs professionnels en relation avec différentes

variables

Je présente ci-dessous le stress moyen engendré par ces différents stresseurs. Pour ce faire, j'ai calculé, pour chaque personne, une moyenne du stress ressenti par rapport à l'ensemble de ces stresseurs physiques, psychologiques ou sociaux et l'ai mis en rapport avec les mêmes variables qu'utilisées plus haut pour l'évaluation primaire.

Comme la situation qui m'intéresse dans ce travail est celle où il y a un remplacement qui est effectué par une intérimaire dans un service, j'ai choisi de ne représenter graphiquement plus que cette situation particulière.

7.2.4.5.1 Stresseurs professionnels en lien avec l'âge

L'âge n'est pas un facteur qui influence de manière très marquée mes résultats. Ici, il s'agit d'une représentation graphique du niveau de stress provoqué par les **stresseurs de l'environnement physique** en lien avec l'âge :

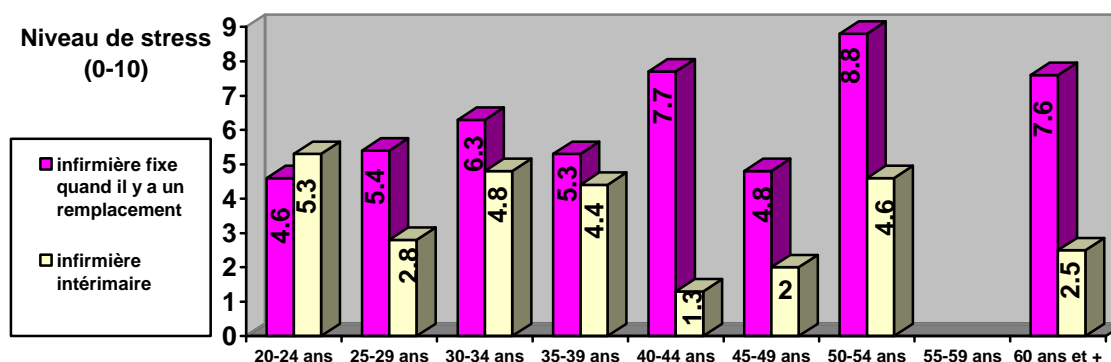


Figure 35 : Rapport entre le niveau de stress provoqué par des stresseurs de l'environnement physique et l'âge.

Je constate que chez les infirmières fixes, le niveau de stress perçu relatif au stresseurs de l'environnement physique semble augmenter avec l'âge. J'en profite pour faire un lien avec l'évolution des milieux de soins durant ces vingt dernières années, car tout cela influence l'environnement physique : introduction du dossier informatisé, nouveaux protocoles, pathologies et interventions plus complexes, médicaments génériques...

Cela va dans le sens de l'augmentation du stress en général avec l'âge comme j'en ai déjà parlé plus haut. Difficile à dire pour les infirmières intérimaires. Il semblerait que les plus jeunes soient plus sensibles aux stresseurs physiques, peut-être par manque d'expérience, par une plus grande sensibilité en général... Mais à nouveau, mon faible échantillon remet en question mes résultats.

En ce qui concerne les **stresseurs du milieu psychologique**, j'ai à nouveau un résultat très fluctuant pour les infirmières intérimaires. Il m'est difficile d'en tirer quelque chose. Comme le graphique est quasi semblable à celui concernant l'environnement physique, je ne l'ai pas représenté ici, dans l'optique de ne pas trop alourdir ce

chapitre¹⁵². Il ne s'agit peut-être pas que d'un hasard que l'infirmière intérimaire la plus jeune soit la plus stressée par les stresseurs de l'environnement psychologique et que l'infirmière la plus âgée soit une des moins stressées par ces stresseurs, malgré les fluctuations du milieu du graphique et mon petit échantillon. J'ai trouvé qu'il y avait un lien entre l'âge et deux des stresseurs de l'environnement psychologique. En ce qui concerne « l'appréhension d'une éventuelle décompensation des patients, d'un décès » et « un excès de responsabilités », plus les infirmières sont jeunes et plus leur niveau de stress est élevé par ces stresseurs. Elles ont moins d'expérience que des infirmières plus âgées.

Les colonnes représentant le niveau de stress chez les infirmières fixes sont également semblables au tableau ci-dessus, mais à un taux légèrement inférieur. Le niveau de stress en lien avec l'environnement psychologique a donc tendance à augmenter avec l'âge, contrairement au résultat pour les infirmières intérimaires. J'ai recherché s'il y avait un lien entre le niveau de stress perçu engendré par les stresseurs psychologiques, l'âge et le pourcentage de travail, mais n'en ai pas trouvé. Les infirmières plus âgées ne travaillent pas forcément à un plus petit pourcentage et celles qui travaillent à un petit pourcentage ne sont pas forcément plus stressées. Ceci provient du fait que certaines infirmières plus âgées ont arrêté de travailler durant quelques années, ce qui a augmenté leur niveau de stress à leur retour dans le milieu professionnel.

Qu'importe d'où vient ce stress, il semblerait qu'avec l'âge la résistance au stress des infirmières fixes diminue. En recherchant s'il en va de même pour chacun des items concernant les stresseurs du milieu psychologique, je me suis aperçue que certains items ne sont pas vus plus stressants avec l'âge, comme, par exemple, l'incertitude envers l'efficacité de nouveaux traitements, l'impression de déranger lors de demandes d'aide, un manque d'appui des collègues, un manque de confiance en soi, la peur de faire des fautes, la peur de ne pas savoir répondre aux questions ou demandes des patients, de leur famille, quand il y a une personne incompetente dans l'équipe. Par contre, les autres items montrent un rapport entre l'âge et la sensibilité aux stresseurs suivants : l'appréhension d'une éventuelle décompensation des patients, d'un décès ; le manque de politesse ou l'agressivité chez les patients ou leur famille ; le sentiment d'impuissance, l'incontrôlabilité réelle ou perçue d'une situation difficile et un excès de responsabilités. Peut-être que cette dernière série d'items touche plus directement les infirmières plus âgées, qu'elles n'ont pas réussi à s'y habituer avec le temps ou, qu'au contraire, elles ont vécu trop de changements dans leurs conditions de travail, comme, par exemple, l'augmentation de complexité dans la prise en charge et dans les pathologies (polypathologies). Le domaine de la santé est en évolution. Ces infirmières ont vu un regroupement des disciplines, un éclatement des équipes sur plusieurs sites. Actuellement, on ne trouve plus forcément les équipes anciennes attachées à un service qui avait développé ce que l'on nomme la compétence collective.

Concernant les **stressors du milieu social** en lien avec l'âge, j'ai à nouveau des résultats en vagues pour les infirmières intérimaires. Mais cette fois, il en va de même pour les infirmières fixes. Mon graphique ne représente plus aucune tendance, il a des hauts et des bas qui seraient probablement nivelés si mon échantillon était dix fois plus grand.

¹⁵² Vous le trouverez en annexe N.

7.2.4.5.2 Stresseurs professionnels en lien avec l'ancienneté

A nouveau, j'obtiens des résultats semblables pour les trois différents types de stresseurs. Voici présenté graphiquement ci-dessous le niveau de stress engendré par les stresseurs du milieu physique en lien avec l'ancienneté :

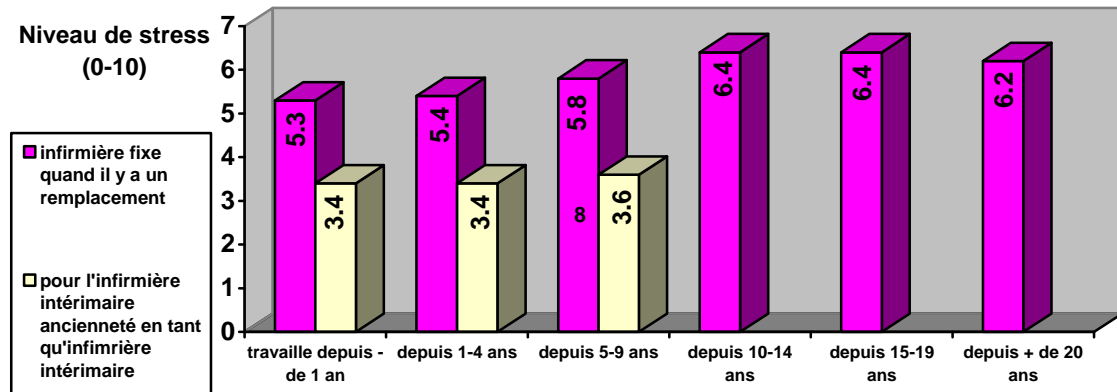


Figure 36 : Rapport entre le niveau de stress provoqué par des stresseurs de l'environnement physique et l'ancienneté.

Il semblerait que l'ancienneté dans la profession n'a que très légèrement un effet sur le stress engendré par les stresseurs de l'environnement physique, psychologique et social. Ces résultats, surtout pour les infirmières fixes, ont tendance à suivre les résultats en lien avec l'âge, comme dit précédemment. Le niveau de stress perçu en lien avec ces stresseurs augmente donc un peu avec l'ancienneté, alors que ça n'est pas ce que je pensais. En effet, j'imaginai qu'avec les années, les infirmières développaient de nombreuses compétences pour faire face à ces stresseurs, ce qui faisait diminuer leur stress. En fin de compte, ces compétences agissent plutôt sur l'amélioration de l'organisation, mais pas sur le stress. Le modèle Dreyfus d'acquisition de compétences appliqué aux soins infirmiers par Patricia Benner¹⁵³ montre également cette amélioration dans l'organisation par rapport au nombre d'années d'expérience. Selon cette théorie, il existe cinq stades successifs d'acquisition des compétences. Les étudiantes entrent dans la catégorie des novices. « Mais ces étudiantes ne sont pas les seules novices ; toute infirmière intégrant un service dont elle ne connaît pas les malades peut se retrouver à ce niveau si elle n'a pas l'habitude du matériel utilisé ni de la pathologies des malades du service. »¹⁵⁴ L'infirmière qui fait ses premiers pas dans un service se retrouve donc au niveau de novice. Ensuite vient le niveau de débutante. « Elles ont besoin d'aide par exemple, en matière de priorités, puisqu'elles agissent en fonction de critères généraux et ne font que commencer à percevoir des situations répétitives caractéristiques dans le cadre de leur pratique. Les soins qu'elles apportent aux malades doivent être vérifiés par des infirmières qui ont au moins atteint le niveau « compétent » afin de s'assurer que les besoins importants des malades ne soient pas négligés, parce que la débutante n'est pas encore capable de faire le tri entre ce qui est important et ce qui l'est moins. »¹⁵⁵ Je pense que les infirmières, après environ quatre mois dans un service, passent au stade de débutantes confirmées, terme mentionné dans cette théorie. Ces quatre premiers mois, en moyenne, dans un service, dont m'ont parlé les différentes infirmières interrogées lors de ma phase exploratoire permettent de

¹⁵³ BENNER, Patricia. *De novice à expert ; excellence en soins infirmiers*, p. 17-37

¹⁵⁴ Ibid, p.24

¹⁵⁵ Ibid, p.26

mettre en place les compétences nécessaires pour faire face aux différents stressseurs. Ces compétences s'affineront par la suite.

Après deux ou trois ans dans le même service, l'infirmière sera qualifiée de « compétente ». « [...] elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente. Ce plan dicte quels attributs et aspects de la situation présente ou envisagée doivent être considérés comme les plus importants, et ceux que l'on peut ignorer. »¹⁵⁶

Ensuite, une infirmière qui travaille depuis trois à cinq ans sur une même population de malades sera appelée « performante ». « La personne performante ne tient plus compte des caractéristiques et des règles. Ses performances sont souples et montrent un niveau élevé d'adaptabilité et de compétence. »¹⁵⁷ « C'est l'infirmière performante qui est, le plus souvent, capable de reconnaître une détérioration de l'état du malade avant même qu'il y ait des changements explicites dans les signes vitaux. Cette compétence est appelée signal d'alarme précoce. »¹⁵⁸

Et finalement, vient le stade d'experte, mais pas toutes les infirmières n'arrivent jusque là. « L'infirmière experte ne s'appuie plus sur un principe analytique (règles, indication, maxime) pour passer du stade de la compréhension de la situation à l'acte approprié. L'experte, qui a une énorme expérience, comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles. »¹⁵⁹

En quelques mots, « L'experte appréhende rapidement le problème en faisant le rapprochement avec des situations similaires ou contraires déjà vécues. A l'inverse, la débutante ne doit compter que sur l'examen de très nombreuses variables. »¹⁶⁰

L'infirmière qui a une longue expérience gagne du temps dans son organisation mais ne sera pas moins stressée, puisque sa responsabilité dans le service augmente par exemple, par rapport aux infirmières moins expérimentées qu'elle.

Il en va probablement de même pour les infirmières intérimaires, bien qu'elles changent sans cesse de milieu et de collègues de travail, mais celles-ci n'arrivent probablement jamais au stade de l'expertise.

Je n'ai pas représenté sur ce graphique l'ancienneté en tant qu'infirmière pour les infirmières intérimaires. Les chiffres sont répartis de manière complètement aléatoire et diminuent la lisibilité du graphique. Il est difficile d'interpréter des résultats se basant parfois sur une seule réponse, du fait de mon petit échantillon. De plus, je ne connais pas le passé d'infirmières qu'elles ont vécu avant d'être intérimaires. Les infirmières travaillant depuis peu comme intérimaires ont parfois un long passé d'infirmière derrière elles et parfois pas. Mon échantillon est trop réparti et trop restreint pour m'intéresser plus longtemps à une courbe n'ayant pas de logique. De plus, je ne sais pas si ces infirmières ont fait des pauses ou non durant leur carrière. Je ne le sais pas non plus pour les infirmières ayant un poste fixe.

¹⁵⁶ BENNER, Patricia. *De novice à expert ; excellence en soins infirmiers*, p.27

¹⁵⁷ Selon Dreyfus et Dreyfus, dans BENNER, Patricia. *De novice à expert ; excellence en soins infirmiers*, op.cit., p.34

¹⁵⁸ Ibid, p.31

¹⁵⁹ Ibid, p.32

¹⁶⁰ BENNER, Patricia. *De novice à expert ; excellence en soins infirmiers*, p.190

7.2.4.5.3 Stresseurs professionnels en lien avec le pourcentage de travail

Auparavant, je n'avais déjà pas trouvé de rapport entre le stress en général et le pourcentage de travail, et à nouveau ici, je n'en trouve pas non plus entre les stresseurs en lien avec l'environnement physique, psychologique et social et le pourcentage de travail. Mes résultats ne montrent aucune logique et sont très fluctuants, mais sans tendances, même légères. Cela donne l'impression qu'il n'y a pas de cumul de stress d'un jour à l'autre, mais qu'au contraire, les professionnels qui ont répondu à mon étude ont donné une moyenne pour une journée standard, sans tenir compte des jours précédents. C'est ce que je leur demandais, en fait.

Je tiens aussi à rappeler que même si j'ai une vaste représentation des différents pourcentages de travail, certains de ces pourcentages sont représentés par une ou deux personnes. La réponse est donc largement influencée par le hasard de la personne qui répond. J'ai un nombre de réponses bien plus grand pour les personnes travaillant de quatre-vingt à cent pour cent. Pour ces personnes, les résultats sont stables, les moyennes de niveau de stress sont proches, ce qui peut signifier deux choses : soit ce résultat est plus stable à cause du plus grand nombre de personnes représentant la tranche de pourcentage, soit le résultat est stable parce qu'il n'y a pas de grandes différences au niveau du stress entre un travail à quatre-vingt ou à cent pour cent.

7.2.4.5.4 Stresseurs professionnels en lien avec le niveau de formation

Mes trois graphiques représentant les agents stressants des trois environnements sont à nouveau très ressemblants, c'est pourquoi, je n'ai laissé que celui représentant le niveau de stress engendré par ceux du milieu physique.

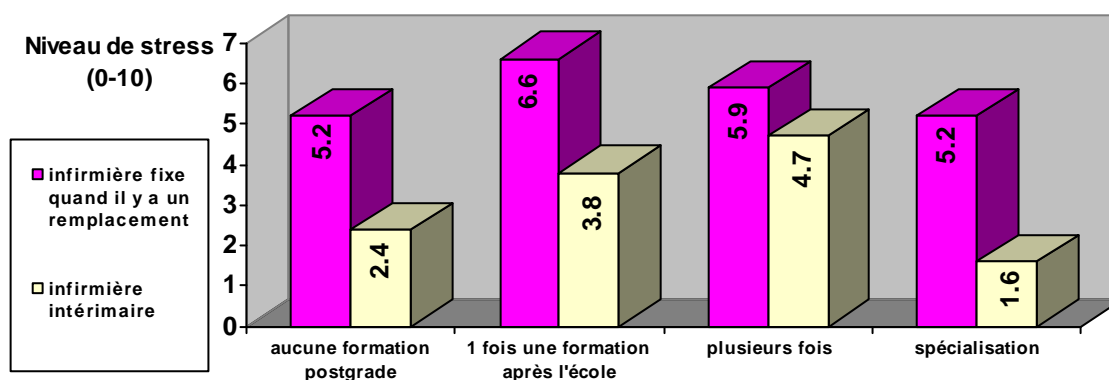


Figure 37 : Rapport entre le niveau de stress provoqué par des stresseurs de l'environnement physique et le niveau de formation post graduée.

Dans mon échantillon, pour les infirmières ayant une place fixe, le nombre de formations effectuées aide à diminuer le stress perçu en rapport avec l'environnement physique, psychologique et social. Précédemment, j'avais obtenu comme résultat que les infirmières n'ayant pas suivi de formation supplémentaire étaient moins stressées en général. A présent, je retrouve de nouveau ce résultat. Je ne vais pas revenir dessus, puisque j'en ai déjà parlé plus haut, par rapport au stress perçu en lien avec le niveau de formation¹⁶¹.

¹⁶¹ Notions abordées au chapitre 7.2.3.7.

Dans mon questionnaire, j'ai recherché le niveau de formation post grade sans tenir compte du domaine de formation. Peut-être que ces formations étaient en lien avec des aspects physiques du service et, que de ce fait, elles agissaient directement sur l'évaluation secondaire du stress. La personne ayant alors de meilleures ressources se sentira moins stressée. Peut-être que dans ces formations il y avait des formations concernant la gestion de conflit ou le travail interdisciplinaire, mais peut-être pas. Peut-être que le simple fait de se former, de faire des formations en groupe, qu'importe le thème, aide aussi pour la dynamique d'équipe... D'un autre côté, j'ai pu constater dans mes stages que les infirmières du service des urgences où je suis allée ne paraissaient pas plus stressées que les infirmières des services de médecine ou chirurgie. Ils s'agit, la plupart du temps, d'infirmières qui se sont spécialisées dans le domaine. Cette formation les aide visiblement à gérer leur stress, puisque grâce à celle-ci, elles connaissent mieux leur travail. Il doit en aller de même avec les infirmières des soins intensifs.

Entre ces différents stressors, j'obtiens de légères différences : par exemple, pour les stressors en lien avec l'environnement psychologique¹⁶², les différents niveaux de stress sont plus bas, comme cela est déjà ressorti précédemment lors de la comparaison entre les trois types de stressors. Et en ce qui concerne ceux du milieu social¹⁶³, il y a une différence plus marquée que pour les autres agents stressants entre les différentes colonnes (mes résultats vont de 6.6 à 3.7 pour les infirmières fixes). J'interprète cela comme étant le fait que beaucoup de formations portent sur la collaboration, le travail en équipe, la gestion de conflit... et que ces formations portent leurs fruits.

Chez les infirmières intérimaires, le stress augmente avec le nombre de formations, à l'exception des spécialisations. J'avais déjà ce même taux de stress bas par rapport au stress en général. Est-ce les infirmières intérimaires, plus stressées à la base, qui suivent plus facilement des formations ou est-ce à nouveau dû à mon petit échantillon? Peut-être se sentent-elles aussi moins écoutées que ce qu'elles l'espéraient suite à des compléments de formation. Je n'ai pas les éléments pour y répondre ici. Par rapport aux spécialisations, est-ce que les infirmières concernées travaillent plus facilement dans le type de service pour lequel elles sont formées, et, de ce fait, sont plus souvent dans les mêmes services, qu'elles connaissent déjà leurs collègues et l'emplacement du matériel ? Peut-être aussi que cela augmente leurs ressources et qu'elles se sentent plus sûres d'elles.

7.2.4.5.5 Stressors professionnels en lien avec le contrôle perçu

Ici, le contrôle perçu est général. J'ai juste mis en lien la réponse concernant l'évaluation du contrôle perçu avec le niveau de stress évalué par rapport aux stressors professionnels. J'aurais pu relier cette question aux différents types de stressors professionnels directement dans le questionnaire et voir pour quels types de stressors un contrôle était perçu et à quelle fréquence, mais cela aurait considérablement allongé mon questionnaire. J'ai donc dû faire des choix, quitte à perdre des informations au profit d'un plus grand nombre de questionnaires en retour. Ce chapitre en perd donc de la précision.

¹⁶² Tableau en Annexe N.

¹⁶³ Idem.

A nouveau, les trois graphiques se ressemblent, c'est pourquoi seulement celui concernant le milieu physique figure dans le texte¹⁶⁴. Il y a bien quelques différences par rapport à la colonne « jamais de contrôle perçu ». Mais comme cette moyenne porte sur deux réponses pour les infirmières fixes et une pour les infirmières intérimaires, elle n'a donc pas autant de valeur que les autres moyennes qui portent sur une vingtaine de réponses pour les infirmières fixes et cinq valeurs pour les infirmières intérimaires.

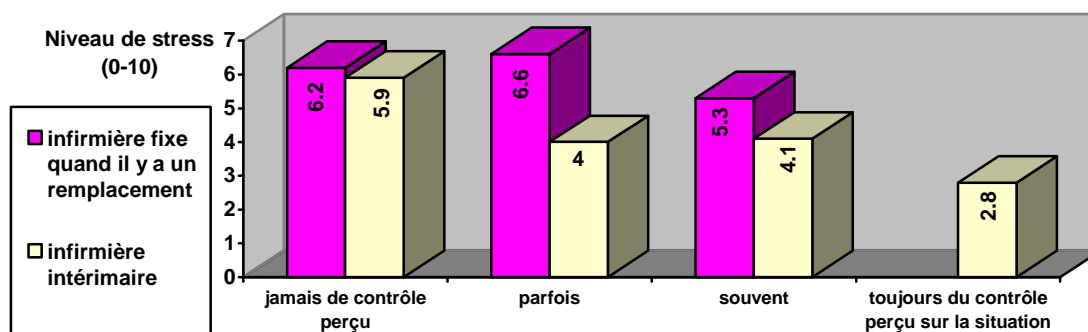


Figure 38 : Rapport entre le niveau de stress provoqué par des stressseurs de l'environnement physique et le contrôle perçu.

Comme j'en ai déjà parlé précédemment dans le chapitre concernant le contrôle perçu¹⁶⁵, il ressort de manière assez flagrante qu'il n'y a pas d'infirmières fixes qui ont l'impression d'avoir toujours du contrôle sur la situation, alors que chez les intérimaires oui. Peut-être que les infirmières fixes s'impliquent plus, prennent plus de responsabilités que les infirmières intérimaires... Peut-être que les infirmières intérimaires relativisent plus et essayent moins d'avoir du contrôle sur leur travail... Elles sont peut-être moins exigeantes par rapport à ce contrôle que les infirmières fixes ...

Si je fais abstraction de la première colonne de ces graphiques, pour les raisons mentionnées plus haut, le niveau de stress diminue également par rapport à l'environnement psychologique et social quand la personne a plus souvent du contrôle sur la situation. Cela va dans le sens de ce qu'écrit Marilou Bruchon-Schweitzer : « Un contrôle perçu spécifique semble protéger les individus contre les effets perturbateurs de la situation aversive correspondante. »¹⁶⁶

Ces graphiques vont également dans le même sens que celui montrant la relation entre le stress en général et le contrôle perçu, à savoir que plus la personne a l'impression d'avoir du contrôle sur la situation et moins elle se sentira stressée. Cela est plus flagrant chez les infirmières intérimaires. Si la personne sent qu'elle peut avoir du contrôle dans une situation donnée, elle pourra être active et pas seulement subir le stressseur. Ce stress sera alors peut-être plus ressenti comme un déficit plutôt qu'un fardeau.

Pour chacun des stressseurs professionnels des trois environnements, les infirmières qui ont plus souvent du contrôle se sentent moins stressées, à l'exception des deux infirmières fixes et de l'infirmière intérimaire ayant répondu ne « jamais » avoir de contrôle. Ces trois réponses ne sont pas très parlantes à côté de la masse des autres réponses. De plus, ici, je ne porte pas grande attention aux variations de stress par

¹⁶⁴ Les graphiques concernant l'environnement psychologique et social sont dans l'annexe N.

¹⁶⁵ Dont les explications se trouvent en Annexe L.

¹⁶⁶ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes, op.cit., p.325

stresseurs. En effet, les différences sont constantes et ce niveau de stress suit celui déjà présenté pour chacun de ces stresseurs professionnels. Ces résultats n'apportent donc rien de plus à mon travail.

La limite entre chacun de ces adverbes de fréquences est floue il est vrai, mais ces adverbes montrent tout de même une augmentation de fréquence entre « jamais » et « toujours ».

7.2.4.5.6 *Stresseurs professionnels en lien avec le soutien perçu*

Encore une fois, il n'y a pas beaucoup de différences entre les trois types de stresseurs professionnels en lien avec le soutien perçu. Les grosses différences qui apparaissent sont en lien avec la première colonne concernant « jamais de soutien perçu ». Mais à nouveau, que ce soit pour les infirmières fixes ou les infirmières intérimaires, la moyenne présentée est le fruit d'une seule réponse. Elle n'a donc pas de poids à côté des autres colonnes où il s'agit d'une moyenne de plusieurs personnes. Je ne représente donc qu'un seul graphique, celui concernant les stresseurs du milieu physique et expliquerai rapidement les petites différences qu'il a avec les tableaux non représentés¹⁶⁷.

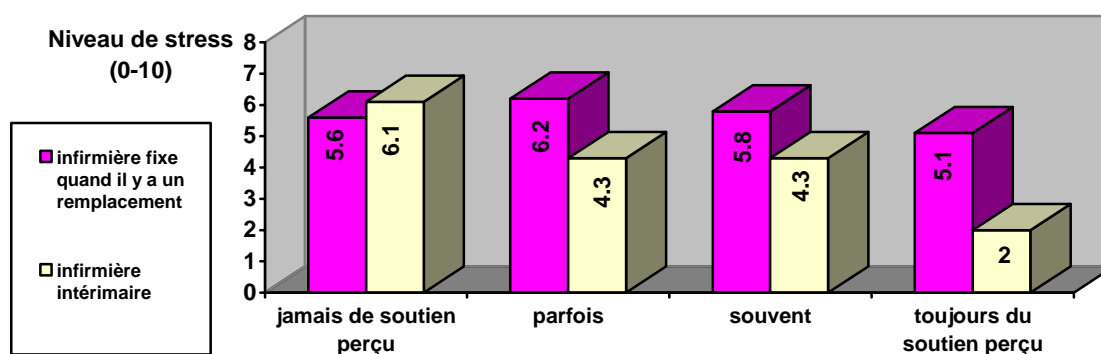


Figure 39 : Rapport entre le niveau de stress provoqué par des stresseurs de l'environnement physique et le soutien perçu.

On peut voir que le stress perçu diminue plus les personnes perçoivent de soutien. Mais, à nouveau, il ne permet pas de dire de qui vient ce soutien. Est-ce que ce soutien provient des collègues, de la famille, d'amis, ... ? Je ne sais pas de qui il découle, n'ayant pas détaillé cette question dans mon questionnaire pour des raisons de longueur. Si ce soutien résulte des collègues de travail, il participera à diminuer les conflits, puisque soutien et conflits ne font pas bon ménage. Toujours si ce soutien provient des collègues de travail, il est plus facile d'affronter les supérieurs lorsque l'équipe nous aide que lorsqu'on est tout seul, cela provoque moins de stress lié à l'environnement social. Autrement, s'il y a des conflits au travail mais que la personne est largement soutenue et aimée à la maison, cela la rendra plus forte pour affronter ses difficultés. Si la personne a une bonne estime d'elle-même, elle sera également plus forte pour affronter les difficultés rencontrées sur son lieu de travail. De plus, en ayant une meilleure estime d'elle-même, ses relations avec les collègues s'en trouvent améliorées, puisque cette personne ne se sent pas le besoin de se comparer avec les autres, de les critiquer ou de les blâmer. Egalement, si la personne a confiance en elle, elle aura moins besoin de soutien d'estime.

¹⁶⁷ Qui se trouvent en annexes N.

Mon graphique démontre uniquement que du soutien est perçu ou non et qu'il aide à diminuer le stress. Il ne dit pas s'il y a du soutien effectif qui n'est pas perçu. Cet appui est une ressource de l'individu pour faire face au stress, s'il est perçu comme présent, comme efficace, la personne pourra l'utiliser comme stratégie de coping, par exemple comme ressource informative ou pour partager ce que la personne vit en ce moment. Dans ce cas, il ne s'agira plus du soutien perçu, mais de la recherche de soutien social¹⁶⁸, qui est un phénomène actif de la part de la personne qui l'utilise.

La diminution du stress avec l'augmentation du soutien perçu est plus visible chez les infirmières intérimaires. A présent, s'agit-il du soutien perçu venant des collègues fixes, des cadres du lieu où le remplacement a lieu, de l'entourage, de l'agence intérimaire, ... ?

Je ne pense pas qu'il faille accorder trop d'importance au fait que les infirmières intérimaires ne ressentant jamais du soutien soient plus stressées que les infirmières fixes par les stressors du milieu physique et psychologique, pour les mêmes raisons que présentées plus haut.

De nouveau, les stressors de l'environnement psychologique amènent un niveau de stress légèrement plus bas que les stressors des environnements physique et social (environ un point de moins).

Et comme autre différence, les infirmières intérimaires de mon échantillon qui ont répondu qu'elles reçoivent parfois du soutien sont plus stressées par l'environnement social que physique et psychologique (deux points de plus). En effet, je pense que si elles se sentent moins soutenues, l'ambiance de travail s'en trouvera moins bonne et que ces infirmières seront plus sensibles aux stressors de l'environnement social, à savoir principalement aux conflits.

Déjà dans le tableau par rapport au stress en général, le taux décroissant de stress en fonction du soutien perçu était bien plus prononcé pour les infirmières intérimaires. Ces similitudes montrent que malgré mon faible échantillonnage, il y a tout de même une certaine cohérence dans mes résultats. Cela montre également l'importance de l'encadrement et de l'écoute avec une infirmière intérimaire, une nouvelle collègue, une étudiante, etc., puisque ce soutien fait diminuer le stress perçu.

7.3 Le coping

Ce chapitre me permettra de répondre à la deuxième partie de ma question de recherche : « Quel type de stress rencontrent ces deux populations et comment le gèrent-elles ? ». Je vais également pouvoir vérifier ou infirmer ma deuxième hypothèse « chacune de ces infirmières a des moyens pour gérer ce stress. » et finalement ce chapitre me permet de répondre à la deuxième partie de mon premier objectif de recherche : « Identifier les facteurs de stress et la manière d'y faire face (coping) chez les infirmières (de mon échantillon) des services de chirurgie et médecine du RSV et les infirmières intérimaires (de mon échantillon) lorsqu'un remplacement est effectué. ».

Le coping apparaît dans la sixième question de mon questionnaire pour les infirmières fixes et à la cinquième pour les infirmières intérimaires.

¹⁶⁸ Présenté dans mon cadre de référence au chapitre 5.3.1.3

Pour chacun des tableaux qui vont suivre, j'obtiens systématiquement des réponses pour mes deux populations qui ont peu d'écart entre elles. Cela veut dire que ces deux types de population utilisent les différentes formes de coping plus ou moins à la même fréquence. Vraiment ? Pourquoi ? Peut-être qu'il y a une certaine désirabilité sociale là-dessous, que certaines formes de coping sont plus acceptées que d'autres. Ou bien alors que la profession demande plus certaines formes de coping autant pour les infirmières fixes qu'intérimaires. Je vais à présent parler plus longuement de chacune de ces formes de coping.

7.3.1 Coping centré sur le problème

A titre de rappel, il est composé de la résolution de problème et de l'affrontement de la situation.

Par **la résolution de problème**, j'entends le fait de s'arranger pour résoudre le ou les problème(s), par exemple en recherchant des informations, en s'asseyant un moment pour réfléchir, en élaborant un plan d'action pour résoudre le problème, en rétablissant les priorités, en restreignant ou écartant les activités annexes et superflues, ...

Et voici un bref rappel de ce que je place sous **l'affrontement de la situation** : s'imposer des contraintes, continuer à se former, exposer les problèmes aux autres membres de l'équipe soignante, aux supérieurs hiérarchiques, ...

Par le biais de mes questionnaires, j'ai recherché la fréquence d'utilisation de ces différents types de coping. Voici une représentation graphique des moyennes d'utilisation de la résolution de problème et de l'affrontement de la situation ainsi qu'une moyenne de fréquence d'utilisation de coping centré sur le problème.

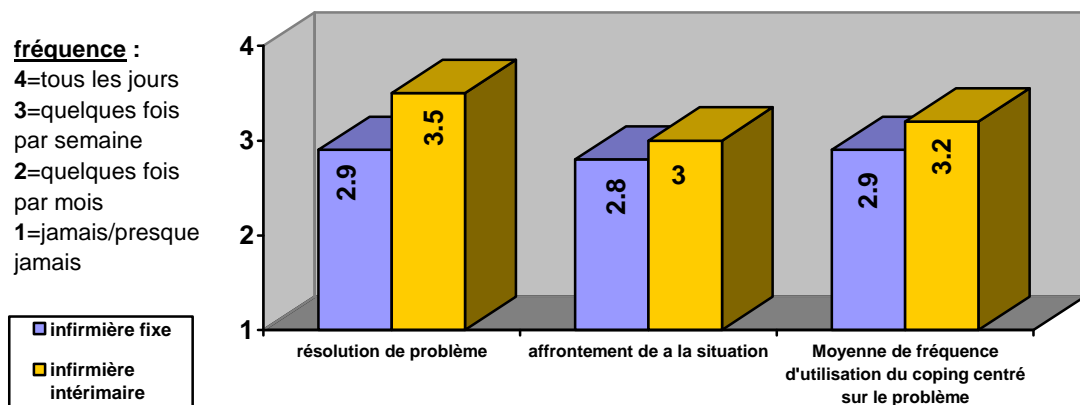


Figure 40: Fréquence d'utilisation des différentes formes de coping centré sur le problème et moyenne de fréquence d'utilisation du coping centré sur le problème.

Pour cette question concernant la résolution de problème quarante-neuf infirmières fixes ont répondu et dix-sept infirmières intérimaires. Par rapport à l'affrontement de la situation, j'ai obtenu quarante-huit réponses pour les infirmières fixes et à nouveau dix-sept pour les infirmières intérimaires. Je constate que j'ai eu un haut taux de réponses pour cette question, d'une part parce qu'il s'agissait des deux premiers items de la question, et d'autre part car la démarche centrée sur le problème est un outil que les soignants ont l'habitude d'utiliser dans leur pratique par le biais du processus de soins. De plus, il s'agit de propositions socialement bien vues. En effet, il est positif de dire que l'on est actif face aux problèmes. Le travail en équipe induit également cette

approche car lorsqu'un problème se présente il est plus facile de tenter de le résoudre en recherchant des informations, en élaborant un plan d'action et en rétablissant les priorités plutôt que de s'agiter de manière individuelle. Ces diverses activités démontrent à nouveau un parallèle avec la démarche de soins infirmiers. Concernant l'affrontement de la situation, dans une équipe on fait régulièrement appel à la compétence collective pour tenter de résoudre une difficulté ce qui explique certainement la raison pour laquelle j'ai obtenu un important retour de réponses concernant le coping centré sur le problème.

Par rapport à la résolution de problèmes, je peux dire que les infirmières intérimaires l'utilisent plus souvent que les infirmières ayant un emploi fixe. En effet, ces premières l'utilisent presque tous les jours, alors que les infirmières fixes l'utilisent quelques fois par semaines. Pourquoi ? Avant de répondre à cette question, j'en profite pour faire un bref rappel d'un des éléments du rôle infirmier. En effet, dans le rôle infirmier, on y trouve le plan de soins infirmiers. Pour ce faire, il faut commencer par un recueil de données que l'on va analyser afin de trouver quels sont les problèmes du client, problèmes sur lesquels nous pouvons agir. Ceci s'appelle le diagnostic infirmier. De là, nous élaborons, en collaboration avec le client, des objectifs à atteindre et des moyens pour y arriver que nous évaluerons par la suite. Ce plan de soins infirmiers s'apparente à une résolution de problème. Que ce plan de soins soit écrit quelque part ou juste transmis oralement lors des rapports, il existe. C'est le fil rouge de la prise en charge infirmière du client. La résolution de problèmes fait donc partie intégrante du rôle infirmier. Peut-être qu'elle est utilisée plus fréquemment par les infirmières intérimaires parce que celles-ci ont plus de problèmes qui ne sont pas forcément liés à la prise en charge du patient mais concernant l'organisation, les protocoles, les habitudes de service... De ce fait, elles se doivent de résoudre ces problèmes pour avancer dans leur travail. Alors que les infirmières ayant un emploi fixe connaissent la façon de procéder dans leur service. Lorsqu'elles s'occupent plusieurs jours de suite des mêmes clients, elles n'élaborent qu'une fois un plan de soins qu'elles évaluent et font évoluer par la suite. De ce fait, elles utilisent moins souvent la résolution de problèmes.

Ce que je peux dire de l'affrontement de la situation : à nouveau, les infirmières intérimaires de mon échantillon utilisent plus souvent ce type de coping que les infirmières fixes, mais cette fois l'écart est minime. Peut-être qu'il en est ainsi parce que les infirmières intérimaires ont moins de temps pour agir, alors elles doivent affronter la situation plus rapidement. Pour ce faire, elles utilisent l'équipe comme ressource ou tentent de se former pour être plus compétentes. J'avais relevé précédemment que chez les infirmières intérimaires il y avait plus de personnes qui ont fait une spécialisation. Les infirmières fixes peuvent remettre à plus tard, surtout si elles travaillent à un grand pourcentage, ce qui augmente leur temps de présence sur leur lieu de travail. Elles font plus facilement plusieurs jours de suite et ne sont donc pas forcément obligées de tout faire tout de suite.

Pour en revenir aux infirmières intérimaires, peut-être que le fait de n'être présentes dans un service que pour une courte période allant de quelques jours à tout au plus quelques mois, facilite l'affrontement de situations, vu qu'elles ne seront peut-être pas là pour en voir les conséquences, au niveau de l'équipe par exemple. Les infirmières intérimaires ont peut-être plus une approche de court terme en raison de la potentielle brièveté de leur mission dans un service. En tant qu'intérimaires elles sont certainement plus souvent confrontées à des situations inconnues qu'elles se doivent d'affronter si

elles veulent poursuivre leur activité de remplacement. Elles ont de par ce fait développé des capacités d'adaptation qui leur permettent cet affrontement.

Les infirmières de mon échantillon ayant un poste fixe, selon mes résultats, utilisent tout autant ces deux moyens de coping, alors que les infirmières intérimaires utilisent plus la résolution de problèmes. Celle-ci comprend en effet la recherche d'informations et je pense que c'est surtout à cette dernière que font références les infirmières intérimaires.

7.3.2 Coping centré sur les émotions

J'ai choisi de tester douze sous-catégories de ce type de coping. Par curiosité, j'ai diffracté une de ces sous-catégories en quatre items, c'est pourquoi j'ai testé quinze items au total. C'est long, je le sais. Les infirmières me l'ont également fait remarquer, mais j'ai trouvé intéressant de pouvoir comparer ces différents éléments dont voici les résultats. J'ai représenté graphiquement les moyennes de fréquence d'utilisation de chacun de ces items. Pour faciliter la lecture, j'ai mis quatre items par tableau. Auparavant, je fais un bref récapitulatif de ce qu'ils comprennent, puis je discute des résultats.

Voici donc la première série de sous-catégories du coping centré sur les émotions. Elle comprend la minimisation de la menace, la réévaluation positive, l'humour et l'auto-accusation.

Quand je parle de **la minimisation de la menace**, je pense par exemple à prendre de la distance, à faire comme si de rien n'était, comme s'il n'y avait pas de stress, à se dire que ça n'est pas si grave, à donner l'impression de gérer la situation, ...

Par **la réévaluation positive**, j'entends réévaluer positivement la situation en modifiant sa signification pour soi-même, en se la représentant plus supportable, en cherchant les points positifs ...

Pas besoin de décrire longuement **l'humour**, il s'agit simplement ici de rire d'une situation « stressante » pour se détendre.

Et finalement voici quelques mots sur **l'auto-accusation**. Il s'agit de s'accuser d'être la cause du problème, de se sentir responsable, de ressentir de la culpabilité.

Voilà ce que cela donne graphiquement :

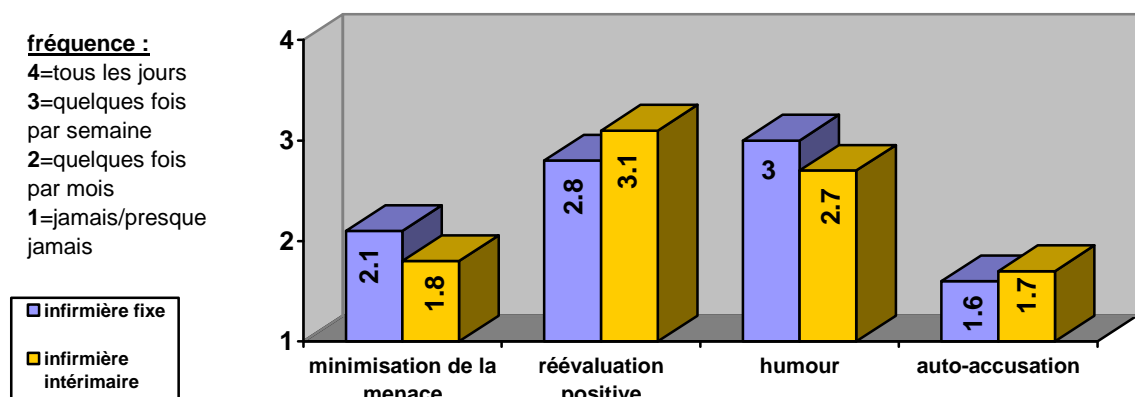


Figure 41 : Fréquences de quelques sous-catégories de coping centré sur les émotions.

J'ai effectué ces moyennes sur quarante-huit à quarante-neuf réponses pour les infirmières ayant un poste fixe et sur seize à dix-sept réponses pour les infirmières intérimaires.

Dans les questionnaires qui m'ont été retournés, j'ai obtenu quelques rares croix entre deux cases ou bien deux réponses pour un même item. J'ai tenu compte de ce type de réponses en notant des réponses intermédiaires. Par exemple, une personne ayant répondu « quelques fois par mois » aura reçu le score de « 2 ». Une personne ayant répondu « quelques fois par semaine » aura reçu le score de « 3 ». Et une personne ayant mis une croix entre « quelques fois par mois » et « quelques fois par semaine », aura reçu le score de « 2.5 ». J'ai fait de même pour les autres items. Afin d'obtenir les résultats présentés dans le tableau ci-dessus, j'ai fait la moyenne de chacun des scores d'une même catégorie.

Ce que je vois de ce graphique, c'est que les items qui ont une connotation positive sont utilisés plus fréquemment, à savoir plus ou moins quelques fois par semaine, alors que les items qui sous-entendent quelque chose de plus négatif, comme de la culpabilité, du détachement ou de l'indifférence sont utilisés quelques fois par mois ou moins. Est-ce un hasard, est-ce un reflet de la réalité ou bien les personnes qui m'ont répondu ont eu peur d'être jugées ou tout simplement n'ont pas voulu se noircir elles-mêmes. Je me rends compte à présent que j'ai demandé à ces infirmières une démarche d'introspection pas toujours aisée à réaliser. C'est peut-être pour cette raison que les réponses sont celles qui paraissent le plus acceptables.

Peut-être également que ces personnes se sont évaluées honnêtement, mais que leur subconscient leur cache une partie d'elles-mêmes, à savoir que ces personnes ne se rendent peut-être pas compte qu'elles utilisent plus souvent que ce qu'elles pensent certaines formes de coping. Certaines personnes peuvent penser que le détachement ou le sentiment de culpabilité font partie de leur personnalité et ne pas le percevoir comme forme de coping. D'autre part, selon Rosette Poletti et Barbara Dobbs¹⁶⁹, l'auto-accusation est un indicateur de manque d'estime de soi. Une personne qui a suffisamment d'estime d'elle-même ne se voit pas comme étant la cause du problème en tant que personne, mais voit l'acte, le geste qui est la cause du problème. Il est fort probable que les infirmières ont une bonne estime d'elles-mêmes pour pouvoir pratiquer leur profession. Il est également probable qu'elles n'utilisent que peu l'auto-accusation, tout simplement pour se protéger.

Je pense que la minimisation de la menace a été sous-évaluée. J'ai l'impression qu'elle a surtout été comprise dans le sens négatif, comme étant de l'indifférence, de la négligence. Mais ce terme n'a pas que cette composante négative. En effet, il comprend aussi la prise de distance d'avec la situation, ce qui permet de prendre du recul et d'avoir une vision plus globale du service, des priorités. Patricia Benner¹⁷⁰ dit d'ailleurs que les infirmières qui atteignent un stade de « performante » ou « d'experte » augmentent leurs compétences relatives à cette vision d'ensemble.

Certaines personnes trouvent que l'écart entre les fréquences proposées était trop grand et elles ont eu de la difficulté à répondre puisqu'elles ne se situaient pas complètement d'un côté, ou de l'autre. Cela a probablement aussi participé au fait que dans mes résultats certaines formes de coping ressortent comme plus utilisées que d'autres.

Je passe à présent au graphique suivant. Il parle de **l'évitement comportemental et cognitif**. C'est la sous-catégorie que j'ai divisée en quatre propositions :

¹⁶⁹ POLETTI, Rosette, DOBBS, Barbara. *L'estime de soi, un bien essentiel*, op.cit.

¹⁷⁰ BENNER, Patricia. *De novice à expert ; excellence en soins infirmiers*, op.cit.

- Avoir recours à des distractions diverses, discuter avec les collègues, les patients, les familles de choses et d'autres pour se changer les idées, aller aux toilettes juste pour avoir un petit moment de calme.
- Faire de la relaxation, du sport, prendre un bon bain, avoir recours à des médecines douces. Dans cet item, je n'avais pas parlé de « chanter » mais une personne me l'a ajouté dans « autre » et je trouve que cette proposition a sa place ici.
- Se désengager de la situation (contraire de l'engagement).
- Consommer de l'alcool, du tabac, des drogues, des médicaments, des douceurs pour se sentir mieux.

Voici la représentation graphique de ces résultats. Je présente une moyenne par rapport à l'évitement comportemental et cognitif dans le graphique d'après.

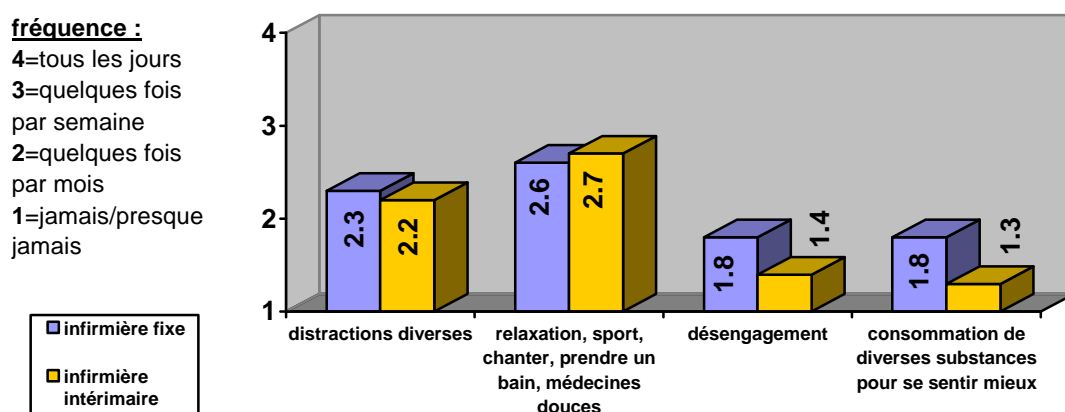


Figure 42 : Fréquence moyenne d'utilisation de différentes formes d'évitement comportemental et cognitif.

J'ai effectué ces moyennes par rapport à un nombre de réponses allant de quarante-cinq à quarante-huit pour les infirmières ayant un poste fixe et de quatorze à dix-sept pour les infirmières intérimaire.

Certains items ont reçu un moins grand nombre de réponses. Dans les remarques par rapport à mon questionnaire j'ai reçu des éléments de réponses. Deux infirmières intérimaires m'ont écrit à deux reprises par rapport au désengagement de la situation qu'elles ne comprennent pas s'il faut interpréter cet item comme ne plus s'investir dans la situation ou demander l'arrêt du mandat ? Je n'avais pas vu d'ambiguïté par rapport à cette proposition. Pour moi, il était clair qu'il s'agissait de ne plus s'investir dans la situation. Ces deux personnes n'ont pas répondu à la question. N'ayant pas relevé ce double sens plus tôt, je ne sais pas par rapport à quoi ont répondu les autres infirmières intérimaires... Visiblement, cette proposition a aussi posé problème à certaines infirmières fixes, vus le plus petit nombre de réponse. J'en déduis que cet item n'était pas suffisamment clair.

Une autre personne aurait préféré que je ne mélange pas les ressources privées et professionnelles dans cette question. C'est peut-être également pour ça que j'ai obtenu un moins grand nombre de réponses.

Ici, les deux premiers items sont plus souvent utilisés. Ils sont probablement mieux acceptés socialement parlant. Par là, je pense à la société actuelle où il s'agit d'être performant, d'être fort, de ne pas montrer ses faiblesses, sauf si elles peuvent aussi être vues comme une qualité. Dans une telle société, il n'est pas valorisant de dire que l'on boit, que l'on se drogue ou que l'on consomme des anxiolytiques pour trouver la force de retourner sur son lieu de travail. Je prends ici comme exemples des situations

extrêmes, mais il n'est pas courant de trouver des soignants se vantant de consommer des médicaments à base de plantes pour pouvoir trouver le sommeil le soir, même si cette situation est plutôt anodine. En effet, par rapport à cet item relatif à la consommation de substances, plusieurs personnes m'ont précisés qu'il s'agissait de chocolat, de douceurs ou de tabac. Peut-être que certaines personnes n'ont pas osé répondre sincèrement de peur de passer pour des drogués ou des alcooliques, quand bien même mon questionnaire était anonyme. Peut-être que, vu la longueur de cette question, quelques personnes n'ont pas lu l'item jusqu'au bout et sont restés crochées aux drogues, tabac, alcools sans voir les douceurs et du coup, la fréquence d'utilisation de cette sous-catégorie de coping en a été diminuée. Peut-être tout simplement aussi que la plupart des professionnelles n'ont pas besoin de consommer de substance pour diminuer leur stress.

En ce qui concerne le désengagement, je me demande s'il n'a pas été sous-évalué parce que mal compris ou à cause de sa connotation négative. En stage, j'ai eu l'occasion de voir des soignantes demander à ne plus prendre en charge telle ou telle situation pendant un certain temps, ce qui est une forme de désengagement. Ce type de coping existe mais il est peut-être difficile pour une soignante d'admettre y avoir parfois recours.

Voici encore quelques mots sur les items les plus souvent utilisés de mon graphique. Durant les stages que j'ai effectués tout au long de ma formation, j'ai vu quotidiennement les infirmières discuter avec les collègues, les patients et les familles de choses et d'autres. Elles ne le font pas dans un but de se changer les idées, mais dans un but d'introduire un entretien ou d'entrer en contact avec les clients. La distraction n'est pas présente, l'infirmière a plutôt en tête les objectifs de l'entretien et/ou le bien-être du client. Les infirmières n'ont probablement pas plus de temps pour se distraire même si elles se sentent surmenées. En écrivant cela, je pense au grand nombre d'infirmières m'ayant mis une remarque sur la grande charge de travail de leur service.

Voici encore une remarque concernant la relaxation, le sport, prendre un bon bain, avoir recours à des médecines douces, chanter. Il s'agit d'activités para-professionnelles, ce qui veut dire que la personne qui la pratique ou qui y a recours le fait en dehors de ces heures de travail. Selon l'organisation de sa vie privée et de ses goûts, elle y accordera plus ou moins de temps. Le pourcentage de travail n'influence pas la fréquence d'utilisation de ce type de coping dans mon échantillon.

Dans le graphique qui suit, je reprends dans la première colonne l'évitement comportemental et cognitif présenté au graphique précédent, mais cette fois j'en propose une moyenne. Les autres colonnes représentent l'évitement émotionnel, l'acceptation et la recherche de soutien émotionnel. Afin de resituer ces items, en voici quelques mots. Dans **l'évitement émotionnel**, je mets le fait de réprimer ou supprimer ses émotions, de nier la réalité. Par rapport à **l'acceptation**, il s'agit d'accepter la situation, de faire avec. Et par la **recherche de soutien émotionnel** je sous-entends le fait de rechercher la sympathie et la compréhension de quelqu'un pour diminuer ses propres émotions, les rendre supportables. Cela comprend aussi le fait de se réserver des espaces au sein de l'équipe pour parler des problèmes rencontrés, de faire un débriefing.

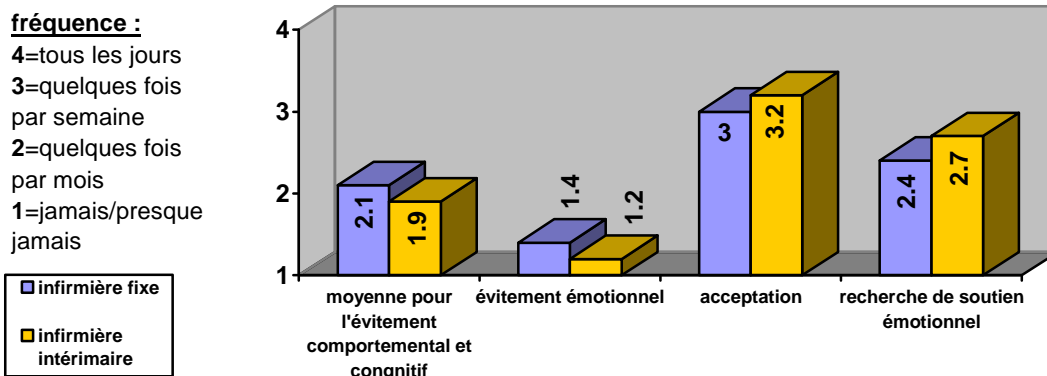


Figure 43 : Fréquences de quelques sortes de coping centré sur les émotions.

J'ai effectué ces moyennes par rapport à un nombre de réponses allant de quarante-huit à quarante-neuf pour les infirmières ayant un poste fixe et de treize à dix-sept pour les infirmières intérimaires.

Visiblement l'acceptation a posé un problème à certaines infirmières intérimaires, vu que quatre personnes ne m'ont pas répondu. Elles ne m'ont pas donné de piste d'explication, les cases sont juste vides. Les soignants ne sont peut-être pas par essence fataliste car dans un métier où l'on est confronté à la maladie et à la souffrance ce n'est pas très compatible. Elles peuvent avoir l'impression de ne pas être dans l'acceptation parce qu'elles se révoltent mais finalement aucune démarche constructive n'est entreprise et c'est une sorte d'acceptation. Peut-être que ce terme n'a pas été compris, ou que ces infirmières ne se sentaient pas concernées par ce moyen de coping ou peut-être encore qu'elles ne savaient pas comment l'évaluer...

Ce que je peux dire de l'évitement comportemental et cognitif, c'est qu'en moyenne, quelque en soit la forme qui est choisie, il est utilisé à une fréquence d'environ quelques fois par mois. Cela veut dire que sous une forme ou l'autre, il est utilisé, mais pas trop souvent. En fin de compte, il permet d'oublier le problème, mais de manière passagère. Il ne résout en rien le problème. L'évitement émotionnel non plus d'ailleurs. Je pense que s'il est si peu utilisé par les infirmières, c'est parce qu'il s'agit d'une profession qui ne le permet pas. Ce moyen peut peut-être aider sur une très courte durée, mais à la longue peut provoquer une grande souffrance. Comme nous l'avons vu en cours, il est normal de ressentir de nombreuses émotions, d'autant plus qu'il s'agit d'une profession de l'humain. Nous ne pouvons pas rester insensibles à la souffrance que nous voyons au quotidien. Le tout est de savoir quoi en faire. Pour les professionnelles que j'ai interrogées via mon questionnaire, refouler ou nier ses émotions n'est pas la solution. Pour faire une petite incartade dans le tableau suivant, les infirmières n'expriment pas souvent non plus leurs émotions (moins de quelques fois par mois) par un comportement visible tel que par exemple par des crises de larmes, un état anxieux, un accès de colère. Pour gérer ces émotions, elles vont beaucoup plus chercher à parler de ce qu'elles ressentent, c'est ce que montre les colonnes représentant la recherche de soutien émotionnel. Cela est aussi socialement plus accepté. De plus, c'est ce que nous apprenons en cours : en parler lorsqu'il y a un problème, mettre les choses au clair, ne pas rester sur des malentendus ou des incertitudes. Le fait d'en parler peut également aboutir sur un coping centré sur le problème.

Et finalement, ce graphique montre que l'acceptation a la côte. Est-ce que cela vient d'un terme entendu lors de la formation qui ressurgit à la lecture de cet item : l'acceptation inconditionnelle de l'autre ? Est-ce que, quand on accepte l'autre, on accepte aussi plus facilement ce qui l'entoure ? Ou bien peut-être que certaines

infirmières ont l'impression de ne pas avoir vraiment d'autres choix que de faire avec, puisque cela demande parfois une certaine quantité d'énergie et de courage pour changer une situation. Elles préfèrent alors faire avec, même si la satisfaction n'est pas toujours présente¹⁷¹.

Et voici finalement les quatre derniers items qui sont :

- **La réactivation ou continuation des croyances religieuses** : cela comprend le fait de prier, de demander de l'aide dans ses prières.
- **L'impuissance-désespoir** : il s'agit de ressentir de l'impuissance ou du désespoir, d'espérer un miracle, de souhaiter que la situation soit différente, ...
- **L'expression des émotions** qui comporte le fait d'exprimer ses émotions par exemple par des crises de larmes, un état anxieux, un accès de colère, ...
- **L'hostilité** qui englobe le fait de se montrer agressif/ve, irritable, hostile, en colère contre les autres ou soi-même, de mettre le tort sur les autres, de s'en prendre aux autres, ...

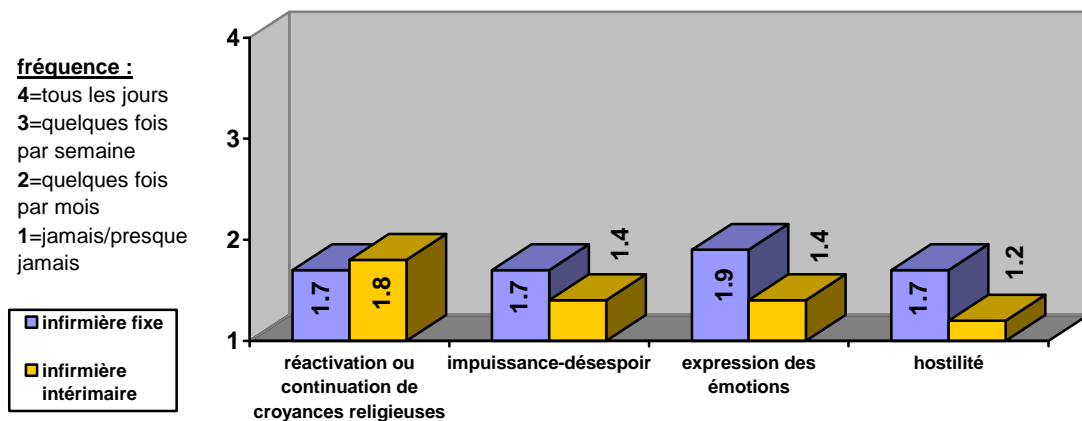


Figure 44 : Fréquences de quelques sortes de coping centré sur les émotions.

J'ai effectué ces moyennes par rapport à un nombre de réponses allant de quarante-six à quarante-huit pour les infirmières ayant un poste fixe et de seize à dix-sept pour les infirmières intérimaires. La réactivation des croyances religieuses a obtenu moins de réponses que les autres items. Peut-être que quelques personnes ne voyaient pas très bien ce que cela venait faire ici, ou alors se sentaient gênées de répondre.

Ces quatre dernières sous-catégories de coping ne font de loin pas partie du quotidien des infirmières de mon échantillon. J'avais la représentation que les personnes plus âgées étaient plus croyantes et priaient plus facilement que des personnes plus jeunes. Mais en mettant en lien ces deux variables, je me suis rendue compte que dans mon échantillon, il n'y avait aucun rapport entre l'âge et la réactivation ou continuation des croyances religieuses. Le fait d'utiliser la prière comme moyen de coping a peut-être rapport à un phénomène de mode. Dans la première moitié du siècle passé, si on se réfère à des vieux ouvrages ou à des films relatant cette époque¹⁷², il semblerait que les gens étaient plus pieux et avaient beaucoup plus recourt à la prière. A présent, les gens n'y pensent peut-être tout simplement pas, ou bien n'y croient pas. Une personne m'a

¹⁷¹ En référence aux figures 10 et 17.

¹⁷² Par exemple : *La grande peur dans la montagne* de Charles-Ferdinand RAMUZ ; *Vipère au poing* de Hervé BAZIN ; La série des Don Camillo de Giovannino Guareschi ; le film *Le chocolat* de Lasse HALLSTRÖM d'après l'oeuvre de HARRIS Joanne.

écrit qu'elle priait, mais pas par rapport à son travail. Cette personne n'a pas répondu à la question. Une autre a noté qu'elle manquait de temps pour prier.

Par rapport à l'impuissance-désespoir, je ne m'étonne pas que la fréquence soit basse. En effet, une infirmière qui se sentirait impuissante et désespérée trop souvent n'aurait plus goût à pratiquer son métier. Sans espoir que la situation, que les patients, aillent mieux, pourquoi continuer à travailler ? Je pense que les infirmières qui vivent trop souvent ce désespoir, cette impuissance, changent rapidement de place de travail. Cela laisse entendre que rien n'est possible pour que la situation aille mieux, que la personne ne peut rien faire, mais qu'au contraire, elle ne fait que subir. A long terme, ce sentiment peut virer à la dépression, au burn out.

En ce qui concerne les deux derniers items, l'expression des émotions et l'hostilité, je pense qu'il ne sont pas utilisés plus souvent de fait de leur faible désirabilité sociale. Ils sont, en effet, vus de manière négative et peuvent avoir de fâcheuses conséquences sur l'équipe. En effet, celle-ci n'est pas un défouloir. Avoir recours à ce type de coping peut être source de conflits qui eux-mêmes font partie des stressseurs. Cela peut entraîner un cercle vicieux. Les émotions ne sont pas simplement en lien avec l'évaluation, mais également avec le coping.

En résumé de ces graphiques, il ressort que quelques sous-catégories de coping sont plus souvent utilisées que les autres. Je peux citer l'acceptation, la réévaluation positive et l'humour. D'autres sont utilisées moins de quelques fois par mois, comme par exemple la réactivation ou continuation des croyances religieuses, l'impuissance-désespoir, l'expression des émotions, l'hostilité, l'évitement émotionnel, l'auto-accusation et finalement deux items faisant partie de l'évitement comportemental et cognitif : le désengagement de la situation et la consommation de diverses substances pour se sentir mieux. Il y a clairement un phénomène de désirabilité sociale là-dessous. Comme par hasard, toutes ces dernières propositions qui sont beaucoup moins utilisées ne font pas partie de l'image que l'on se fait de l'infirmière. Cette image n'encourage certainement pas l'utilisation de ces formes de coping.

Comme j'en ai déjà parlé en début de chapitre, il n'y a jamais de grande différence entre le score des infirmières fixes et des infirmières intérimaires. Parfois, ce sont les infirmières fixes qui utilisent plus telle ou telle catégorie de coping et parfois ce sont les infirmières intérimaires. Sur mes graphiques en lien avec le coping, il n'y a jamais plus de zéro virgule six point de différence et la plupart du temps, cet écart est bien plus petit. Cela rappelle avant tout qu'une infirmière intérimaire est une infirmière, même si elle ne travaille pas dans un service en particulier, mais là où on a besoin d'elle.

Les sous-catégories de coping dans lesquelles je retrouve le plus de différences entre les deux populations d'infirmières sont : l'expression des émotions et l'hostilité. Ces derniers sont moins utilisés par les infirmières intérimaires. Peut-être ne peuvent-elles pas se le permettre, puisqu'elles dépendent de l'accueil et des informations des infirmières fixes. Elles sont là pour une période parfois très courte et elles préfèrent probablement avoir la meilleure ambiance possible avec les collègues. De plus, pour pouvoir exprimer des émotions ou de l'hostilité, il faut une certaine intégration dans l'équipe. De la confiance doit pouvoir s'établir surtout pour le premier point. Cela renvoie également à l'image de soi que l'on veut donner et à l'adaptation : si une intérimaire se retrouvait dans un service où le fait d'exprimer ses émotions est une habitude, peut-être qu'elle serait plus encline à la faire.

Ensuite, vient le désengagement. Le taux d'utilisation si bas vient probablement d'une mauvaise compréhension de ce que j'entendais par ce terme, comme j'en ai déjà parlé

plus haut. En effet, s'il a été compris par les infirmières intérimaires comme le fait d'abréger une mission, je comprends qu'elles n'y fasse pas souvent recours.

Je présente plus bas, dans un graphique, une moyenne de fréquence d'utilisation du coping centré sur les émotions ainsi que du coping centré sur le problème et la recherche de soutien social. Ce graphique permet une comparaison de l'utilisation des trois formes de coping.

7.3.3 Recherche de soutien social

Et voici la troisième sorte de coping. Comme rappel, par recherche de soutien social, je sous-entends le fait de rechercher **activement** l'aide d'autrui pour obtenir une écoute, des informations, une aide matérielle ou dans les tâches à accomplir, ...

Je n'ai qu'un seul item cherchant à évaluer cette catégorie de coping où j'ai obtenu quarante-sept et dix-sept réponses.

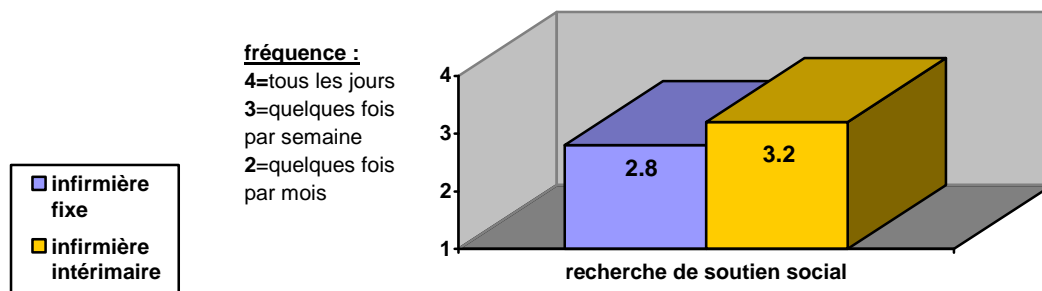


Figure 45 : Fréquence moyenne d'utilisation de recherche de soutien social.

Il est clairement visible que la recherche de soutien social est utilisée quelques fois par semaine ou plus souvent chez les infirmières intérimaires. Ce résultat ne m'étonne pas, bien que je l'imaginai être utilisé encore plus souvent puisque le métier d'infirmière est un travail d'équipe. D'ailleurs, aucune infirmière n'a répondu ne jamais ou presque jamais utiliser cette forme de coping. Mais peut-être qu'elle est utilisée par habitude, parce que « ça se fait comme ça » et non pour diminuer son stress. Elle est peut-être utilisée inconsciemment et donc sous-évaluée ici. Peut-être que l'infirmière fixe a moins de temps pour aller chercher de l'aide lorsqu'un remplacement est effectué ou qu'elle a plus tendance à faire son travail seule lorsque la charge de travail est augmentée, par exemple par rapport à la réfection des lits. Peut-être qu'elle sait qu'à ce moment de la journée les autres infirmières sont autant occupées qu'elle. Peut-être que certaines infirmières sont plus individualistes que d'autres et préfèrent faire le plus possible de travail elles-mêmes.

Le fait que les infirmières intérimaires utilisent plus cette forme de coping que les infirmières fixes me paraît tout à fait logique, puisqu'elles doivent demander l'information pour pouvoir accomplir leur travail, surtout lorsqu'elles ne connaissent pas le service.

7.3.4 Mise en rapport des trois sortes principales de coping

Je mets ici graphiquement côte à côte les fréquences moyennes d'utilisation des différents types de coping présentés plus haut.

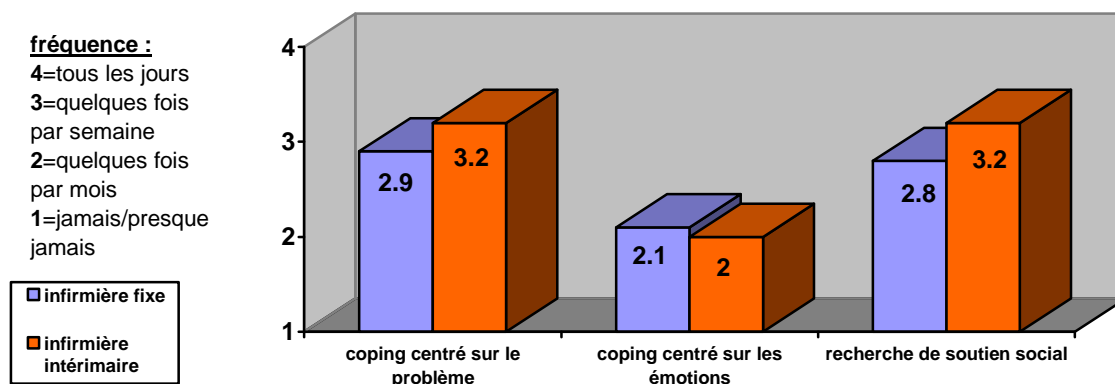


Figure 46 : moyenne de fréquence d'utilisation des 3 principales sortes de coping.

Il ressort clairement de ce graphique que les infirmières utilisent plutôt un coping actif, centré sur le problème ou la recherche de soutien social. Je tiens à rappeler que la moyenne d'utilisation du coping centré sur les émotions n'est pas très haute, puisque la majorité de ses sous-catégories sont peu souvent utilisées, comme par exemple : la minimisation de la menace, l'auto-accusation, l'évitement comportemental et cognitif, l'évitement émotionnel, la réactivation ou continuation des croyances religieuses, l'impuissance-désespoir, l'expression des émotions et l'hostilité. De ce fait, l'humour, l'acceptation et la réévaluation positive qui ont des scores autant élevés que ceux du coping centré sur le problème ou la recherche de soutien social se retrouvent noyés dans la masse.

Les infirmières sont des professionnelles qui agissent contre leur stress ou qui recherchent activement les moyens d'y faire face. Elles agissent directement sur le problème et moins souvent par le biais des émotions que la situation stressante engendre. Elles agissent juste sur leurs émotions de manière ciblée, par quelques sous-catégories de coping socialement acceptables comme par exemple l'humour, l'acceptation et la réévaluation positive.

7.3.5 Coping en lien avec différentes variables

Comme je l'ai déjà fait plus haut pour l'évaluation primaire du stress et les stressors professionnels, je vais mettre ces formes de coping en relation avec différentes variables comme l'âge, l'ancienneté, le pourcentage de travail, le niveau de formation, le contrôle perçu, le soutien perçu et la satisfaction au travail afin de voir s'il existe une relation ou non entre ces différentes variables.

7.3.5.1 Coping et âge

Je n'ai pas mis de graphiques ici, parce qu'ils ne montrent rien d'intéressant. En effet, les résultats, qu'ils soient par rapport au coping centré sur le problème, centré sur les émotions ou en lien avec le soutien social, sont très fluctuants et ne montrent pas de

tendances. Je ne peux pas en tirer un rapport entre l'âge et la fréquence d'utilisation de ces trois principales formes de coping. Peut-être que si mon échantillon avait été dix fois plus grand, mes graphiques auraient été plus parlants, mais là, il est difficile de tirer des conclusions quand certaines classes d'âge ne sont représentées que par une ou deux personnes.

De plus, en voyant les résultats que j'ai obtenus par rapport à l'âge, je pense vraiment que des facteurs de personnalité comme par exemple les croyances de l'individu, les motivations générales, le lieu de contrôle, l'optimisme, la hardiesse, le types de personnalité¹⁷³ ont bien plus d'influence sur le choix d'utilisation des différentes formes de coping.

7.3.5.2 Coping et ancienneté

Mes résultats sont stables par rapport au coping en lien avec l'ancienneté et les trois graphiques se ressemblent, c'est pourquoi je n'en ai représenté qu'un, celui représentant la fréquence d'utilisation du coping centré sur les émotions en lien avec l'ancienneté. Les deux autres graphiques montrent des colonnes semblables, mais à une fréquence d'utilisation avoisinant « quelques fois par semaine », comme il était déjà ressorti dans la figure 46.

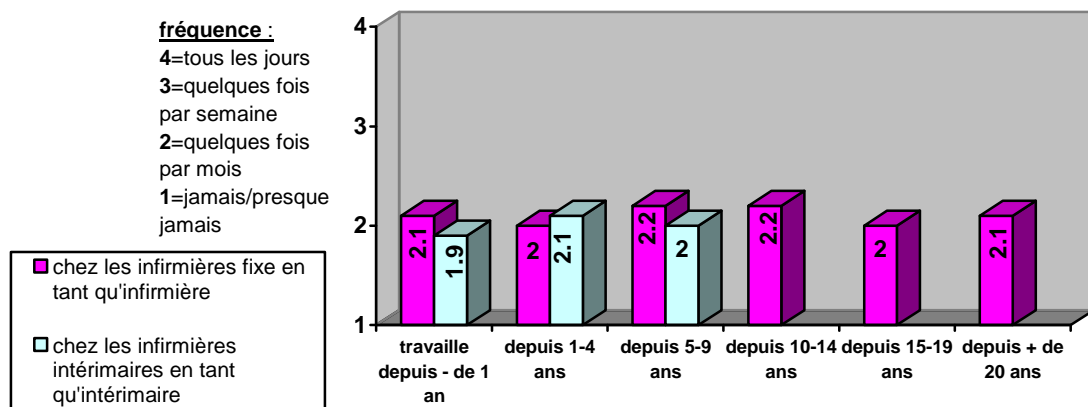


Figure 47: Fréquence des différentes formes de coping centré sur les émotions en lien avec l'ancienneté.

Je peux en dire que quelque soit l'ancienneté des personnes qui m'ont répondu, cela n'influence pas le choix et la fréquence de la forme de coping utilisée. Cela va dans le sens de ce dont j'avais déjà parlé dans mon cadre de référence que généralement nous utilisons les stratégies de coping auxquelles nous sommes habitués à nous référer. Quand un moyen de coping a fait ses preuves par le passé, pourquoi bouleverser ses habitudes? D'autant plus que la plupart des infirmières qui ont participé à mon étude trouvent que leurs moyens pour gérer le stress sont « plutôt suffisants ». Mais je rappelle toutefois qu'il est possible de changer de stratégies d'adaptation et que cela entre dans le développement personnel.

¹⁷³ Annexe C

7.3.5.3 Coping et pourcentage de travail

Comme auparavant, cette variable ne m'indique pas grand-chose. Je n'ai pas mis de graphiques ici. Vous retrouverez en annexe N le graphique représentant la fréquence des différentes formes de coping centré sur le problème. Les deux autres graphiques ressemblent beaucoup à celui-ci mais avec une fréquence plus basse pour le coping centré sur les émotions.

J'obtiens un résultat stable pour les trois pourcentages le plus représentés (80 à 100 %) qui utilisent un coping centré sur le problème et une recherche de soutien social en moyenne « quelques fois par semaine » et un coping centré sur les émotion en moyenne quelques fois par mois ». Les résultats pour les autres pourcentages très faiblement représentés sont très fluctuants et ne montrent pas de tendance.

Est-ce que les résultats par rapport aux personnes travaillant de quatre-vingt à cent pour cent sont proches parce qu'il n'y a pas de lien entre le pourcentage de travail et la fréquence d'utilisation des différentes formes de coping ou bien parce que cela ne fait pas une bien grande différence que la personne travaille à quatre-vingt ou à cent pour cent quand il s'agit de mettre en place des stratégies pour gérer le stress.

J'avais pensé que les personnes à petit pourcentage utilisaient peut-être moins souvent les différentes formes de coping car elles trouvent davantage de ressources extérieures puisqu'elles ont plus de temps à côté de leur travail et que le temps passé au travail demeure une satisfaction même si les conditions sont parfois difficiles. Elles s'investissent peut-être moins. Mais les quelques personnes de mon échantillon travaillant à moins de quatre-vingt pour cent n'ont pas donné des réponses allant dans ce sens. Visiblement chaque personne a son point de vue sur la question. De plus, je n'ai pas trouvé de rapport entre la satisfaction au travail et le pourcentage de travail.

7.3.5.4 Coping et niveau de formation

Je présente ici graphiquement la recherche de soutien social en lien avec le niveau de formation. Le graphique représentant le coping centré sur le problème ressemble au graphique représentant le soutien social en lien avec le niveau de formation, et le graphique représentant le coping centré sur les émotions ne montre que peu de variations pour les deux types d'infirmières¹⁷⁴. Il est régulier et légèrement décroissant.

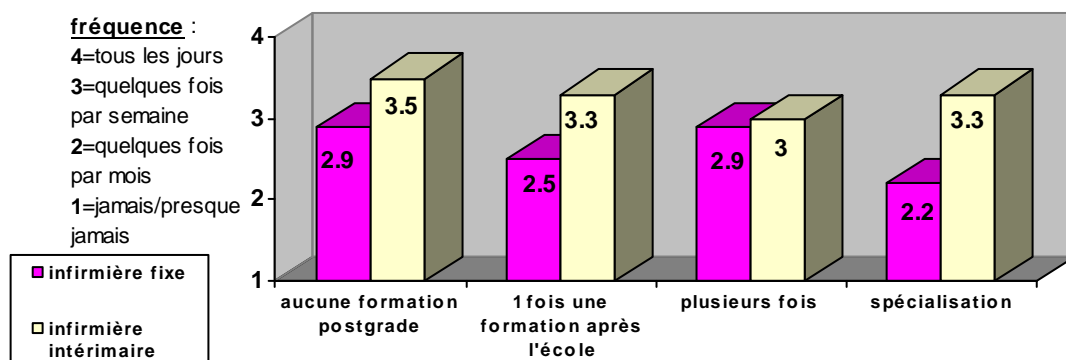


Figure 48: Fréquence d'utilisation de la recherche de soutien social en lien avec le niveau de formation.

¹⁷⁴ Ces deux graphiques se trouvent en annexe N.

Ces graphiques ne m'apprennent pas grand-chose sur l'effet du niveau de formation sur la fréquence d'utilisation des différentes formes de coping. Ils montrent tout de même une fréquence d'utilisation plus grande de ces trois formes de coping chez les infirmières fixes n'ayant suivi que leur formation de base. Ce sont justement ces infirmières qui se disent le moins stressées. Cela voudrait dire qu'elles utilisent à bon escient ce coping et de ce fait elles se sentent moins stressées. Au contraire, les infirmières fixes ayant suivi une formation ont le taux le plus bas d'utilisation de ces trois formes de coping alors qu'elles se sentent bien plus stressées que celles qui n'ont jamais suivi de formation post graduée.

Les infirmières spécialisées ayant un poste fixe utilisent moins souvent le coping alors qu'elles sont plus stressées. Est-ce qu'elles appliquent tellement naturellement les différentes formes de coping, qu'elles sous-évaluent leur utilisation? Ou bien ces infirmières ont amélioré leur organisation dans les soins de telle manière que leur prise en charge est effectuée de manière optimale et qu'elles ont moins besoin d'utiliser les différentes formes de coping? C'est une éventualité, d'autant plus qu'une infirmière spécialisée tend plus à un stade de « performante » ou « d'experte »¹⁷⁵ et que ces infirmières ont appris à anticiper les événements typiques qui pourraient arriver dans de très nombreuses situations, elles ont amélioré ou perfectionné leur capacité à percevoir les priorités, elles s'orientent directement sur le problème et l'intuition prend une place de plus en plus grande dans leur compréhension des situations rencontrées. Elles utilisent moins souvent les différentes formes de coping, puisqu'elles voient le problème et peuvent agir directement sur celui-ci. Des infirmières moins formées ne voient peut-être pas le problème central et en trouvent de nombreux autres qui en découlent. De ce fait, elles agissent sur plusieurs fronts alors qu'un seul mieux ciblé leur permettrait de gagner du temps. Ces infirmières spécialisées sont peut-être plus à l'aise dans la délégation, de ce fait elles ont moins l'impression de rechercher de l'aide, puisque la délégation fait partie de leur rôle. Les infirmières spécialisées se sentent peut-être plus responsables de l'organisation générale du service et du travail des infirmières moins formées, ce qui expliquerait leur plus grand stress. De plus, Ces formations apportent des informations en plus qui peuvent stresser les infirmières, en leur présentant différents risques et conséquences qu'elles ne connaissaient pas et qu'elles peuvent croiser dans leur profession.

Ces formations n'ont probablement pas de rapport direct avec le coping. Elles n'enseignent pas à l'infirmière comment gérer son stress.

Il ressort encore des éléments de ces graphiques : les infirmières intérimaires utilisent plus souvent le coping centré sur le problème et la recherche de soutien social que les infirmières fixes. En ce qui concerne le coping centré sur les émotions, son taux d'utilisation est quasi semblable à celui des infirmières fixes. Ces résultats se retrouvaient déjà dans la figure 46 représentant l'utilisation des trois principales formes de coping.

Autrement, pour les infirmières intérimaires de mon échantillon, l'utilisation du coping centré sur le problème et la recherche de soutien social ont tendance à diminuer légèrement avec un niveau de formation plus élevé. Ce résultat suit celui des infirmières fixes, excepté en ce qui concerne la spécialisation où il y a un regain de fréquence d'utilisation de ces deux types de coping. Pourquoi cette différence d'avec les infirmières fixes spécialisées? Peut-être justement parce qu'elles ont conscience des complications possibles, qu'elles arrivent plus à anticiper et à fixer les priorités, mais

¹⁷⁵ Selon le modèle Dreyfus d'acquisition de compétences appliqué aux soins infirmiers dans BENNER, Patricia. *De novice à expert ; excellence en soins infirmiers*, op.cit., p.28-35

qu'elles ne connaissent pas forcément le service, d'où ce regain d'utilisation de coping centré sur le problème et la recherche de soutien social.

Par rapport au coping centré sur les émotions, les infirmières fixes ou intérimaires plus formées ont peut-être moins besoin de détourner leurs pensées de leurs émotions ou de modifier leur signification puisqu'elles ont un plus grand bagage de connaissances sur lequel s'appuyer. Elles gèrent leur stress plutôt en intervenant directement sur le problème ou en recherchant du soutien social.

7.3.5.5 Coping et contrôle perçu

Je laisse ici les trois graphiques à cause des différences qu'il y a dans les réponses des infirmières intérimaires. Quant aux réponses des infirmières fixes, elles ne varient quasiment pas dans les trois tableaux. Le contrôle perçu n'a donc pas d'influence sur la fréquence d'utilisation du coping dans mon échantillon d'infirmières fixes.

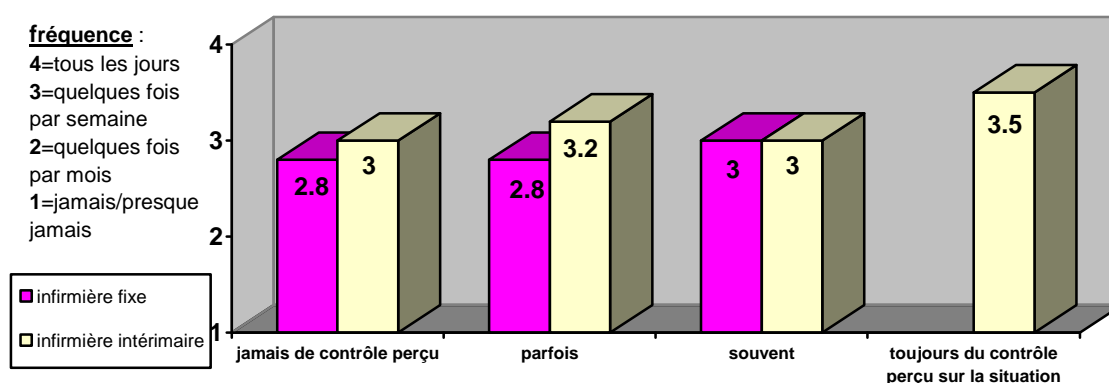


Figure 49: Fréquence des différentes formes de coping centré sur le problème en lien avec le contrôle perçu.

Les infirmières intérimaires ont tendance à utiliser plus souvent cette forme de coping lorsqu'elles ont plus de contrôle sur la situation stressante. En effet, si elles sentent qu'elles peuvent maîtriser la situation, que celle-ci ne leur échappe pas, elles auront plus tendance à agir sur cette situation, plutôt que de rester passives ou d'agir sur leur ressenti. Maintenant, pourquoi cette fréquence d'utilisation donne-t-elle l'impression d'augmenter plus chez les infirmières intérimaires que chez les infirmières ayant une place fixe ? En regardant bien, il est difficile de comparer puisque aucune infirmière fixe n'a répondu avoir « toujours du contrôle perçu sur la situation ». En faisant abstraction de cette dernière colonne, les infirmières fixes ou intérimaires utilisent plus ou moins autant le coping centré sur le problème.

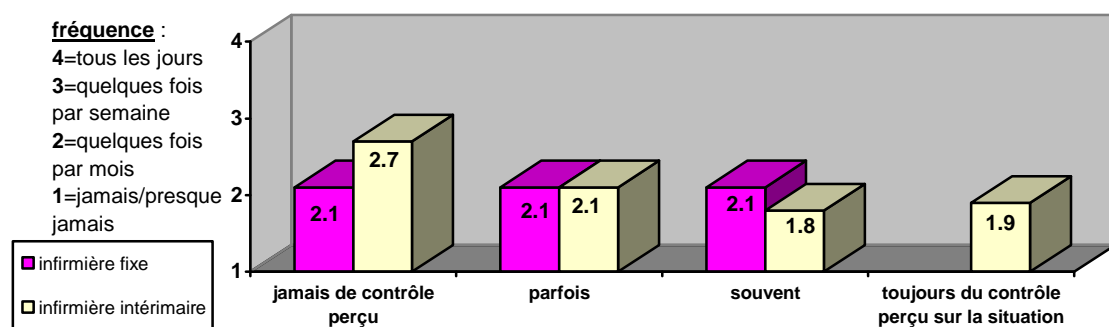


Figure 50: Fréquence des différentes formes de coping centré sur les émotions en lien avec le contrôle perçu.

Toujours pour les infirmières intérimaires, mon graphique montre une diminution d'utilisation du **coping centré sur les émotions** lorsque le contrôle augmente. En effet, si elles utilisent plus le coping centré sur le problème et qu'elles sentent qu'elles peuvent faire quelque chose contre celui-ci, elles ressentiront moins d'émotions négatives et auront moins besoin de lutter contre. Cela va dans le sens de ce que j'ai écrit dans mon cadre de référence, par rapport aux facteurs situationnels du coping: « selon que la situation est perçue comme contrôlable (objectivement et/ou subjectivement) ou non, ou bien comme modifiable ou non, la personne ne choisira pas les mêmes stratégies d'adaptation. Dans les cas où la situation est perçue comme contrôlable, un coping centré sur le problème sera plus facilement utilisé, alors que si la situation est évaluée comme non contrôlable, ce sera plutôt un coping centré sur les émotions qui sera choisi. »

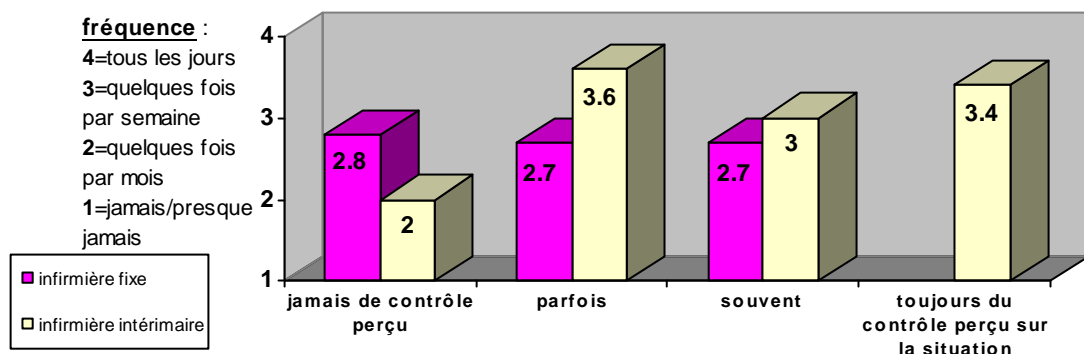


Figure 51: Fréquence d'utilisation de la recherche de soutien social en lien avec le contrôle perçu.

Par rapport à la **recherche de soutien social**, il ressort que les infirmières intérimaires ayant l'impression d'avoir du contrôle, même parfois, recherchent plus souvent du soutien social que l'infirmière ayant « jamais du contrôle perçu ». Ce résultat est peut-être dû au fait qu'une seule infirmière intérimaire a l'impression de ne « jamais avoir du contrôle » et que la moyenne présentée dans le graphique est le fruit de cette unique réponse. Je n'imaginai pas obtenir ce résultat. En effet, il me semblait plus logique que les infirmières intérimaires recherchent plus activement du soutien lorsqu'elles ont l'impression d'avoir moins de contrôle. Pour essayer d'expliquer cette réponse, je vais prendre la situation à l'envers. Au lieu de considérer le manque de contrôle perçu comme la cause d'une diminution de recherche de soutien social, peut-être que je dois plutôt le considérer comme une conséquence de cette diminution de recherche de soutien social. En effet, peut-être que la personne qui recherche moins souvent du soutien a moins l'impression d'avoir du contrôle sur la situation. Cette personne recherche peut-être moins souvent du soutien, le considérant comme une faiblesse plutôt qu'une ressource.

Autrement, ce dernier graphique montre que ce sont les infirmières intérimaires qui ont l'impression d'avoir parfois du contrôle sur la situation qui recherchent le plus activement du soutien social. Je pense qu'elles ont répondu de la sorte parce que justement elles n'ont pas du contrôle sur tout, mais qu'elles sentent qu'elles peuvent recevoir de l'aide de quelqu'un si elles le demandent.

7.3.5.6 Coping et soutien perçu

Ici, je ne représente qu'un seul graphique, celui représentant la recherche de soutien social en fonction du soutien perçu. Les deux autres n'amènent rien de particulier. Leurs résultats sont très stables pour les deux types d'infirmières à environ quelques fois par

semaines pour le coping centré sur le problème et quelques fois par mois pour le coping centré sur les émotions. Donc, qu'importe la quantité de soutien perçu, elles n'utilisent pas plus ou moins ces deux formes de coping. En effet, je pense que l'infirmière agit d'elle-même soit sur le problème, soit sur ses émotions indépendamment de soutien qu'elle a l'impression de recevoir. Peut-être à présent qu'elle se sentira plus stressée si elle ne reçoit pas de soutien. En tout cas, c'est ce que j'ai trouvé en mettant en rapport le stress en général et le soutien perçu¹⁷⁶. Le tableau représentant ce résultat montre une légère diminution de stress chez les infirmières ayant l'impression de recevoir du soutien.

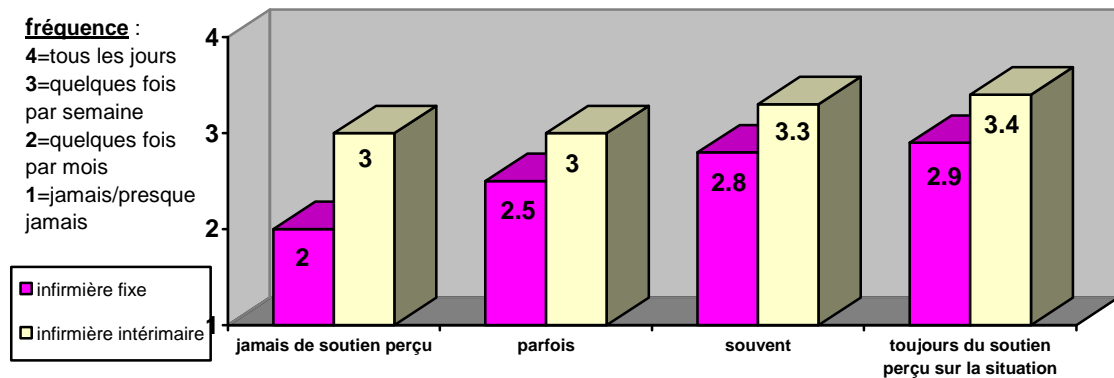


Figure 52: Fréquence d'utilisation de la recherche de soutien social en lien avec le soutien perçu.

Par rapport à la recherche de soutien social en lien avec le soutien perçu, j'obtiens un résultat très logique qui montre une certaine cohérence de mon étude. En effet, j'ai trouvé que les infirmières de mes deux populations recherchent plus souvent du soutien social lorsqu'elles ont l'impression de recevoir du soutien.

7.3.5.7 Coping et satisfaction au travail

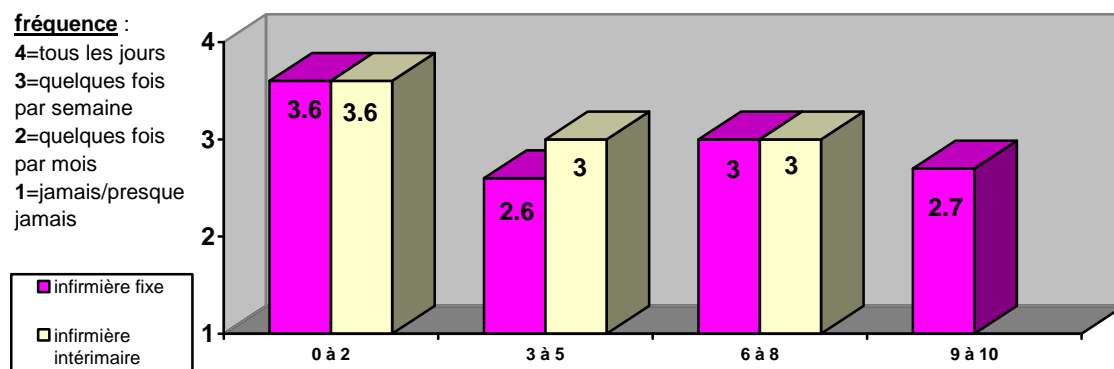


Figure 53: Fréquence d'utilisation du coping centré sur le problème en lien avec la satisfaction au travail.

Je suis étonnée de ces résultats concernant le coping centré sur le problème en lien avec la satisfaction au travail. Je m'imaginai qu'il était gratifiant de pouvoir agir plus fréquemment sur les problèmes, mais visiblement cela n'amène pas de satisfaction supplémentaire. Je m'essaye alors dans une autre explication. Pour pouvoir utiliser le coping centré sur le problème, il faut qu'il y ait un problème. Peut-être que justement,

¹⁷⁶ Figure 26 p.53.

les infirmières sont plus satisfaites lorsqu'elles rencontrent moins souvent des problèmes contre lesquels il faut agir.

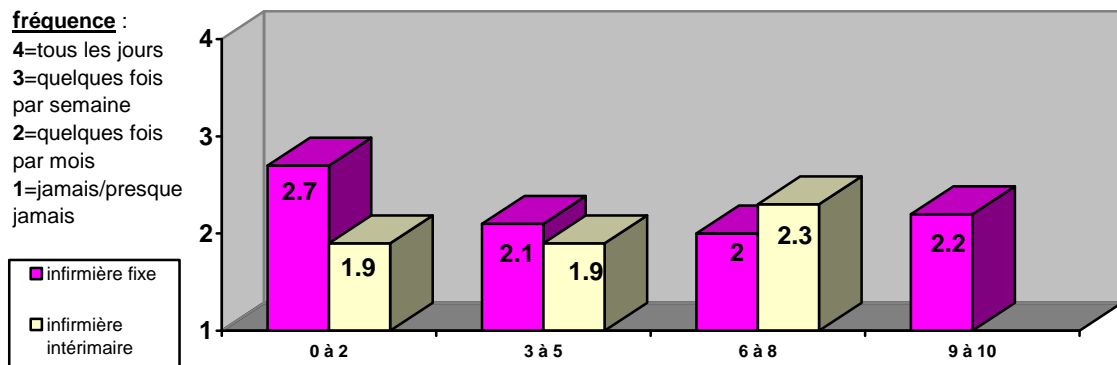


Figure 54: Fréquence d'utilisation du coping centré sur les émotions en lien avec la satisfaction au travail.

Dans mon échantillon, les infirmières fixes qui sont le moins satisfaites avec leur travail utilisent plus souvent le coping centré sur les émotions que celles qui sont plus satisfaites. Je comprends bien cela. Une infirmière qui n'est pas satisfaite, aura plus facilement tendance à vouloir se changer les idées ou à vouloir oublier pour un moment sa situation de travail. J'ai recherché plus particulièrement dans les moyens de coping centré sur les émotions les plus utilisés lesquels avaient un lien avec la satisfaction au travail. J'ai trouvé que la réévaluation positive, le fait de faire de la relaxation, du sport, de prendre un bon bain, d'avoir recours à des médecines douces ou de rechercher du soutien émotionnel étaient moins souvent utilisés lorsque la satisfaction au travail était plus élevée. J'en déduis que ces moyens de coping sont une aide lorsque la personne est insatisfaite de sa situation et qu'ils sont moins nécessaires lorsque la personne est plus satisfaite de sa situation de travail. Au contraire, l'humour, l'acceptation ou avoir recours à des distractions diverses n'ont pas de lien avec le niveau de satisfaction au travail. Ces moyens de coping sont également utilisés fréquemment chez des infirmières satisfaites de leur travail. Peut-être que ces trois sous-catégories de coping centré sur les émotions participent à une bonne ambiance d'équipe et donc augmentent la satisfaction au travail qu'importe la satisfaction de base. Je n'ai pas non plus trouvé de lien entre la fréquence d'utilisation de l'expression des émotions et la satisfaction. Ça n'est pas forcément les infirmières le moins satisfaites de leur travail qui expriment le plus leurs émotions.

Ce graphique va dans le même sens que les deux autres de ce chapitre. En effet, une infirmière moins satisfaite de sa situation fera plus facilement quelque chose pour améliorer sa situation ou les émotions qui en découlent.

En revanche, ce que je comprends moins bien, c'est pourquoi les **infirmières intérimaires** de mon échantillon qui sont plus satisfaites de leur situation de travail utilisent légèrement plus souvent le coping centré sur les émotions. Est-ce qu'elles sont justement plus satisfaites parce qu'elles agissent sur les émotions et que de ce fait leur satisfaction au travail augmente si elles se sentent mieux ?

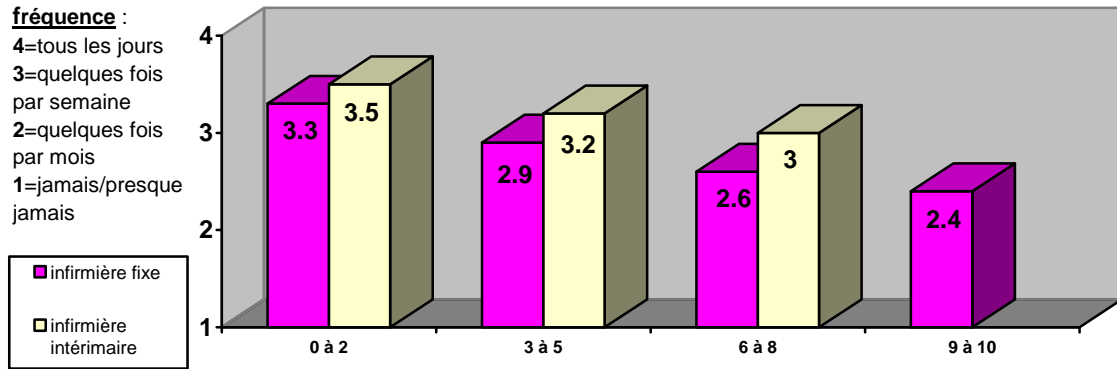


Figure 55: Fréquence d'utilisation de la recherche de soutien social en lien avec la satisfaction au travail.

Je trouve ce résultat intéressant. En effet, il montre que plus les infirmières sont satisfaites de leur situation de travail et moins elles utilisent la recherche de soutien social. Je trouve ce résultat à la fois sans surprise et surprenant. En effet, il semblerait qu'il soit plus gratifiant de réussir à faire son travail le plus souvent seul, sans aide. Pourtant, j'ai appris, dans mes stages, qu'il n'y a pas de honte à demander de l'aide puisqu'il s'agit d'un travail d'équipe. Il y a probablement un manque d'estime de soi et de confiance en soi sous ce résultat. En effet, l'infirmière essaye de prouver, à elle-même et aux autres, qu'elle est capable d'effectuer tout son travail. Une personne qui a suffisamment d'estime d'elle-même connaît sa valeur et n'a pas besoin de se comparer aux autres. Il est peut-être parfois difficile d'oser demander de l'aide pour quelque chose de simple, quand on aurait le temps de le faire seule, comme, par exemple, pour faire un lit. On peut voir cet exemple sous deux angles : d'un côté, l'infirmière a réussi à s'organiser pour accomplir d'elle-même toutes les tâches qu'elle devait effectuer, mais d'un autre côté, si elle avait demandé de l'aide, elle aurait peut-être eu plus de temps à consacrer à ses malades et se serait préservé son dos. L'infirmière de cet exemple préfère travailler seule, par défit personnel, pour se prouver sa valeur, ses capacités, mais peut-être aussi parce que la dynamique d'équipe est perturbée. Il existe des équipes où les infirmières ont un but commun et collaborent dans ce sens, où elles utilisent des stratégies d'adaptation collectives. Mais il existe aussi des équipes conflictuelles où l'individualité est favorisée.

7.3.6 Est-ce que les moyens mis en place pour gérer le stress sont suffisants ou pas ?

Après avoir demandé aux infirmières la fréquence d'utilisation des moyens qu'elles utilisent ou non pour gérer leur stress, je leur ai demandé s'ils étaient suffisants et voici ce qu'elles m'ont répondu :

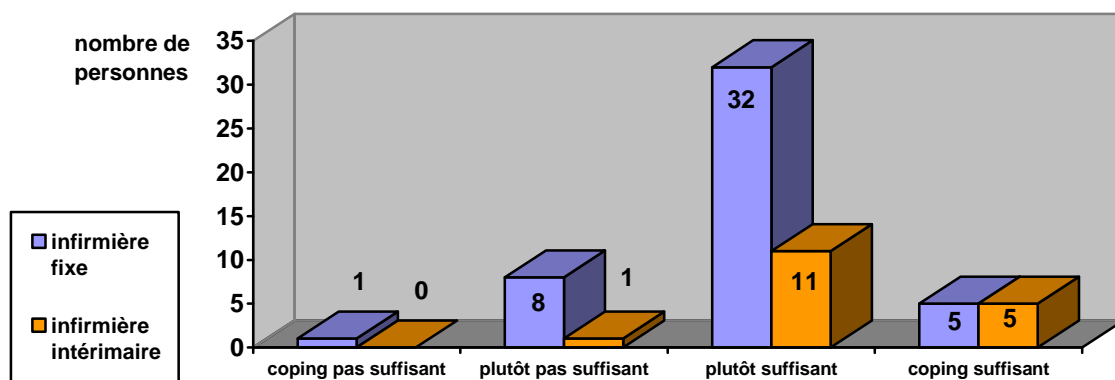


Figure 56 : Niveau de suffisance du coping utilisé (sur 48 et 17 réponses).

Cette réponse, ainsi que les résultats mentionnés dans les chapitres précédents concernant le coping, me permettent de vérifier ma deuxième hypothèse qui dit que chacune de ces infirmières a des moyens pour gérer ce stress. Oui, ces infirmières ont des moyens, mais qui pourraient être améliorés, puisque la grande majorité des participantes ont répondu qu'ils étaient « plutôt suffisants » et non qu'ils étaient « suffisants ». Si la moyenne de stress avait été, en général, beaucoup plus élevée, j'aurais pu penser qu'elles jugent leur coping plutôt suffisant, parce qu'elles font de leur mieux, mais que le niveau de stress est trop élevé pour être humainement géré. Mais avec un niveau de stress évalué en moyenne à six lorsqu'il y a un remplacement, cette hypothèse ne se vérifie pas complètement.

Le fait que certaines infirmières aient répondu qu'elles jugeaient leur coping comme étant « suffisant », ne veut pas dire qu'il n'est pas possible de l'améliorer. Il y a aussi quelques infirmières qui évaluent leur coping « plutôt pas suffisant ». Je rappelle qu'il n'y a pas de coping efficace ou non en soi. Le coping est adapté et efficace s'il permet à la personne qui l'utilise de surmonter la situation stressante. « Ceci implique que l'individu arrive à contrôler ou résoudre le problème, mais aussi qu'il parvienne à réguler ses émotions négatives et notamment sa détresse. »¹⁷⁷ Le coping a un rôle modérateur dans la gestion du stress. Mais il y a des situations où telle ou telle forme de coping est efficace et d'autres où ce même type de coping ne l'est pas. L'être humain a tendance à utiliser les stratégies de coping qu'il connaît et qui ont déjà fait leurs preuves par le passé. Peut-être que certaines infirmières utilisent toujours les mêmes stratégies de coping, bien que l'environnement qui les entoure ait changé et que, de ce fait, ces formes de coping ne sont plus autant suffisantes qu'auparavant ? En mettant en lien l'efficacité de ce coping et l'ancienneté, j'ai trouvé que les infirmières travaillant depuis plus de dix ans dans cette profession ont tendance à trouver leur coping moins suffisant que les infirmières ayant moins d'ancienneté, alors que mes résultats du chapitre 7.3.5.2 me montrent que l'ancienneté n'a pas d'influence sur le choix des formes de coping utilisées. Il s'agit peut-être alors juste de la perception de l'efficacité du coping qui change avec l'ancienneté.

Une chose ressort encore : les infirmières intérimaires trouvent plus facilement que leur coping est « suffisant » ou « plutôt suffisant » que les infirmières fixes. Est-ce parce qu'elles doivent tellement s'adapter à tous les changements qu'elles vivent, qu'elles ont perfectionné leur coping, comme elles ont perfectionné leur capacité d'adaptation ? Il est ressorti de mes résultats que les infirmières intérimaires utilisent plus souvent le coping

¹⁷⁷ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes, op.cit., p.378

centré sur le problème et la recherche de soutien social que les infirmières ayant une place fixe. Elles ont donc plus l'occasion d'employer ces formes de coping. Et comme je l'avais dit, une stratégie de coping est consciente et flexible. Cela veut dire que l'infirmière qui l'utilise le fait volontairement et qu'elle peut l'adapter au besoin.

A présent, y a-t-il un rapport entre cette évaluation du coping et le niveau de stress ? Le graphique suivant va répondre à cette question.

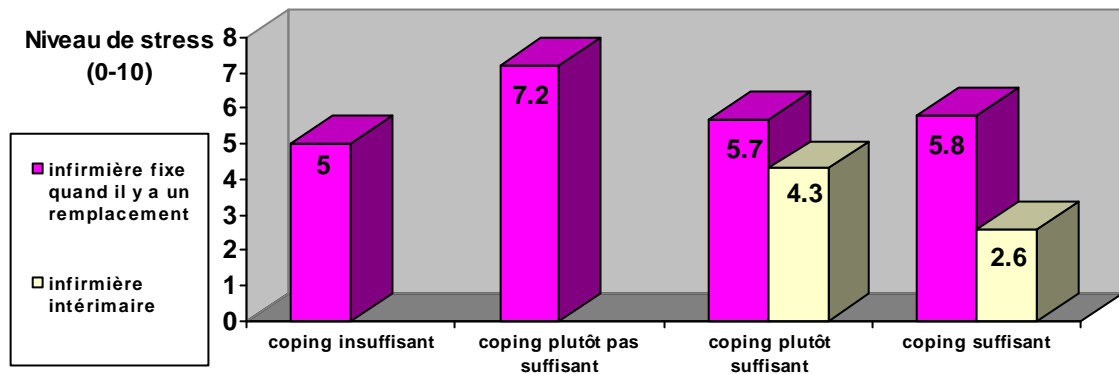


Figure 57 : Niveau de stress général en fonction d'un coping estimé suffisant ou non (sur 42 et 14 réponses).

Une seule infirmière fixe m'a répondu avoir un coping insuffisant, je ne tiens donc pas vraiment compte de sa réponse. Pour les autres réponses données par les infirmières fixes, elles montrent un niveau de stress estimé plus bas lorsqu'il y a un coping "suffisant" ou "plutôt suffisant" que lorsque le coping est "plutôt insuffisant". Cela montre que dans mon échantillon, un coping plutôt suffisant participe à diminuer le stress. En effet, comme je l'ai déjà dit dans mon cadre de référence, les personnes font des réévaluations successives de la situation. Peut-être qu'au début, une situation est jugée très stressante, mais qu'elle le paraît moins lorsque la personne tient compte de ses ressources et voit l'efficacité du coping utilisé.

Par rapport aux infirmières intérimaires, dans ce graphique, il n'y a plus de réponse pour un coping « plutôt pas suffisant », puisque la personne qui m'a donné cette réponse n'a pas mis d'indication quant à l'évaluation de son stress en général. Par rapport aux deux autres réponses, le tableau permet de voir une diminution de stress entre les infirmières intérimaires ayant un coping plutôt suffisant et celle qui ont un coping suffisant.

Si l'on regarde ce graphique en général, il montre un taux de stress plus bas chez les personnes qui estiment avoir des moyens plus suffisants pour gérer leur stress.

J'ai également recherché s'il y a un lien entre cette efficacité du coping et la fréquence d'utilisation des trois principales sortes de coping, mais ces résultats n'apportent rien de nouveau qui n'ait pas déjà été dit auparavant.

7.3.7 Est-ce que la formation aide à gérer le stress ?

Dans mon questionnaire, j'ai aussi cherché à avoir l'avis des infirmières par rapport à l'efficacité de la formation en tout genre pour aider à gérer le stress. Cette question me permet d'avoir un point de comparaison par rapport aux résultats que j'ai trouvés tout au long de mon travail, lorsque j'ai mis en lien différentes variables avec le niveau de formation.

Alors, est-ce que la formation aide à gérer le stress pour les infirmières qui ont participé à mon étude ? Voici les réponses qu'elles m'ont données :

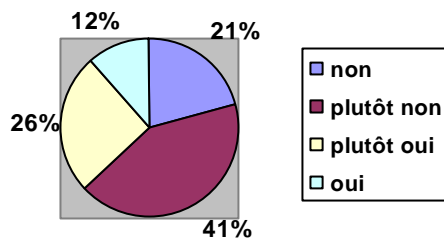


Figure 58 : fréquence des réponses chez les infirmières fixes par rapport à la formation, si elle aide à gérer le stress (sur 43 réponses).

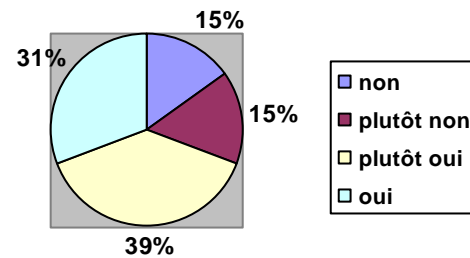


Figure 59 : fréquence des réponses chez les infirmières intérimaires par rapport à la formation, si elle aide à gérer le stress (sur 13 réponses).

Le taux de réponses pour cette question est plus bas que pour la plupart des précédentes, puisque les infirmières n'ayant jamais suivi de formation post grade n'ont pas pu y répondre.

Si l'on regarde le premier graphique, les résultats ne sont pas vraiment flatteurs pour la formation continue, mais ils vont plus ou moins dans le sens des résultats trouvés précédemment. En effet, pour rappel, les infirmières fixes de mon étude qui n'ont jamais fait de formation post grade, sont celles qui se disent les moins stressées, même si elles le sont probablement par insouciance. Les infirmières fixes qui ont suivi une seule formation sont celles qui se disent les plus stressées. Ensuite, le stress diminue légèrement avec le nombre de formations. Je peux donc dire que la formation aide certaines personnes à gérer leur stress.

Ma question portait sur la formation par rapport à « n'importe quel thème en lien avec les soins », mais le type de formation joue probablement un rôle dans la réponse donnée. En effet, cette formation pouvait traiter de la gestion du stress, ou de tout autre domaine dans les soins. Dans ce deuxième cas, la formation peut apporter des connaissances sur les soins infirmiers, sur certains traitements particuliers. Ce nouveau savoir acquis peut, selon moi, aider à gérer des appréhensions par rapport à des soins infirmiers encore inexpérimentés. Mais au vu des résultats précédents, je comprends que les infirmières de mon échantillon n'aient pas trouvé la formation plus utile dans la gestion de leur stress.

Chez les infirmières intérimaires, le résultat est tout autre. Il suit à nouveau les résultats obtenus précédemment concernant le niveau de stress en général en lien avec le niveau de formation. En effet, d'une part les infirmières intérimaires se disent, en moyenne, moins stressées que celles ayant un poste fixe, probablement grâce à leur grande capacité d'adaptation et de transfert. D'autre part, les infirmières spécialisées sont nettement moins stressées que les autres, grâce aux connaissances et compétences qu'elles ont acquises durant leur formation.

Mon graphique ne me dit, par contre, pas quand ces infirmières ont suivi ces formations. Était-ce avant d'être intérimaire, après ? Si ces formations ont eu lieu depuis que l'infirmière travaille comme intérimaire, cela laisse penser qu'elles sont ciblées sur les besoins, contrairement à une infirmière fixe qui suivra plus facilement une formation parce qu'elle est vivement recommandée par les supérieurs ou tout simplement parce que l'infirmière y a accès. Dans ce cas, la formation ne répond pas forcément à un

besoin de l'infirmière et n'est pas nécessairement en adéquation avec l'activité du service. L'infirmière fixe qui s'intéresse à une formation peut tout à fait en suivre une qui n'est pas prise en charge par l'établissement dans lequel elle travaille. Cela peut démotiver certaines personnes à prendre du temps sur leurs congés pour se former. Si cette formation est suivie avant que l'infirmière soit intérimaire, elle lui sert probablement de ressources, si elle rencontre une fois dans sa pratique un élément de sa ou ses formations antérieures. Toutefois, chaque formation est bénéfique puisqu'elle permet de développer ou d'acquérir de nouvelles compétences.

7.3.8 Besoin de quelque chose en plus pour gérer le stress ?

7.3.8.1 Du côté des infirmières fixes quand il y a un remplacement

La moitié des infirmières qui m'ont répondu disent avoir besoin de quelque chose en plus pour gérer le stress quand il y a une infirmière intérimaire qui effectue un remplacement dans le service. Voici une synthèse de ce qu'elles m'ont suggéré¹⁷⁸.

Tout d'abord, voilà des **éléments liés à l'intérimaire** qui sont demandés (dans l'ordre de fréquence) :

- Qu'elle connaisse déjà le service (5x),
- Qu'elle connaisse déjà l'hôpital (3x),
- Qu'elle soit débrouille (3x),
- Qu'elle soit expérimentée (2x),
- Qu'elle soit compétente, sûre d'elle, autonome, efficace, polyvalente et qu'elle sache parler et comprendre le français (toutes ces propositions sont revenues chacune une fois).
- Une personne aimerait pouvoir connaître les acquis de l'infirmière intérimaire, en début de remplacement, afin de pouvoir lui faire confiance entièrement.

Voici des propositions **reliées au service ou à l'hôpital** (à nouveau par ordre de fréquence) :

- Il faudrait du temps pour introduire la personne temporaire, l'accueillir et lui donner les informations nécessaires¹⁷⁹ (6x).
- Il faudrait, à la base, une charge de travail moins élevée (4x),
- Cela nécessiterait une quantité de personnel suffisante dans l'équipe (2x) ou du personnel supplémentaire fixe (2x).
- Il serait souhaitable que ces infirmières intérimaires reçoivent un mot de passe, et que celui-ci fonctionne, pour l'outil informatique et qu'elles bénéficient d'une formation adéquate pour arriver dans le service en connaissant les outils informatiques utilisés (LEP, Phoenix, soins tels que pratiqués en Suisse) (2x).

Les propositions suivantes sont revenues à une reprise : un bon contact humain et un accueil convenable évitent beaucoup de situations conflictuelles et donc de stress, et il faudrait moins de déplacements des patients (entre les différents service de l'hôpital -

¹⁷⁸ J'ai ici fait une synthèse des réponses aux questions 10 et 11 étant donné la confusion qu'il y a eu entre les deux questions.

¹⁷⁹ Une infirmière parle d'environ 30 minutes.

entrées – sorties). Selon une personne, il ne faudrait pas d'intérimaires et une équipe stable uniquement.

Quelques suggestions **liées au choix de la personne intérimaire** ont été proposées à une seule reprise :

- Il serait bien de pouvoir juger de l'efficacité de l'intérimaire lors de l'engagement, « n'engager uniquement des intérimaires expérimentées et “débrouilles” et mieux choisir la personne en fonction du milieu. »
- Une personne demande qu'on n'engage qu'une intérimaire pour un remplacement et non pas « un roulement continu d'intérimaires ». Elle mentionne dans ce cas un problème de gestion du personnel.

Quelques personnes donnent concrètement des propositions pour améliorer la gestion du stress lorsqu'il y a un remplacement effectué par une intérimaire dans leur service :

- Quatre personnes parlent d'un formulaire ou protocole fiable contenant les généralités ou spécificités du service, un plan d'organisation de la journée et du service et une fiche toute prête à donner à l'intérimaire avec les numéros de téléphone importants du service.
- Trois personnes proposent d'avoir un pool de remplacement propre à l'hôpital pour que les gens qui viennent en remplacement connaissent la structure¹⁸⁰.
- Trois autres personnes proposent qu'il y ait une personne pour coacher l'intérimaire, qu'elle soit formée par quelqu'un, suivie au début, doublée si possible.
- Une personne propose que, durant la première demi-journée, l'infirmière intérimaire ne soit pas comptée dans l'effectif si cette personne assure un remplacement de plusieurs jours.
- Une personne s'exprime sur le fait que l'infirmière intérimaire puisse venir un jour avant dans le service pour prendre ses marques afin de lui expliquer 2-3 choses et ne pas avoir besoin de le faire le jour même.
- Une personne propose de fidéliser l'intérimaire.
- Une autre personne propose d'en parler dans l'équipe et avec l'intérimaire
- Une personne aurait besoin de quelque chose en plus, mais ne sait pas quoi.

7.3.8.2 Du côté des infirmières intérimaires

A nouveau, pour les infirmières intérimaires, la moitié des personnes m'ayant répondu auraient besoin de quelque chose en plus pour pouvoir gérer leur stress durant leurs remplacements.

De la part du service où elles effectuent leurs remplacements, elles auraient besoin, malgré le manque de personnel et de temps, qu'une personne soit disponible un moment pour bien les accueillir (cette demande revient sept fois) et pour leur expliquer les choses prioritaires de manière succincte (ex. l'organisation, la planification) (cette demande revient quatre fois). Trois d'entre elles souhaiteraient être bien accueillies aussi par les collègues. Il revient trois fois le souhait d'avoir une personne de référence, quelqu'un qui puisse les encadrer, les doubler.

¹⁸⁰ Un pool existe déjà depuis le printemps 2008 mais il est en phase test pour le moment.

Voici encore une série de propositions isolées : une des infirmières intérimaires aimerait qu'on lui dise ce qu'elle n'a pas fait correctement afin de s'améliorer au lieu d'en parler derrière son dos, une autre souhaiterait qu'on lui montre brièvement l'emplacement du matériel, que les collègues aient plus de considération pour les infirmières temporaires, que leur travail soit valorisé. Il ressort encore un souhait de recevoir des informations et rapports complets adéquats sur la situation du service et parfois pouvoir connaître la situation de l'équipe (en crise, épuisée).

Une personne a mentionné qu'elle souhaiterait « que le personnel de l'agence temporaire soit plus à l'écoute de son équipe d'infirmières temporaires ».

Les infirmières intérimaires qui m'ont répondu ont cité une série d'attitudes, de caractéristiques, de façon d'agir, de conseils afin que le remplacement se passe bien, avec le moins de stress possible. Trois personnes m'ont parlé de « lâcher prise », de ne pas « vouloir la perfection », « ne pas avoir besoin de s'identifier à son job ». Deux personnes ont mentionné le fait de ne pas avoir honte et ne pas hésiter à demander, à poser des questions (ex. sur le fonctionnement du service, son organisation) dans le but d'AGIR. Elles précisent qu'« une équipe répond volontiers à toutes les questions si on est efficace en pratique. » Il ressort à deux reprises qu'elles se doivent de faire preuve d'adaptabilité.

Deux infirmières intérimaires conseillent de prendre contact et de rencontrer le service et le personnel responsable avant le début du mandat.

Voici encore une série de propositions isolées : apprendre à gérer la peur et le manque de confiance en soi ; déjà connaître le service, y avoir déjà travaillé ; être humble mais ne pas s'isoler ; rester professionnelle ; se responsabiliser ; avoir de l'empathie et pas forcément de la sympathie ; ne rien prendre personnellement ; garder le self control ; faire du sport, avoir des loisirs, diminuer le pourcentage ; se considérer comme un membre de l'équipe, se montrer heureuse de venir travailler, se montrer comme on est ; tenter de ne pas trop alterner les lieux de remplacements ; essayer d'avoir le maximum de repères concernant l'institution ne serait-ce que pour avoir l'impression de ne pas aller vers l'inconnu ; avoir déjà de l'expérience ; refuser des missions d'un ou deux jours (trop stressant) sauf si on connaît déjà le service ; avoir un profil de carrière égal au service dans lequel le remplacement a lieu ; avoir le sens de l'observation ; « travailler en équipe ! On n'est jamais seule et irremplaçable ! Viser la pluridisciplinarité » ; « prendre note du nom, chambre, diagnostic, objectif du patient. Demander aux collègues le cahier des charges du jour (ex. tout ce qui est à faire hormis les soins : pharmacie, linge, commandes). Toujours demander un petit rapport, demander les horaires de repas, physio/ergo pour organiser son travail. Poser des questions. [...] Les aides soignants sont une ressource et savent beaucoup de choses ! »

7.3.8.3 Remarques supplémentaires sur ces besoins exprimés

J'ai trouvé intéressant de voir qu'un certain nombre de ces demandes ou besoins se rejoignent comme par exemple le besoin de temps pour l'accueil, pour introduire la personne dans le service et lui présenter l'organisation du service. Cela montre que chacune de ces deux populations a la même vision de la réalité.

Ces mesures sont plus ou moins applicables. En effet, il me semble tout à fait faisable de rédiger un petit guide de poche destiné aux infirmières intérimaires ou à toutes personnes nouvellement arrivées dans un service. Ce guide pourrait contenir le cahier

des charges, les numéros de téléphone utiles dans l'établissement, quelques aides mémoire concernant l'utilisation du dossier informatique, des protocoles spécifiques au service, ... Je sais qu'il existe des hôpitaux en Suisse romande qui distribuent un tel guide. Je n'ai par contre jamais entendu de remarques le concernant. Je ne sais pas à quel point il aide le personnel qui le reçoit.

Par rapport à mes informations concernant le personnel intérimaire, il est plus ou moins possible que la même infirmière revienne dans un service si celle-ci est disponible à ce moment et que celle-ci le veuille bien.

Il est demandé des deux côtés que les infirmières intérimaires viennent avant dans le service afin d'avoir un aperçu de l'organisation du service. Cela est probablement faisable, à condition que le remplacement ne soit pas demandé le jour même.

Un pool infirmier a été testé cette année et son existence devrait être officialisée, mais je n'en sais pas plus pour le moment. Dans ma phase exploratoire, j'avais entendu que l'idée avait déjà été mise sur le tapis il y a quelques années, mais avait été abandonnée parce qu'il n'y avait pas assez d'infirmières intéressées à en faire partie.

Ces demandes ne sont pas très motivantes pour les personnes ayant peu d'expérience. Mais pour avoir de l'expérience, il faut bien commencer un jour...

En cours, nous avons travaillé en petits groupes sur le concept de l'encadrement et j'ai eu l'occasion de l'appliquer durant mes deux derniers stages. Mais par mon manque d'expérience, je ne sais pas dans quelle mesure il est possible concrètement de travailler en tandem avec une infirmière intérimaire et de bien l'encadrer... Je suppose qu'en ayant une bonne vision d'ensemble du service, il est plus facile de déléguer et superviser des soins à une infirmière intérimaire. Une infirmière qui est « performante » ou « experte » aura plus de facilité à le faire qu'une infirmière « débutante » ou « compétente »¹⁸¹.

Ces trois derniers chapitres me permettent de répondre à mon sixième objectif de recherche : « Proposer, si possible, des moyens pour améliorer la gestion du stress perçu lors d'un remplacement effectué par une intérimaire. »

8 Discussion

Ce chapitre contient quelques mots sur la validité interne et externe de ma recherche et sur les conséquences possibles de celle-ci.

8.1 Validité de la recherche

8.1.1 Validité interne

Comme je l'ai déjà dit plus haut, j'ai tâché de respecter deux principes pour assurer la validité de ma recherche : un principe d'ordre méthodologique, en maintenant une certaine cohérence entre les choix opérés au cours de ma recherche (dont je parle ci-

¹⁸¹ Selon Dreyfus et Dreyfus, dans BENNER, Patricia. *De novice à expert ; excellence en soins infirmiers*, op.cit., p.17-37

dessous) et un principe d'ordre technique, en respectant les règles instrumentales liées à l'utilisation des outils de collecte et d'analyse de données¹⁸². Pour ce dernier point, je fais une évaluation de mon outil de recherche. Dans ce chapitre, je parle également de la complétude de la démarche, de la cohérence et de la crédibilité des résultats, des erreurs et biais méthodologiques, de l'analyse, des résultats et de l'atteinte des objectifs.

8.1.1.1 Cohérence de la démarche

Une fois mon thème choisi : le stress et sa gestion, il a fallu le contextualiser, afin d'amener des éléments nouveaux, puisqu'il s'agit d'un thème très largement traité. Comme déjà dit dans ma problématique, l'idée de parler des intérimaires m'est venue de mes lectures et de mon vécu en stages. Le cadre de référence, quant à lui, découlait de ce thème. Il me fallait parler du stress et du coping. J'avais déjà quelques notions sur ces concepts selon les théories de Lazarus et Folkman. En les approfondissant, je me suis rendue compte que même les auteurs plus récents, comme par exemple Marilou Bruchon-Schweitzer, Perluigi Granziani ou Joel Swendsen se réfèrent à eux. Ne comprenant pas l'anglais, je me suis référée aux écrits d'auteurs francophones s'étant basés sur leurs théories et me suis principalement inspirée de Marilou Bruchon-Schweitzer dont la vision m'a semblé la plus complète.

Dès lors que j'ai choisi de m'adresser aux deux populations que concerne ma recherche et non seulement aux infirmières fixes dans un service ou aux infirmières intérimaires, j'ai choisi de procéder par questionnaires. La statistique me semblait le meilleur moyen de comparer deux populations. Une étude par entretien m'aurait apporté davantage de résultats qualitatifs et aurait mieux convenu si mon étude s'était adressée à une seule de ces populations. Je continue à penser qu'il s'agit d'un bon choix par rapport à ma problématique. Ce que je n'avais pas prévu, c'est de recevoir si peu de réponses, surtout de la part des infirmières intérimaires. Je pensais recevoir au moins une soixantaine de réponses, d'autant plus que les enveloppes étaient pré-affranchies. Ce très petit nombre de réponses diminue très largement la validité de ma recherche. En effet, n'ayant pas un nombre plus ou moins égal de réponses entre mes deux populations, je ne peux pas faire de comparaison, mais juste en tirer des tendances.

Je pense également avoir été cohérente dans le choix des populations concernant ma recherche. D'une part les infirmières intérimaires sont en lien direct avec ma recherche. Pour avoir une vision complète de ma problématique, il fallait que je m'adresse à ces professionnelles. D'autre part, j'avais également besoin de la vision des infirmières fixes. Comme mon travail était axé sur le stress, il me fallait des services dits « stressants ». Les services de soins aigus sont réputés pour l'être en raison de l'activité intense, de la charge de travail et de la quantité et complexité des soins et des traitements à mettre en œuvre. De plus, je ne voulais pas de services spécialisés comme les urgences ou les soins intensifs, où une formation post-grade est fortement conseillée, ce qui aurait considérablement diminué mon échantillon. Situation que je ne souhaitais pas, puisque je voulais faire des statistiques avec le plus grand nombre possible de réponses. En fin de compte, moins d'infirmières que prévu en soins aigus ont collaboré avec des infirmières intérimaires. A posteriori, je me rends compte qu'il aurait peut-être mieux valu que je m'adresse à des infirmières de gériatrie ou d'EMS, puisque visiblement ce sont les services qui font le plus appel à des infirmières intérimaires.

¹⁸² ALLIN-PFISTER, Anne-Claude. Travail de fin d'études : clés et repères.

Mais dans ce cas, le ressenti du stress aurait été différent, puisque ces services sont moins aigus.

8.1.1.2 Complétude de la démarche

Mon sujet étant très vaste, j'ai dû me limiter à des choix restrictifs dès le début. Par exemple, mon premier questionnaire comportait une partie détaillée sur le type de soutien perçu et recherchait de qui ce dernier provenait, mais j'ai dû supprimer cette question afin de raccourcir mon questionnaire. En effet, qui aurait voulu répondre à un questionnaire de sept pages ? Mais malgré cela, mon questionnaire reste encore volumineux. J'ai tout de même choisi de conserver certaines questions sur le contrôle et le soutien perçu, tout en sachant que ces questions m'amèneraient des réponses vagues et trop générales. Par contre, vu la taille et le niveau de détails de certaines questions restantes (celles concernant les stressseurs et les différents moyens d'y faire face), il me semble avoir fait le tour de la question qui m'intéresse, même si je reste à un niveau général. En effet, comme je l'ai déjà dit, les infirmières ont répondu aux questions posées. Certaines m'ont inscrit des explications à côté de la question qui m'ont aidée dans mon analyse, mais, pour la plupart des questionnaires, j'ai dû me contenter d'un chiffre ou d'un adverbe de fréquence. Comme déjà dit plus haut, le questionnaire ne m'a donné qu'une réponse et pas l'analyse et l'explication qui va avec, c'est pourquoi mon analyse comprend de nombreuses suppositions que j'ai tenté d'éclairer avec mes lectures et les connaissances théoriques issues de ma formation.

De plus, j'ai demandé aux infirmières ce qu'elles vivent en général lorsqu'il y a un remplacement. Je leur ai demandé de faire une moyenne, une synthèse de leurs différentes expériences, ce que plusieurs infirmières ont eu de la peine à faire, comme elles me l'ont signalé.

8.1.1.3 Cohérence et crédibilité des résultats

Tout d'abord, j'ai trouvé une certaine cohérence dans mon travail avec des résultats issus de questions différentes qui vont dans le même sens, comme, par exemple, la plupart des infirmières se sentent plus stressées lorsqu'il y a une intérimaire qui effectue un remplacement dans leur service. Les explications données quelques questions plus loin vont dans ce sens.

J'ai également obtenu un résultat qui montre une certaine cohérence de mon étude, par rapport à la recherche de soutien social en lien avec le soutien perçu. En effet, j'ai trouvé que les infirmières de mes deux populations recherchent plus souvent du soutien social lorsqu'elles ont l'impression de recevoir du soutien. Il y a d'autres exemples de la sorte mentionnés dans l'analyse, mais je ne vais pas y revenir.

J'ai pu constater que mes résultats ont une certaine crédibilité puisque j'ai retrouvé des éléments qui vont dans le même sens dans un ouvrage de Patricia Benner. Elle dit, en effet : « Des manques intermittents de personnels et une rotation importante de ce dernier augmentent la charge de travail des infirmières et entraînent des stress supplémentaires dus au fait de travailler avec un personnel intérimaire et inexpérimenté. »¹⁸³. Elle parle aussi du cercle vicieux qu'est le problème des

¹⁸³ BENNER, Patricia. *De novice à expert ; excellence en soins infirmier*, op.cit., p.139

remplacements : « Le stress continué dû à la surcharge de travail, au fait de travailler avec un personnel temporaire et à l'orientation des nouveaux membres du personnel perpétue ce niveau élevé de rotation du personnel. »¹⁸⁴

De plus, pour évaluer la cohérence et la crédibilité de mes résultats, j'ai fait relire mon travail par une professionnelle ayant une longue expérience du terrain¹⁸⁵. Voici son avis : « Vos résultats sont crédibles tout en tenant compte de la taille de votre échantillonnage dans les deux types de populations interrogées. Les mises en relation des diverses variables obtenues au travers de votre questionnaire sont de niveaux différents. Certaines amènent un plus par rapport à votre travail de recherche et permettent de faire des liens avec un cadre théorique éclairant ainsi une situation pratique. D'autres sont superflues car l'absence ou le peu d'éléments issus de la mise en relation ne permettent pas une conceptualisation d'une situation pratique. [...] »

Suite à ses remarques et conseils, j'ai apporté de nombreuses modifications à mon travail. Certains chapitres ont tout bonnement été supprimés, d'autres, se trouvent en annexe, tout comme certains graphiques.

8.1.1.4 Erreurs et biais méthodologiques

Après-coup, je me rends compte que j'ai introduit quelques biais dans mon travail. Tout d'abord, le fait de parler de stress, d'utiliser le mot « stress », favorise la possibilité que les gens se disent stressés.

Je retrouve également l'effet Rosenthal¹⁸⁶ dans mes résultats. En effet, d'avoir demandé aux infirmières d'évaluer leur stress en temps normal, puis lorsqu'il y a un remplacement, peut induire une réponse. Elles sont plus facilement tentées de répondre que la présence d'une infirmière intérimaire dans leur service les stresse, d'aller dans le sens de l'étude, surtout si elles ont vécu une mauvaise expérience précédemment.

La première question pour les infirmières fixes influence également la deuxième et troisième question, puisqu'elle donne un niveau moyen de stress sur lequel la personne s'est probablement basée pour évaluer chacun des stressés proposés.

De plus, comme les questionnaires destinés aux infirmières intérimaires ont été envoyés par leur employeur, celles-ci n'ont peut-être pas osé être complètement honnêtes, de peur que leur employeur n'ait un regard sur ces questionnaires, c'est peut-être aussi pour cela qu'elles n'ont pas répondu. Elles se sont peut-être senties contraintes par leur employeur malgré ma lettre explicative, quoique dans ce cas, elles auraient pu me renvoyer directement le questionnaire, mais avec les frais d'expédition en plus.

8.1.1.5 Validité de l'outil de recherche

Etant donné que j'ai créé moi-même mon outil de recherche en me basant sur mon cadre de référence, j'en fais, à présent, une auto-évaluation, afin de présenter la validité de mon questionnaire.

¹⁸⁴ BENNER, Patricia. *De novice à expert ; excellence en soins infirmier*, op.cit., p.140

¹⁸⁵ Elle est infirmière depuis plus de vingt ans, a travaillé comme infirmière clinicienne et comme ICUS.

¹⁸⁶ Selon l'effet Rosenthal, « [...] les sujets expérimentaux auraient tendance à réaliser les prédictions des expérimentateurs, quelles qu'elles soient. » (BLANCHET, Alain [et al.]. 2005. p.9)

J'ai repris, plus ou moins question par question, le questionnaire destiné aux infirmières fixes avec chaque fois la question équivalente pour les infirmières intérimaires. Je présente les remarques amenées par les infirmières, s'il y en a, et mes constatations personnelles.

Question n°1 pour les infirmières fixes concernant l'évaluation du stress vécu au quotidien :

J'ai reçu comme remarque pour cette question qu'il n'est pas évident d'évaluer son stress sur une échelle de zéro à dix, car l'écart entre ces deux valeurs est trop grand, pas assez précis, mais il y a quand même cinq personnes qui ont placé leur croix entre deux chiffres.

Je pense que, malgré le grand écart qu'il y a entre les différentes réponses, cette échelle est un indicateur de base auquel je peux comparer les résultats de la deuxième question de ce même questionnaire. C'est surtout la différence entre les deux réponses qui est significative. Cette échelle, en elle-même, n'est pas très parlante, sauf quand on commence à l'utiliser en regard des différentes variables de ma recherche.

Question n°2 pour les infirmières fixes et n°1 pour les infirmières intérimaires concernant le stress évalué lorsqu'il y a un remplacement :

Plusieurs personnes m'ont fait remarquer qu'il est très difficile d'évaluer le stress supplémentaire lorsqu'une infirmière intérimaire effectue un remplacement dans leur service, car le stress journalier est déjà énorme, voire parfois ingérable.

Pour les **infirmières intérimaires**, quelques personnes m'ont fait remarquer que la réponse peut varier en fonction du lieu de la mission, certains services sont plus « stressants » que d'autres, comme par exemple la cardiologie. Une personne a demandé de préciser s'il fallait répondre par rapport à la mission en cours ou d'une manière générale. Comme je ne sais pas par rapport à quoi elle a répondu, la précision de mon travail s'en trouve affectée.

Question n°3 pour les infirmières fixes et n°2 pour les infirmières intérimaires concernant les stressseurs :

Pour cette question, j'ai reçu de nombreuses remarques allant dans le même sens. En voici une synthèse : à nouveau, l'échelle allant de zéro à dix est considérée comme trop vaste, rendant l'évaluation difficile. Plusieurs personnes auraient préféré une échelle allant jusqu'à trois ou cinq. La question est considérée comme trop longue, répétitive ou avec trop de facteurs, trop de choix de réponses. Le tableau est compliqué. Quelques personnes ont trouvé en règle générale qu'il est difficile d'évaluer le niveau de stress engendré par ces stressseurs et qu'il est parfois difficile de faire la distinction entre le stress quotidien et lorsqu'il y a un remplacement.

En diffusant ce questionnaire, je savais que cette question était longue et peu attrayante, mais j'ai choisi de la conserver telle quelle afin d'obtenir une vaste répartition des différents stressseurs. Même si les infirmières m'ont écrit avoir de la difficulté à répondre à cette question, les résultats donnent tout de même une tendance sur les stressseurs qui touchent le plus les infirmières. Je ne vais pas revenir sur les résultats ici, puisque j'en parle suffisamment plus haut. Il y a quand même des stressseurs qui stressent bien plus les infirmières que d'autres.

Je remarque que certains items ont posé plus de problèmes que d'autres aux infirmières. Je constate cela par un moins grand nombre de réponses pour certains items que pour d'autres. Par exemple, je peux remarquer qu'il a été difficile d'évaluer le niveau de stress engendré par la présence d'une personne incompétente dans l'équipe ou un excès de responsabilité, par le fait que je n'ai eu que quarante-cinq réponses sur cinquante dans la situation où une infirmière intérimaire effectue un remplacement dans le service. Peut-être aussi que certaines infirmières n'ont pas voulu répondre de peur de donner un jugement sur certaines de leurs collègues. En effet, dire qu'on est stressé par la présence d'une personne incompétente dans le service, cela sous-entend qu'il y a une personne incompétente dans le service.

J'ai laissé, pour cette question, une case « autre(s) » avec la possibilité d'inscrire de nouvelles alternatives, sans savoir si cette proposition allait être utilisée ou non. En définitive, elle a très peu été utilisée : soit pour remettre des éléments s'apparentant aux différents stressors déjà proposés dans la question, soit pour inscrire des remarques concernant cette question ou des éléments de celle-ci. En effet, certaines formes de stressors étaient regroupées dans mon questionnaire, et cette case « autre(s) » a permis à quelques personnes de préciser qu'elles n'étaient pas sensibles à tout les stressors proposés, mais spécifiquement à l'un ou l'autre.

Autrement, je n'ai pas eu de problèmes particuliers avec cette question.

Question n°4 pour les infirmières fixes et n°3 pour les infirmières intérimaires concernant le **contrôle perçu et question n°7 pour les infirmières fixes et n°6 pour les infirmières intérimaires concernant le **soutien perçu**:**

Ces questions ont été considérées comme faciles à y répondre, par contre ne m'ont pas amené de grandes surprises lors du dépouillement des résultats. J'ai, en effet, obtenu des résultats centraux répartis entre le « parfois » et le « souvent » avec une prédominance de « souvent ». En soi, ces questions sont des généralités, mais en utilisant leurs résultats comme variables et en les mettant en rapport avec d'autres questions, elles ont pris un sens et m'ont permis d'en tirer quelques conclusions dont je parle suffisamment dans le chapitre concernant les résultats.

Une personne m'a écrit qu'en ce qui concerne le soutien, il est différent selon les différentes catégories de personne, qu'il faudrait pouvoir répondre pour chaque catégorie de personne. Si je l'avais fait, comme dans mes premiers essais de questionnaire, celui-ci aurait comporté une demi-page supplémentaire. Mon questionnaire étant déjà trop long, je ne pouvais me le permettre, d'autant plus que mon étude porte sur le stress et le coping et non sur le soutien.

Question n°5 pour les infirmières fixes concernant l'explication sur la **différence de stress quand il y a ou pas un remplacement :**

Cette question a été très riche au niveau des réponses. Chaque infirmière a pu y répondre librement. Ces réponses m'ont permis d'avoir une explication sur les chiffres inscrits dans le tableau précédent. Des infirmières me rappellent à nouveau que la charge de travail de base du service influence beaucoup le stress qu'il y aura dans celui-ci. Quand il y a déjà beaucoup de stress dans le service, il est difficile de dire en quoi ce stress est modifié par la présence d'une intérimaire. Ce stress ambiant élevé a été un frein pour certaines infirmières à donner une réponse. Heureusement, les réponses ont été bien plus riches que ces quelques éléments cités ici (cf. analyse).

Question n°6 pour les infirmières fixes et n°5 pour les infirmières intérimaires concernant les formes de coping :

Comme pour la question concernant les stressseurs, j'ai à nouveau obtenu de nombreuses remarques concernant cette question. Elle a été jugée trop répétitive, trop longue, avec trop de facteurs, trop de choix de réponses. Pour certaines personnes, l'écart entre les fréquences proposées était trop grand et elles ont eu de la difficulté à répondre puisqu'elles ne se situaient pas complètement d'un côté, ni de l'autre.

J'ai également obtenu deux fois la même remarque de la part d'infirmières intérimaires. Celle-ci avait trait au désengagement de la situation. Ces infirmières me demandent s'il faut l'interpréter comme ne plus s'investir dans la situation ou demander l'arrêt du mandat ? Je n'avais pas vu d'ambiguïté par rapport à cette proposition. Pour moi, il était clair qu'il s'agissait de ne plus s'investir dans la situation. Ces deux personnes n'ont pas répondu à la question. N'ayant pas relevé ce double sens plus tôt, je ne sais pas par rapport à quoi ont répondu les autres infirmières intérimaires... Cet item a aussi posé problème aux infirmières fixes, puisque seulement quarante-cinq personnes y ont répondu. Peut-être que le sens de l'item n'était pas si clair.

Une autre personne aurait préféré que je ne mélange pas les ressources privées et professionnelles dans cette question, ne se sentant pas à l'aise avec cela. Peut-être qu'elle était gênée que je pose des questions peut-être vues comme plus personnelles. En effet, la personne dévoile certaines activités de sa vie privée par le biais de ces items, même si le questionnaire est anonyme.

J'ai trouvé également intéressant de constater que de nombreuses personnes ont précisé qu'elles consommaient des douceurs, du chocolat ou alors du tabac par rapport à l'item concernant la consommation de diverses substances pour se sentir mieux. Cela me donne l'impression que les mots « drogues » ou « alcool » figurant également dans cet item font peur et que les personnes n'ont pas envie qu'on les assimile à ces mots.

Il y a encore un biais possible dans cette question destinée aux infirmières fixes, d'autant plus qu'elle est longue : j'ai précisé et souligné au début qu'il s'agissait des formes de coping utilisées lorsqu'une infirmière intérimaire effectue un remplacement dans le service, mais est-ce que les infirmières ont toujours répondu par rapport à cette situation précise ? Il se peut qu'elles aient répondu dans ce sens pour les premières questions puis qu'elles se soient laissées influencer par la gestion de leur stress en général dans les dernières questions. Je n'ai pas de moyens pour le vérifier, mais il est tout à fait possible que les dernières questions surtout correspondent plus à un coping en général que dans la situation qui m'intéresse.

A nouveau, pour cette question, j'ai proposé une case « autre(s) » avec la possibilité d'inscrire de nouvelles alternatives, sans savoir si cette proposition allait être utilisée ou non. En fin de compte, elle a très peu été utilisée : soit pour remettre des éléments s'apparentant aux différents stressseurs déjà proposés dans la question, soit pour inscrire des remarques concernant cette question ou des éléments de celle-ci.

Question n°8 pour les infirmières fixes et n°4 pour les infirmières intérimaires concernant la satisfaction au travail :

Quelques infirmières m'ont dit qu'elles adoraient leur travail, mais pas le stress qu'elles vivaient au quotidien. Elles m'ont écrit avoir une satisfaction à dix, mais qu'à cause du stress, cette satisfaction générale diminuait largement. A nouveau, je me rends compte que cette question a pu être interprétée de deux manières et je ne sais pas par rapport à quoi ont répondu les infirmières. Comme je mentionne « de manière générale » dans ma

question, j'estime qu'il s'agit effectivement de la satisfaction tenant en compte tous les éléments pouvant faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre.

Question n°9 pour les infirmières fixes et n°7 pour les infirmières intérimaires concernant la suffisance du coping :

Pour cette question, j'ai reçu quarante-huit réponses sur cinquante pour les infirmières fixes et un cent pour cent de réponses pour les infirmières intérimaires. Je n'ai reçu qu'une remarque concernant cette question : l'infirmière en question n'a pas inscrit de réponse et a demandé à côté s'il s'agissait du stress par rapport aux intérimaires. Il est vrai que je n'ai pas donné cette précision dans la question, pensant à un stress général. Dans mon esprit, si les infirmières trouvent que leurs moyens pour gérer leur stress sont suffisants, cela ne doit pas beaucoup changer qu'il y ait une infirmière intérimaire ou non dans leur service. Comme je l'ai déjà écrit dans mon cadre de référence, nous avons tendance à nous cantonner à l'utilisation des mêmes formes de coping, à des formes connues qui ont déjà fait leurs preuves par le passé. Si elles sont suffisantes dans la pratique courante, il y a de forte chance pour qu'il en soit de même lorsqu'il y a un remplacement dans le service.

En tout cas, cette question m'a amené une réponse bien démarquée des autres (« plutôt oui »), ce qui montre une certaine unanimité au sein de ces professionnelles. Le haut taux de réponses, dont le résultat est bien tranché, m'indique que cette question n'a pas posé de problèmes particuliers aux infirmières qui y ont répondu.

Question n°10 pour les infirmières fixes et n°8 pour les infirmières intérimaires, ainsi que question n°11 pour les infirmières fixes et n°9 pour les infirmières intérimaires concernant les propositions ou remarques relatives au coping lorsqu'il y a un remplacement :

Il y a eu un peu de confusion au niveau de ces deux questions. Pour en tirer des résultats et les analyser, j'ai fait une synthèse de ces deux questions, les différentes réponses étant un peu réparties au hasard entre l'une et l'autre. J'ai tout de même obtenu des résultats très riches et ai été impressionnée de voir qu'il y a de nombreuses personnes qui auraient besoin de quelque chose en plus pour gérer leur stress, mais ne savent pas quoi ou ne proposent rien.

Question n°12 pour les infirmières fixes et n°10 pour les infirmières intérimaires concernant les tranches d'âges, n°13 pour les infirmières fixes et n°11 et n°12 pour les infirmières intérimaires concernant l'ancienneté :

Je n'ai pas reçu de remarques par rapport à ces questions. En effet, il n'y a pas besoin de se positionner par rapport à son âge. C'est comme ça, on ne peut rien y changer. Je pense donc que ces questions ont une bonne validité. Dommage que je n'ai pas les caractéristiques de mon échantillon pour pouvoir les y comparer... Il en va de même avec l'ancienneté. Cela a peut-être juste demandé un peu de réflexion aux différentes infirmières pour se rappeler depuis quand elles travaillent. Toutefois, cette dernière question ne précise pas si l'infirmière a travaillé en continu, si elle a fait des pauses (par exemple un congé maternité prolongé) ou des périodes sabbatiques. Cela peut influencer les réponses à la première partie de mon questionnaire. En effet, une infirmière qui revient tout juste d'un congé de plusieurs mois ou années se sentira peut-être plus stressée que si elle avait travaillé en continu, et cela malgré des années antérieures d'expériences. Elle aura probablement plus de peine à se remettre dans le bain. Mais là, je parle d'une situation qui n'est pas monnaie courante. Je pense que la plupart des infirmières interrogées ne reviennent pas d'un long congé.

Question n°14 pour les infirmières fixes et n°13 pour les infirmières intérimaires concernant le **pourcentage de travail** :

Cette question est valide pour les infirmières fixes. Je ne vois pas l'intérêt qu'elles auraient eu à mentir dans une étude anonyme. De plus, elle ne demande à nouveau pas de se positionner, il s'agit d'un fait. Par contre, pour les infirmières intérimaires, les réponses sont très relatives puisqu'il s'agit d'approximations. Pour ces dernières, cette question me sert juste à me faire une idée si l'infirmière en question travaille souvent ou plutôt rarement.

Question n°15 pour les infirmières fixes et n°14 pour les infirmières intérimaires concernant un **complément de formation** :

Cette question a posé une difficulté dans la façon de répondre pour les infirmières qui ont suivi de nombreuses formations et se sont spécialisées. Souvent, elles ont rajouté des explications et/ou commentaires à côté de la question. Pour ces infirmières, j'ai compté le plus haut niveau de formation, c'est-à-dire que je les ai comptées dans la catégorie « spécialisées ».

Autrement, cette question me donne une bonne idée si les infirmières de mon étude ont déjà suivi ou non des formations en tout genre après le diplôme et si elles en ont suivi peu ou beaucoup.

Question n°16 pour les infirmières fixes et n°15 pour les infirmières intérimaires concernant l'**utilité de formations post graduées sur la gestion du stress**:

Il me semble que les réponses à cette question ont été très largement influencées par le type de formation suivie et par le désir ou non qu'ont eu ces personnes à suivre la ou les formations en question. Je n'ai malheureusement pas de moyen de le vérifier.

Question n°17 (infirmières fixes) et n°16 (infirmières intérimaires) recherchant l'**avis des infirmières par rapport à mon questionnaire** :

Cette question est un vestige de mon pré-test. J'ai choisi de la conserver dans mon questionnaire définitif afin d'avoir un regard, une évaluation externe de ce questionnaire, de permettre aux infirmières de pouvoir s'exprimer sur ce questionnaire. A présent, je suis contente de l'avoir fait parce qu'il m'amène des points de vues auxquels je n'avais pas pensés et qui n'ont pas été mentionnés lors du pré-test. Outre les remarques qui ont déjà été mentionnées plus haut, il ressort ces différents points :

La moitié des participantes trouvent que mes questions ou quelques items manquent de clarté, que mon questionnaire est trop général, un peu vague, pas assez précis. Quelques personnes ont eu un peu de mal à cerner si le sujet est le burn out de l'infirmière, le stress en général ou le stress lié aux intérimaires dans le service. Une personne ne voit pas tellement où je voulais en venir. Une autre trouve que le mot « stress » ne convient pas vraiment. Pour une autre personne encore, le questionnaire n'est pas adapté ; elle ne voit pas de problème par rapport à mon sujet. Il a également été compris une fois que j'affirmais qu'une infirmière intérimaire était un stress. Alors que c'est justement ce que je tente de savoir.

L'autre moitié des participantes trouvent mon questionnaire pertinent, intéressant, bien conçu, bien pensé, clair, compréhensible, dans l'ensemble équilibré, complet, approfondi, qu'il touche beaucoup d'aspects, qu'il « fait bien le tour de la problématique du stress lié au remplacement intérimaire » et qu'il fait « assez

largement le tour des différentes façons de gérer le stress, de s'en protéger », que les questions sont bonnes, claires et précises, que les buts et les objectifs sont clairs, que le thème a été peu ou pas abordé précédemment et sont contentes que j'y ai pensé, que « [...] des futures infirmières se rendent compte de ce problème de stress. ». Une personne m'a écrit : « Ce travail me montre que la préoccupation du bien être du personnel est un bien pour le bien-être du client. ». Une personne a trouvé mon sujet « audacieux ».

Par rapport au questionnaire lui-même, à son remplissage, j'ai reçu les remarques suivantes : qu'il est un peu long, un peu compliqué, pas du tout facile à remplir entre autre parce que les questions concernent un stress pas forcément en lien avec les intérimaires, qu'il est important, complexe, trop détaillé, lourd, qu'il ne donne pas vraiment envie de le remplir, qu'il est trop dense, qu'il faudrait plus aérer les questions, qu'il y a beaucoup d'éléments à classer avec de très nombreuses questions.

Plusieurs personnes m'ont souhaité bonne chance pour l'analyse, et pensent que mon recueil est trop vaste.

Il y a aussi des personnes qui m'ont écrit que mon questionnaire est agréable à lire, qu'il est facile d'utilisation et facile et rapide d'y répondre (des croix ou souligner les réponses), que tout est bien présenté.

Quelques personnes m'écrivent qu'il est difficile de faire une généralité sur leur propre façon de gérer leur stress ; chaque situation est abordée et vécue de manière différente ainsi que chaque intérimaire.

Et finalement, quelques personnes me font remarquer que leur service ne fait pas appel très souvent aux intérimaires, que leur expérience est de ce fait assez limitée. Une personne me dit qu'il est dommage que mon travail ne soit ciblé que sur les infirmières intérimaires.

De ces remarques, j'en tire comme conclusion que mon travail est dans l'ensemble compréhensible et ciblé sur mon sujet, mais que mes formulations et ma mise en page auraient pu être améliorées, mieux formulées, mieux présentées. De ce fait, j'aurais probablement obtenu plus de réponses en retour. Le fait que certaines personnes n'aient pas vraiment compris où je voulais en venir, si je parlais du stress en général, ou du stress lors d'un remplacement, ainsi que la personne qui trouvait que j'affirmais ma problématique, tout cela participe à diminuer la validité de ma recherche. Si les infirmières qui m'ont répondu n'ont pas compris les questions de la même manière, elles y ont répondu par rapport à ce qu'elles ont compris de la question. Les réponses ne signifient peut-être pas toutes la même chose, mais je n'ai pas moyen d'y revenir pour vérifier ce fait.

Le fait que certains services aient peu travaillé avec des intérimaires, limite également la validité de ma recherche, puisque les infirmières de ces services ont peut-être répondu à mon questionnaire sur quelques anciens souvenirs plus vraiment complets sur lesquels se sont greffés d'autres expériences...

8.1.1.6 Validité de l'analyse

Mon questionnaire m'a donné de nombreux éléments de réponses, même si elles restent générales, mais pas toutes les réponses. Lorsque j'ai dépouillé mes questionnaires, et que je me suis retrouvée face à mes résultats, je me suis efforcée de les questionner.

Pourquoi en était-il ainsi ? Parfois, j'avais des éléments de réponses, mais souvent pas. Je me suis efforcée de trouver une explication qui n'est parfois que spéculation, c'est pourquoi j'ai fait relire mon travail par une infirmière ayant une longue expérience du terrain qui m'a donné son point de vue et qui m'a permis de redresser le tir.

Pour faire l'analyse des résultats obtenus, je me suis basée sur la littérature lue et mentionnée dans ma bibliographie, sur les connaissances vues en classe, sur mes expériences vécues en stages et beaucoup sur les annotations et explications que m'ont données les infirmières tout au long du questionnaire.

J'ai également pu comparer un résultat (la tranche d'âge des infirmières intérimaires de mon échantillon) avec un article français¹⁸⁷ et me rendre compte que la situation de mon échantillon n'était pas semblable à la situation en France au moment de l'enquête.

Pour l'instant, je n'ai pas trouvé d'autres articles concernant mon sujet afin d'en comparer les résultats.

8.1.1.7 Résultats et atteinte des objectifs

J'ai obtenu de nombreux résultats par le biais de mes questionnaires, mais ne les ai pas tous utilisés afin que mon travail reste lisible. Il demande déjà une certaine concentration pour sa lecture, du fait de sa longueur et du grand nombre d'informations qu'il contient. J'ai donc décidé, par exemple, de ne mettre en relation avec les différentes variables uniquement l'évaluation des stresseurs quand il y a un remplacement, puisque c'est cette situation qui m'intéresse principalement. J'ai tout de même laissé un aperçu de l'évaluation des stresseurs en général lorsque j'ai parlé de chaque type de stresseurs en fonction de l'environnement physique, psychologique ou social auquel il se rapporte. J'ai également simplifié les chapitres où je mets certains éléments de mon questionnaire en lien avec différentes variables. Je l'ai fait, non pour enlever des éléments de ma recherche, mais afin d'en simplifier la lecture. Je n'ai en effet gardé que les éléments principaux de ces chapitres.

Ces nombreux résultats obtenus, même s'ils ne le sont que par rapport à mon échantillon, m'ont permis de répondre à mes six objectifs de recherche :

- « Identifier les facteurs de stress et la manière d'y faire face (coping) chez les infirmières des services de chirurgie et médecine du RSV et les infirmières intérimaires lorsqu'un remplacement est effectué. »
- « Comparer, pour ces deux populations d'infirmières, l'influence de leur niveau de formation, de leur âge, de leur ancienneté, de leur pourcentage de travail et de la présence d'un soutien suffisant ou non (variables indépendantes) sur la perception de ce stress et sa gestion (variables dépendantes). »
- « Evaluer si les infirmières fixes d'un service sont plus stressées ou non lors d'un remplacement effectué par une infirmière intérimaire par rapport à leur pratique habituelle (quand il n'y a pas d'intérimaire) et expliquer ce qui change dans le stress perçu de la pratique quotidienne quand il y a une infirmière intérimaire dans le service. »
- « Déterminer laquelle des ces deux populations se dit la plus sensible au stress. »
- « Expliquer les liens qu'il y a entre les différentes variables. »
- « Proposer, si possible, des moyens pour améliorer la gestion du stress perçu lors d'un remplacement effectué par une intérimaire. »

¹⁸⁷ Annexe A.

Je les ai systématiquement mentionnés dans mon analyse, chaque fois que je répondais à un de ces objectifs. Je ne reviendrais donc pas là-dessus dans ce chapitre. Il en va de même avec mes deux hypothèses :

- « Chacune de ces infirmières a des moyens pour gérer ce stress. »
- « Les infirmières fixes dans un service sont plus à risque d'être stressées que les infirmières intérimaires présentes dans ce service. »

8.1.2 Validité externe

N'ayant pas de statistiques sur les caractéristiques de mon échantillon, je ne peux pas généraliser mes résultats. De plus, le faible taux de réponses accentue encore ce fait. Ma recherche n'est valide que par rapport aux personnes ayant répondu à mon questionnaire. De ce fait, je peux encore moins transférer mes résultats à d'autres contextes.

8.2 Conséquences possibles de mes résultats

Je ne suis pas seule à m'intéresser aux problèmes que pose l'engagement d'infirmières intérimaires. Le remplacement au pied levé d'une infirmière absente est également un casse-tête pour les cadres infirmiers. L'un d'eux m'a dit que l'emploi d'infirmières intérimaires est très onéreux et peu adapté, c'est pourquoi un pool infirmier est en train d'être mis en place afin d'apporter une solution plus adaptée à ce problème de remplacement. Les cadres infirmiers voient ce problème du point de vue financier et au niveau de l'efficacité. Personnellement, je me suis penchée sur un autre aspect qu'est le stress que vivent les infirmières, autant fixes qu'intérimaires, lors d'un remplacement. Cela entre dans les conditions de travail de l'infirmière.

Comme je ne suis pas seule à m'intéresser à ce sujet, qu'il soit vu sous un angle ou un autre, il se peut que mon travail rencontre plus facilement des oreilles attentives. Il peut donc aboutir à certaines modifications. Je ne vais pas revenir sur le chapitre qui présente les besoins des infirmières fixes et intérimaires lors de remplacements. Ces différentes attentes ne sont pas incompatibles. Souvent, elles se rejoignent et ne sont pas impossibles à réaliser. Il s'agit même parfois de moyens simples, comme un petit guide de poche contenant les informations principales utiles dans le service. La démarche qualité met par écrit des éléments liés à l'organisation, mais son existence n'est-elle pas parfois quelque peu oubliée ? Peut-être pourrait-elle servir de référence pour les infirmières intérimaires ou de base à la réalisation d'un aide-mémoire de poche...

Je pense que mon travail peut avoir comme conséquence d'amener à une prise de conscience sur ce que vivent les infirmières et sur ce dont elles auraient besoin. Il y a déjà une prise de conscience qui a été faite pour amener la création de ce pool infirmier dont j'ai déjà parlé plusieurs fois. Mon travail, peut amener encore des pistes sur des éléments simples qui peuvent être mis en place, comme par exemple un accueil chaleureux, qui permet de bien commencer un remplacement.

Comme je l'ai déjà dit, par ce travail je ne veux pas discréditer les infirmières intérimaires qui font de leur mieux pour rendre service. Je cherche plutôt à amener des solutions plus ou moins simples pour que le remplacement se passe au mieux. Les

infirmières qui ont participé à mon étude m'ont donné de nombreuses idées à ce sujet. Celles-ci figurent à la fin de mon analyse au chapitre 7.3.8. En théorie, il s'agit donc de bienveillantes propositions qui ne demandent qu'à être mises en place. En pratique, je pense que le RSV se dirige vers des remplacements à court terme effectués plutôt par les infirmières du pool et que les infirmières intérimaires seront plus là pour des remplacements à plus long terme, de l'ordre de quelques mois, par exemple. Dans ce cas, une proposition est revenue à plusieurs reprises qui consiste à présenter à l'intérimaire les éléments principaux du service la veille du début du remplacement, par une personne hors effectif, afin que l'intérimaire soit plus à l'aise lors du premier jour de remplacement.

9 Conclusion

J'ai suffisamment parlé de mes résultats et de leur validité. A présent vient le moment d'en faire une évaluation. Je vais donc m'auto-évaluer, dans ce chapitre, sous plusieurs angles. Tout d'abord, je vais dire quelques mots par rapport à l'atteinte de mes objectifs d'apprentissage, puis en regard des neuf compétences. Je présente ensuite mes facilités et difficultés, ce que m'a apporté ce travail et ce que je referais différemment. Pour terminer, vous trouverez un chapitre concernant les suites envisageables à mon travail.

9.1 *Auto-évaluation de mon travail*

9.1.1 Par rapport à mes objectifs d'apprentissage

Au début de mon travail de mémoire, j'avais énoncé quelques objectifs d'apprentissage que je vais à présent reprendre et commenter.

Mon premier objectif était d'**identifier et appliquer les différentes étapes méthodologiques nécessaires à l'élaboration d'un mémoire de fin d'étude**, ce que j'ai fait tout au long de ce travail. Tout d'abord, j'ai choisi un thème général qui m'intéressait, j'ai effectué de nombreuses lectures sur le sujet. Celles-ci m'ont permis de cibler plus particulièrement ce sur quoi je voulais travailler. J'ai continué à fouiller du côté de la littérature et me suis adressée à des professionnels pour mieux connaître le terrain, pour voir ce qui était possible et intéressant de faire sur le sujet. J'ai enfin pu aboutir à une question de recherche et de là, j'ai pu envisager le moyen de faire ma recherche, puis comment j'allais utiliser les résultats. Le questionnaire une fois fait, je devais le tester et demander les autorisations pour le diffuser. Puis, tout a suivi logiquement, à savoir que j'ai distribué les questionnaires en même temps que j'expliquais brièvement en quoi ils consistaient. Je les ai recueillis trois semaines plus tard, ai dépouillé les résultats et les ai analysés. Depuis là, il ne me restait plus qu'à faire relire mon travail pour avoir un regard externe et écrire quelques mots sur la validité de mon travail, puis en faire une auto-évaluation. Après toutes ces étapes que je viens de citer (et pour ce faire, j'ai dû au préalable les identifier et les appliquer), je peux donc dire que ce premier objectif personnel est atteint.

Voici ensuite mon deuxième objectif d'apprentissage : « **Entraîner la communication (verbale et écrite) et la collaboration avec les autres infirmières dans le but de récolter les informations nécessaires pour effectuer ma recherche et de m'habituer à parler à des inconnus en vue de ma soutenance.** » Je peux dire que j'ai vraiment pu exercer cet objectif-là entre ma phase exploratoire et les différentes demandes d'autorisations que j'ai dû faire pour tester mon questionnaire, puis le diffuser dans certains hôpitaux du RSV et auprès des agences intérimaires. A présent, je me sens à l'aise dans la communication écrite pour ce genre de recherche. Par rapport à la communication orale, cela se passe bien, mais je ne peux pas vraiment dire que je sois à l'aise et je ne le serai peut-être jamais. J'ai développé certains moyens pour m'aider dans la communication orale, que ce soit par téléphone ou dans un entretien en face à face, comme par exemple écrire des mots clé d'éléments à ne pas oublier dans la conversation et écrire les éléments clés des réponses, m'entraîner au préalable, seule devant un miroir ou faire un jeu de rôle avec des amis pour m'exercer à l'entretien. Ces moyens simples m'ont servi pour obtenir les informations nécessaires pour effectuer ma recherche. Ils me serviront également pour me préparer à la soutenance.

Je vais à présent dire quelques mots sur mon troisième objectif : « **Porter un regard critique sur ces informations récoltées et solliciter l'avis des professionnels sur l'analyse que je ferai de ces informations.** » Durant toute mon analyse, j'ai tâché de porter un regard critique en me questionnant sur les résultats obtenus. Pourquoi ces résultats ? Pourquoi ça ne serait pas plutôt autrement ? Je ne me suis pas contentée de résultats tels quels, mais me suis questionnée sur leur réalisme, sur leur crédibilité. Afin d'avoir un avis externe, je me suis adressée à une professionnelle pour avoir son avis, pour savoir si mon analyse tenait la route et n'était pas que fabulations.

« **Faire une auto-évaluation de mon travail, celui-ci une fois terminé. La rédiger en étant honnête, critique et en prenant de la distance avec mon travail.** » C'est ce que je m'efforce de faire dans ce chapitre. Pour avoir suffisamment de distance avec mon travail pour écrire cette auto-évaluation, je l'ai fait en plusieurs temps. J'ai en effet rédigé un premier jet directement après avoir fini l'analyse. J'ai repris ce premier jet plusieurs mois plus tard, ce qui m'a permis de ressortir des éléments nouveaux qui ne m'étaient pas encore venus à l'esprit auparavant.

Et finalement voici mon dernier objectif d'apprentissage : « **Augmenter mes connaissances sur la gestion du stress afin d'être mieux armée pour y faire face après la fin de ma formation.** » Ce travail a été très riche, il m'a amené de nombreux éléments pour apprendre à gérer mon stress, que ce soit durant ma phase exploratoire ou lors du dépouillement et analyse de mes résultats. Les connaissances, à présent, je les ai. Il ne me reste plus qu'à les appliquer.

9.1.2 Par rapport aux neuf compétences

J'ai beaucoup parlé du stress, du coping, des infirmières ayant un emploi fixe et des infirmières intérimaires. Il est temps, à présent, de m'évaluer par rapport aux neuf compétences de l'infirmière. Cela permet de resituer le stress au travail et sa gestion dans le rôle infirmier. En effet, mon travail de mémoire peut sembler loin du rôle infirmier, alors qu'au contraire le stress fait partie des conditions de travail de l'infirmière et qu'il influence directement son travail.

J'avais déjà expliqué en quoi mon travail s'inscrit dans les compétences 2, 3, 5, 6, et 8 dans le chapitre concernant mes motivations personnelles. J'y reviens à présent pour mon auto-évaluation. Je vais reprendre chacune des neuf compétences et dire en quoi ce travail m'a permis de me professionnaliser.

Compétence 1 : « Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle. ».

D'élaborer ce mémoire de fin d'études m'a fait prendre conscience qu'il existe de nombreuses façons de gérer le stress induit par le travail, que les infirmières interrogées dans mon étude sont également stressées, même si elles ne le montrent pas et que cela ne les empêche pas d'accomplir leurs tâches. Avec les connaissances sur le coping que la réalisation de ce travail m'a amenées, je suis à présent outillée pour faire face à ce stress. Je connais maintenant les différentes formes de coping, qu'il soit centré sur le problème ou les émotions. En effet, d'ici quelques mois, je vais commencer à travailler, je vais faire mes premiers pas dans une équipe que je ne connais pas. Quelque part, je vais me retrouver dans une situation comparable à une infirmière intérimaire qui effectue un remplacement, à quelques différences près, à savoir que je vais bénéficier d'une période d'acclimatation, d'intégration, qu'il s'agit d'une place que j'aurais choisie et que l'expérience sur laquelle je vais pouvoir m'appuyer consiste uniquement à mes périodes de stages. Je vais donc bientôt commencer à travailler et tout comme les infirmières diplômées, le fait de gérer de manière adaptée mon stress me permettra d'être pleinement auprès du patient. Je m'organiserai en fonction de pouvoir concevoir, réaliser et évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle, parce que le fait de gérer ce stress de manière adaptée me permettra d'être en pleine possession de mes capacités et d'optimiser au mieux mon emploi du temps.

Compétence 2 : « Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soin. »

J'avais déjà pris conscience, dans mon chapitre concernant mes motivations professionnelles, que le fait d'être stressée a des répercussions sur le client. Une des infirmières de mon étude va dans ce sens en disant : « Ce travail me montre que la préoccupation du bien être du personnel est un bien pour le bien être du client. ». J'avais mentionné, dans mes motivations professionnelles, la diminution de la prise en charge relationnelle. En effet, lorsque l'on est stressé, notre esprit n'est pas concentré à cent pour cent sur le patient, ce qui diminue la qualité de cette relation professionnelle. Souvent le patient ressent cela et il souffre de ne pas se sentir écouté. Je rajoute, à présent, que les clients peuvent être sensibles à notre stress, que celui-ci peut être communicatif et donc stresser le client, ce qui a des conséquences sur son rétablissement. En effet, j'aborde brièvement dans mon cadre de référence et dans mon annexe B les conséquences du stress et son mécanisme. Je ne vais pas entrer dans les détails ici, mais un patient stressé verra une baisse de son système immunitaire qui ne va pas favoriser son rétablissement. Maintenant, je suis consciente de ces éléments et ai des moyens pour faire face aux différents stressés que je rencontrerai dans mon futur travail. Cela va me permettre d'améliorer la relation soignant-soigné.

Compétence 3 : « Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé. »

Je cite à nouveau les idées de Fischer & Goerg¹⁸⁸ qui disent que le stress a une influence sur la qualité de la relation avec le client. Les professionnels en sont sensibles. Ils aimeraient « bien faire », mais ont des contraintes de temps et de moyens qui occupent leur esprit. Ils aimeraient bien pouvoir passer plus de temps auprès du malade et être pleinement à son écoute. Les soignants n'ont plus le temps d'informer adéquatement les clients, de faire des enseignements qui leur permettraient de promouvoir la santé et d'améliorer la gestion de leur santé par les clients et ces derniers en pâtissent. A nouveau, en étant outillée pour faire face aux stressés professionnels et en utilisant ces outils adéquatement, je serai plus à même d'écouter, d'informer, de faire des enseignements aux clients, de leur donner des clés afin qu'ils participent à la gestion de leur santé. Bien sûr, ce travail de mémoire m'a permis de donner des moyens concrets de coping, mais il ne permet pas d'accomplir des miracles. En effet, si le stress provient de l'absence non remplacée d'un membre du personnel, le personnel restant, même s'il gère à merveille son stress, n'accomplira pas le même travail que s'il y avait une personne en plus dans l'équipe, mais cette bonne gestion du stress aide tout de même dans l'accomplissement des tâches à effectuer.

Compétence 4 : « Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions. »

Ce travail m'a permis d'actualiser mes connaissances professionnelles par rapport au stress et au coping, il m'a permis de mobiliser des savoirs, des concepts, et d'analyser et interpréter les résultats issus des questionnaires qui me sont revenus. Dans ce chapitre, j'en fais l'évaluation. Il s'agit de l'évaluation d'une pratique professionnelle particulière, puisqu'il s'agit de la recherche. Tout au long de ce travail, ça n'est pas ma pratique que j'ai développée et conceptualisée, mais celle de professionnels en soins infirmiers. J'ai voulu tirer des généralités de mes résultats. Mes généralités ne s'appliquent malheureusement qu'à mon échantillon, mais elles donnent une ligne de conduite par rapport à la gestion du stress lorsqu'un remplacement est effectué dans un service. Ces formes de coping sont également utilisables en dehors de tout remplacement.

Compétence 5 : « Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires. »

Dans ce cas, je suis moi-même l'auteur de cette recherche. J'ai pu la mener jusqu'au bout et suis fière d'être lue à présent. J'ai pu utiliser des méthodes de recherche adaptées à ma problématique. J'en ai déjà parlé dans le chapitre consacré à la validité interne de mon mémoire de fin d'études. Ce travail m'a également permis de répondre à mes objectifs d'apprentissage dont j'ai parlé un peu plus haut.

Compétence 6 : « Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire. »

Je pense toujours ce que j'ai écrit par rapport à cette compétence dans mes motivations professionnelles. Je ne vais pas y revenir, mais je vais ajouter qu'à présent j'ai des pistes pour accueillir et intégrer du personnel intérimaire dans un service. Je connais également de nombreux moyens pour ne pas me laisser submerger par le stress que cela peut amener. Je peux transmettre les connaissances que ce travail m'a permis d'acquérir à des étudiants, d'autres collègues, d'autres professionnels.

¹⁸⁸ FISCHER, Werner, GOERG, Danielle. *Aperçu du paysage du stress dans les hôpitaux*, op.cit., p.53

Compétence 7 : « Collaborer au fonctionnement du système de santé. »

En intégrant et en supervisant une infirmière intérimaire, je collabore au fonctionnement du système de santé. Je ne l'ai pas encore fait, mais je vais être amenée, par le futur, à appliquer les conseils reçus durant l'élaboration de ce travail. Je peux également dire qu'en gardant mon calme, je serai plus à même de bien collaborer avec les autres professionnels.

Compétence 8 : « Participer aux démarches qualité du système socio-sanitaire. »

Dans le calme, il est plus facile de s'appliquer à réaliser des soins de qualité que dans la précipitation. Réussir à gérer son stress permet de garder un état d'esprit positif qui favorise un travail de qualité.

Autrement, pour en revenir à mon travail, j'ai pris en compte la satisfaction non pas de la clientèle, mais des infirmières. Je l'ai fait à deux reprises, lorsque je leur ai demandé d'évaluer leur satisfaction au travail et lorsque je leur ai demandé leur avis sur mon questionnaire. Les infirmières ont pu inscrire librement leur remarques, coups de gueule, encouragements,... Ceux-ci m'ont permis de m'aider à évaluer mon questionnaire. J'ai inscrit toutes les remarques concernant ce questionnaire un peu plus haut. Elles pourront servir à améliorer ce questionnaire si quelqu'un veut l'utiliser par la suite.

Compétence 9 : « S'impliquer par son discours et ses actes dans le développement et l'explicitation du rôle infirmier. »

A présent, je trouve que mon travail s'inscrit surtout dans cette compétence, après bien sûr la compétence 5. En effet, dans ce travail de mémoire, je traite d'un aspect des conditions de travail : les stressés professionnels. Les infirmières doivent faire avec. Dans ce mémoire, je propose, grâce aux réponses des infirmières qui ont participé à l'étude, des moyens de gérer le stress ainsi que des moyens pour qu'un remplacement par une infirmière intérimaire se passe au mieux. Cela va me permettre, d'ici quelques mois, de défendre des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité par rapport au domaine traité dans mon mémoire.

9.2 Facilités et difficultés

Voici, brièvement, mes **facilités**. Il y a tout d'abord l'écriture. Le fait de n'avoir pas de problèmes pour écrire m'a bien aidé. J'ai pu relativement aisément poser sur papier mes idées et rédiger les différentes lettres de demande d'autorisation ou de demande de rendez-vous. Ensuite vient la lecture d'articles scientifiques. Ayant commencé ma formation à Lausanne où l'apprentissage par problème était de rigueur, la recherche et la lecture d'articles scientifiques, ne m'ont pas vraiment posé de problèmes.

En ce qui concerne mes **difficultés**, je peux citer ma motivation fluctuante, les informations méthodologiques parfois contradictoires auxquelles j'ai été confrontée tout au long de mon travail et qui m'ont beaucoup troublée, un esprit de synthèse qui me fait par moment défaut, la difficulté à rendre attrayants mon questionnaire et la lettre explicative l'accompagnant, l'utilisation du traitement de texte et du tableur pour lesquels je manquais de connaissances n'ayant quasi pas eu de cours d'informatique durant ma formation préalable, mon manque de connaissances de l'outil statistique et ma non compréhension de l'anglais. Ce dernier point a été un handicap lors de ma phase exploratoire, puisque j'ai dû me borner à utiliser des articles francophones.

9.3 Ce que m'a apporté ce travail

Ce travail m'a permis d'augmenter mes connaissances par rapport au stress et au coping ; il m'a amené un grand nombre d'outils pour gérer mon stress ; il m'a permis de comprendre les raisons qui poussent certaines infirmières à travailler comme intérimaires ; il m'a permis de prendre conscience de l'importance de l'accueil, du savoir-être avec les autres collaborateurs, qu'ils soient fixes ou intérimaires ; il m'a amené quelques éléments pour intégrer rapidement ces intérimaires à l'équipe et au travail du service. Grâce à l'élaboration de ce MFE, j'ai pu m'initier au concept de l'estime de soi, concept que je n'avais jamais étudié auparavant, et approfondir mes connaissances sur ce thème. J'ai aussi pris conscience, grâce à un ouvrage de Patricia Benner¹⁸⁹, que l'apprentissage de la profession était bien loin d'être terminé une fois le diplôme en poche, et là, je ne parle pas seulement des connaissances, mais surtout des compétences. Les années d'expérience permettent d'acquérir une compréhension intuitive, profonde et globale des situations de soins qu'une jeune diplômée ne fait qu'entrevoir.

L'élaboration de ce travail de mémoire m'a également apporté des connaissances sur la méthodologie de recherche et m'a permis d'y voir plus clair sur la hiérarchie infirmière du RSV.

9.4 Ce que je referais différemment

Dans mon travail, il y a des éléments qui étaient bien et d'autres moins. Si je pouvais revenir en arrière et refaire certaines étapes, je m'adresserais à des infirmières de gériatrie ou d'EMS, par des entretiens, sur la façon dont elles vivent un remplacement par une intérimaire en n'axant pas forcément ma problématique sur le stress, mais peut-être plus sur la collaboration, l'accueil, l'intégration, ... Je ne m'adresserais plus aux deux populations, ce qui était intéressant, mais trop ambitieux pour un travail de mémoire, mais seulement à des infirmières fixes, ce qui me laisserait plus de temps pour bien me consacrer à l'élaboration d'un type d'entretien puis à l'analyse des ses résultats. De cette manière, je m'éparpillerais moins et aurais des résultats peut-être moins généraux.

Par rapport à mon choix d'utiliser des questionnaires, je regrette de ne pas être passée dans les services pour relancer les infirmières entre la date de dépôt de ceux-ci et la date où je suis allée les rechercher. Si je l'avais fait, j'aurais peut-être obtenu plus de réponses.

Je m'arrangerais aussi pour tester le questionnaire destiné aux intérimaires avant de le distribuer, afin d'éviter des questions à double sens.

¹⁸⁹ BENNER, Patricia. *De novice à expert ; excellence en soins infirmiers*, op.cit.

9.5 Suite envisageable

En terme de suite envisageable, je pense que je peux même mettre ce terme au pluriel, vu que j'entrevois plusieurs suites à ce travail. Par exemple, il est possible de reprendre la même situation, mais dans quelques années pour voir ce qu'il en est du stress lors de remplacements effectués par des infirmières poolistes. Nous imaginons tous ce qui peut changer avec un personnel d'appoint qui connaît le service. Cette étude permettrait d'avoir une évaluation concrète de ce qui change d'avec un remplacement effectué par une infirmière intérimaire. Peut-être qu'elle n'apporterait rien de plus que la confirmation que l'utilisation de poolistes est un plus pour le service et/ou peut-être qu'elle donnerait des pistes pour encore améliorer le système.

Il serait également intéressant de faire une étude semblable à la mienne, mais dans un milieu de soins moins aigus, comme par exemple en gériatrie ou EMS, puisqu'il s'agit de milieux où les infirmières intérimaires sont plus facilement engagées¹⁹⁰. Cela permettrait peut-être d'augmenter le nombre de réponses et de pouvoir faire une étude dont les résultats seraient généralisables. Pour augmenter la proportion de questionnaires en retour, il faudrait trouver un moyen de rendre le questionnaire plus court et surtout plus attrayant. Ce travail, mis en parallèle au mien, permettrait de montrer les différences de stress entre un service aigu et un service plus chronique. Il permettrait également de voir comment la présence d'une intérimaire est vue dans ce type de services, si cela augmente le stress des infirmières du service et si oui, en quoi. Il serait intéressant aussi de rechercher ce qui pourrait être mis en place pour améliorer la situation dans ce milieu-là.

A l'inverse, il serait encore possible d'aller voir ce qu'il en est dans les milieux spécialisés, comme par exemple les soins intensifs, les urgences, la dialyse,... Mais cela nécessiterait plutôt une étude par entretiens, puisqu'il ne doit pas être si facile de trouver de nombreuses infirmières intérimaires spécialisées dans ces domaines.

Comme autre suite, je pense également à la réalisation d'un petit manuel de poche par service avec les informations utiles sur le service en question (par exemple : numéros de téléphone importants, y compris des médecins, déroulement horaire d'une journée de travail, protocoles particuliers au service, ...), et d'en tester son utilité par la suite, afin d'y amener des améliorations.

Finalement, une infirmière ayant participé à mon étude m'a fait la suggestion suivante, à savoir de faire une étude similaire, mais portant sur l'accueil et l'intégration du nouveau personnel, d'intérimaires ou autre dans un service. Cet élément pourrait être traité par le biais de la qualité, en établissant une procédure d'accueil et d'accompagnement du nouveau personnel. Selon cette infirmière, et je suis tout à fait son raisonnement, un accueil chaleureux de la part de l'équipe facilite déjà l'intégration de la nouvelle arrivante. Cette infirmière proposait quelques moyens de faire un bon accueil, mais pour aller plus loin, il serait intéressant d'aller rechercher l'avis et les idées des professionnels sur le sujet.

10 Calendrier

- Projet de MFE terminé pour le 31 mai 2007
- Élaboration des questionnaires (septembre 2007 – février 2008)

¹⁹⁰ Selon ce que m'a dit un ICUS interrogée dans ma phase exploratoire.

- Tester les questionnaires (fin novembre - début décembre 2007)
- Questionnaire définitif terminé à la fin février 2008
- Demander les autorisations dans les lieux de soins et les agences intérimaires (lettre envoyées à la mi-novembre 2007)
- Prendre contact avec les agences d'intérim et les ICS et ICUS des services de chirurgie et médecine au sein du RSV (fin février - début mars)
- Distribuer les questionnaires (questionnaires intérimaires envoyés entre le 28 février et le 5 mars 2008 ; questionnaires infirmières fixes amenés dans les services entre le 11 et le 13 mars 2008)
- Récupération des questionnaires (date de renvoi fixée au 20 mars 2008 pour les intérimaires et date limite de restitution dans les services fixée au 2 avril 2008)
- Analyser les données amenées par les questionnaires (dès avril jusqu'au début août 2008)
- Avoir rédigé mon premier jet d'analyse (pour le 8 août 2008)
- Faire vérifier la synthèse des données récoltées et mon analyse par un spécialiste ou des personnes du terrain (mi-septembre à mi-novembre 2008)
- Apporter les modifications nécessaires suite à la lecture externe de mon MFE (mi-novembre à décembre 2008)
- Imprimer et relier mon MFE (pour la rentrée de 2009)
- Dépôt définitif du MFE (au plus tard le 12 janvier 2009 au secrétariat)
- Soutenance (février 2009)

11 Références

11.1 Bibliographie

ALLIN-PFISTER, Anne-Claude. *Travail de fin d'études : clés et repères*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2004. 94 p.

BAZIN, Hervé. *Vipère au poing*. Paris: Edition Bernard Grasset, 1948. 256p.

BENNER, Patricia. *De novice à expert ; excellence en soins infirmiers*. Paris : Masson, 1995. 253 p.

BIGE, Vincent, MARCHAND, Annie-Claude, DELPLANQUE, Régine. Quelle qualité de vie au travail pour le personnel infirmier ? *Soins cadres*, 2005, n°55, p.29-32

BLANCHET, Alain [et al.]. *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris : Dunod, 2005. 197 p.

BOISSIÈRES, Françoise, COUPUT, Pierre. *Les soignants face au stress*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2002. 181 p.

BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod, 2002. 440 p.

BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, stress, coping : concepts et modèles en psychologie de la santé. *Recherche en soins infirmiers*, 2001, n°67, p. 4-39

BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Concepts, stress, coping : Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 2001, n°67, p. 68-83

CANOUI, Pierre, MAURANGES, Aline. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ; De l'analyse du burn out aux réponses*. Paris : Ed. Masson, 1998. 224 p.

CHARLES, Eric. Profil des infirmières intérimaires. *Revue de l'infirmière. Supplément*, 2000, n°57, p. 5-11

COLOMBO, Carlo, BISCHOFBERGER, Iren. *Standard de sécurité pour le personnel de santé dans le domaine des maladies infectieuses transmissibles par voie sanguine et en particulier de l'infection VIH*. Zurich : © Auteurs, 1998

DEJOURS, Christophe. Le travail rend de plus en plus malade. *Viva*, 1999, n° de novembre.

DELMAS, Philippe, PRONOST, Anne-Marie. Contre les effets du stress, la hardiesse. *Soins cadres*, 2005, n°55, p. 42-46

DELPLANQUE, Régine. Exercice professionnel : les risques du travail soignant. *Soins cadres*, 2001, n°38, p.46-50

DEPELTEAU, François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines, De la question de départ à la communication des résultats*. Bruxelles : De Boeck Université, 2005. 417 p.

DUCHARME, Francine. Le paradigme stress-coping, une contribution complémentaire des sciences sociales et des sciences infirmières au développement des connaissances. *Recherche en soins infirmier : Notion de concept*, 1999, n° 58, p.64-76

DUQUETTE, André, DELMAS, Philippe. Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières ? (3). *Soins cadres*, 2001, n° 40, p. 63-65

DUQUETTE, André, DELMAS, Philippe. Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières ? (2). *Soins cadres*, 2001, n° 39, p.57-58

DUQUETTE, André, DELMAS, Philippe. Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières ? (1). *Soins cadres*, 2001, n° 38, p. 68-71

DUQUETTE, André [et al.]. Santé des soignants : gestion du stress en soins infirmiers : une approche novatrice. *Soins*, 1994, n°9, p. 48-55

ESTRYN-BEHAR, Madeleine. *Stress est souffrance des soignants à l'hôpital : reconnaissances, analyse et prévention*. Paris : Ed. Estem, 1997. 245 p.

FISCHER, Werner, GOERG, Danielle. *Aperçu du paysage du stress dans les hôpitaux*. Genève : Réseau Suisse des Hôpitaux promoteurs de santé – réseau de l'OMS, 2001. 58 p.

FORTIN, Marie-Fabienne, CÔTÉ, José, FILION, Françoise. *Fondement et étapes du processus de recherche*. Québec : Chenelière Education, 2006. 485 p.

GAYRAUD, Martine, LORTHOLARY, Olivier. Prévention de la contamination en milieu de soins. In : *Nouveau cahiers de l'infirmière : 17. Soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes de l'infection par VIH*. Paris : Masson, 1997, p. 149-150

GRAZIANI, Pierluigi, SWENDSEN, Joel. *Le stress, Emotions et stratégies d'adaptation*. Evreux : Armand Colin, 2005. 128 p.

HARLAY, Alain. *Que sais-je : les maladies professionnelles*. Paris : Presses universitaires de France, 1996. 127 p.

JASSERON, C. [et al.]. Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle : analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESST/NEXT. *Recherche en soins infirmiers*, 2006, n°85, p.46-55

KESSELRING, Annemarie [et al.]. *Les infirmières et la recherche : principes éthiques*. Berne : ASI, 2002. 24 p.

LANGLET, Michèle. *Ergonomie et soins infirmiers : la santé des soignants*. Paris : Lamarre, 1990, 199 p.

LÉGERON, Patrick. Le stress au travail : de la performance à la souffrance. *Droit social*, 2004, n°12, p. 1086-1090

LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-MCGRATH, J. *Méthodes de recherche en sciences infirmières ; Approche quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI, 2007. 591 p.

LOUREL, Marcel. Stress et santé : le rôle de la personnalité. Présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité. *Recherche en soins infirmiers*, 2006, n° 85, p. 5-13

MAURANGES, Aline. *Manuel à l'usage des soignants : Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*. Paris : Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé, 2001. 163 p.

MC VICAR, Andrew. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44(6), p.633-642

PIQUEMAL-VIEU, Laurencine. Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, 2001, n°67, p. 84-98

POLETTI, Rosette, DOBBS, Barbara. *L'estime de soi, un bien essentiel*. Genève : Ed. Jouvence, 1998. 94 p.

POTTER, Patricia A., PERRY, Anne G. Stress et adaptation. In : *Soins infirmiers*. 2^{ème} éd. Canada : Beauchemin, 2005. p.466-481

PRONOST, Anne-Marie, DELMAS, Philippe. Santé au travail des infirmières, le concept de stress coping. *Soins cadres*, 2005, n°55, p. 37-41

QUINTARD, Bruno. Concepts, stress, coping : le concept de stress et ses méthodes d'évaluations. *Recherche en soins infirmiers*, 2001, n°67, p.46-67

QUIVY, Raymond, VAN CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en Sciences sociales*. 3^{ème} éd. entièrement revue et argumentée. Paris : Dunod, 2006. 256p.

RAMUZ, Charles-Ferdinand. *La grande peur dans la montagne*. Paris: Edition Bernard Grasset, 1925. 185p.

Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers. In : *Dossier de l'étudiant(e)*. Sion : HEVs2 HAUTE ECOLE SANTE – SOCIAL VALAIS, 2002, p.28

de SAINT PAUL, Josiane. *Estime de soi, Confiance en soi ; s'aimer, s'apprécier et croire en soi*. 2^{ème} éd. Paris : InterEdition, 2004. 240 p.

SELYE, H. (1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill (pp. 169-170)

de SINGLY, François. *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire*. Paris : Natan, 1992, p. 27-87

SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda. Stress et adaptation. In : *Brunner-Suddarth : Soins infirmiers médecine et chirurgie : volume 2 fonction cardiovasculaire et hématologique*. Canada: ERPI, 1994, p. 503-517

11.2 Cybérographie

CHOPARD, Pierre, KLOPFSTEIN, Claude-Eric. Analyse d'incidents : Pourquoi? Comment ? [en ligne]. 2002

Adresse URL : www.swissmedic.ch/md/files/vig-kurs-4f.pps (consultée le 8 février 2007)

RAMACIOTTI, Daniel, PERRIARD, Julien. Les coûts du stress en Suisse. [en ligne]. 2000

Adresse URL :

http://www.geneve.ch/ocirt/sante_securite_travail/theme_prevention/doc/couts_stress_Suisse.pdf (consultée le 27 janvier 2008)

CHUV. Emploi. [en ligne]. 2004

Adresse URL : http://www.chuv.ch/chuv_home/chuv_emploi.htm (consultée le 13 mars 2008)

RSV. Sion, Champsec. [en ligne]. 2006

Adresse URL : http://www.rsv-gnw.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=149&Itemid=148&lang=fr
(consultée le 13 mars 2008)

DICOPSY. Pattern. In : Dicopsy. [en ligne]. 2006

Adresse URL : <http://www.dicopsy.com/pattern.htm> (consultée le 2 avril 2008)

PORaBo. *PORaBo-PLEM gestion des unités de soins* [en ligne]. Date ?.

Adresse URL : http://www.nicecomputing.ch/porabo/PORABO-PLEM_d%E9tail.pdf
(consultée le 19 novembre 2008)

Administration fédérale. Statistique suisse. *Age moyen des femmes mariées à la naissance du premier enfant* [en ligne]. 2008. Adresse URL :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/07.html>
(consultée le 1 décembre 2008)

11.3 Filmographie

HALLSTRÖM, Lasse, d'après l'oeuvre de HARRIS Joanne. *Le chocolat* [film]. USA : Miramax Film, 2001

12 Annexes

Annexe A: CHARLES, Eric. Profil des infirmières intérimaires. *Revue de l'infirmière. Supplément*, 2000, n°57, p. 5-6



Profil des infirmières intérimaires

Le travail intérimaire conjugue quelques avantages. Il permet de découvrir les diverses facettes du métier et répond à différentes préoccupations : salaire d'appoint, attente d'un départ en mission humanitaire ou encore réorientation professionnelle.

Ce n'est pas le salaire qui motive en grande partie les infirmières à travailler en intérim, puisque la seule différence par rapport aux salaires du secteur public se fait sur les 10 % de prime de précarité.

Pourquoi l'intérim ?

Selon les responsables de maisons d'intérim, les raisons qui peuvent amener les infirmières à travailler en intérim sont multiples.

> Souplesse des horaires

Tout d'abord, la souplesse des horaires constitue un élément important, surtout lorsqu'il s'agit d'une population essentiellement féminine qui fait souvent le choix de cette forme de travail afin de pouvoir élever ses enfants. Ce n'est pas un hasard si les IDE intérimaires sont de plus en plus nombreuses à demander à ne pas travailler le mercredi.

> Choix des services, choix des spécialités

Ensuite, l'intérimaire bénéficie d'une liberté de choix au niveau des services et des spécialités. Ce qui peut permettre à une infirmière qui reprend une activité

professionnelle après plusieurs années d'interruption de se réinsérer progressivement dans l'institution.

Quelles que soient leurs motivations, toutes les infirmières doivent faire preuve d'une très grande adaptabilité dans l'exercice de leur fonction. En effet, plus que tout autre mode de remplacement, l'intérim focalise un certain nombre de difficultés liées, notamment, à la méconnaissance du service et de l'hôpital, de leur fonctionnement et de leurs sites.

5 profils d'intérimaires

Notre enquête auprès des agences d'intérim nous permet de tracer le portrait des infirmières intérimaires. En 2000, des dizaines de milliers d'infirmières sont inscrites dans les 25 agences d'intérim. En région parisienne, les infirmières sont inscrites dans au moins trois sociétés d'intérim. Une analyse fine permet de distinguer cinq typologies.

> Les 20-25 ans

40% des effectifs sont constitués par des infirmières fraîchement diplômées (25 ans). Deux cas de figure se présentent. Les unes ne désirent pas s'engager tout de suite à l'hôpital et souhaitent étoffer leur vécu professionnel (multiples services hospitaliers, médecine de travail, maisons de retraite) avant de choisir leur voie. Les autres cherchent à décrocher leur premier emploi à travers les missions d'intérim.

> Les 35-45 ans (30 %)

Il s'agit, en général, de mères de famille qui élèvent leurs enfants et pour qui ce travail constitue un salaire d'appoint. Pour les intérimaires de la quarantaine, les enfants sont devenus autonomes, ce



qui permet de reprendre une activité professionnelle. Les modules de formation proposés par les maisons d'intérim leur sont profitables.

> Les retraités

Certaines infirmières en retraite souhaitent retravailler. L'intérim constitue une opportunité de reprendre une activité professionnelle en choisissant la fréquence de leurs missions. À l'évidence, ces infirmières optent pour un rythme de travail allégé.

> Les diplômées en attente d'un départ pour l'étranger

Ces infirmières qui ont la bougeotte, sont passionnées de missions humanitaires. Entre deux voyages, il faut bien vivre...

> Les « cumulardes »

Ces infirmières occupent déjà un poste à l'hôpital ou en clinique. Elles multiplient leurs heures de travail et leur rémunération afin de faire face à des besoins financiers : achat de logement, de voiture, éducation des enfants ou tout simplement pour « boucler » leurs fins de mois. « Ainsi, un nombre non négligeable d'infirmières diplômées d'État en poste à l'hôpital public font de l'intérim, ce qui pose problème au regard des clauses des contrats stipulant qu'un agent titulaire de l'administration ne peut travailler en dehors », remarque Annick Duclos dans un récent mémoire de cadre hospitalier consacré à l'emploi des infirmières intérimaires à l'AP-HP.

Les missions d'intérim assurent une rémunération minimale dans une période de transition. Elles choisissent des missions d'intérim (durée, fréquence) qui laisse le temps de mener à bien d'autres projets.

Fuite de la profession

Les infirmières de cette dernière catégorie sont de plus en plus nombreuses. Elles traduisent une certaine crise de la profession. « Pour une grande partie, semble-t-il, les intérimaires sont des infirmières qui poursuivent des études, dans des domaines très variés et pas forcément en rapport avec leur profession », observe Annick Duclos. Certains observateurs en déduisent que bon nombre d'infirmières intérimaires ne veulent plus pratiquer, que les études sont un moyen pour fuir la profession ou se construire un autre projet professionnel. Selon certains responsables d'agences, l'intérim est un moindre mal pour une catégorie d'infirmières hospitalières littéralement « pompées » par leur environnement professionnel dans lequel elles ont du mal à se retrouver. « L'intérim permet à ces infirmières de trouver des conditions de travail adaptées, un accueil mais également une écoute. En un mot un véritable partenariat », estime un chef d'agence.

D'autres pôles d'intérêt, un autre projet professionnel

Alexandra, 25 ans, diplômée en 1998 à l'ISFSI de l'hôpital Saint-Antoine inscrit son travail en intérim dans un projet de réorientation professionnelle. « Depuis l'obtention de mon DE, je ne pratique qu'en intérim », témoigne Alexandra.

INTÉRIM

L'intérim en général

Les 850 entreprises disposent d'un réseau de 3800 agences présentes sur l'ensemble du territoire. Elles ont réalisé 10,4 millions de chiffre d'affaire en 1998. Soit un volume d'activité de 88,6 milliards de francs. Ce secteur constitue un acteur important du marché de l'emploi : il a contribué à la moitié des créations d'emploi en France en 1997 et au sixième en 1998. L'intérim représente 450 000 salariés en équivalent temps plein, soit 1,6 % de la population active.

L'intérim dans le secteur sanitaire

Il représente 0,5 % de l'intérim intérimaire. Les 25 maisons d'intérim spécialisées en santé ont dégagé un chiffre d'affaire de 800 millions de francs l'année dernière. Ce marché a connu une croissance de 17 % en 1998 contre 30 % pour le marché général de l'intérim. Les activités hospitalières ont représenté 4 444 journées de travail équivalent temps plein en 1999, soit 33 % du volume de travail intérimaire dans le secteur santé et action sociale.

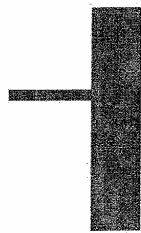
(Sources : Enquête emploi INSEE mars 1998, Syndicat des entreprises de travail temporaire, et Quick Médical Service)

Durant ses études d'infirmières, cette parisienne avait entamé un cursus de Droit à l'Université de Paris VIII, mais les horaires étaient difficilement compatibles avec celles de l'école d'infirmière. Elle a abandonné donc le droit afin de réussir son DE. « Seulement, je me suis très vite aperçue des anomalies régnant dans les hôpitaux », confie Alexandra. « L'infirmière subit tout ces dysfonctionnement. Simple exécutante, elle n'a pas voix au chapitre et n'a donc aucune de prise sur les choses », poursuit Alexandra qui reprend ses études de Droit. En 1999, elle a obtenu son DEA (Diplôme d'études approfondies) en Droit. Cette année, elle entame sa première année de thèse sur la place de l'usager dans le choix de l'orientation de la médecine en France. Pour Alexandra, la réflexion doit aboutir à l'action. C'est pourquoi, elle projette d'intégrer un organisme de recherche à l'issue de son doctorat.

Remplacements acrobatiques à l'hôpital

En attendant, Alexandra fait de l'intérim. Elle s'est d'abord inscrite dans une agence qui ne proposait que des missions dans des hôpitaux et cliniques. « C'était une source de stress et de danger pour les patients. Je passais mon temps à courir après des équipements de première nécessité manquant dans

l'unité et les dossiers étaient souvent incomplets et non standardisés », se rappelle Alexandra qui finit par s'inscrire auprès de deux agences du huitième arrondissement de Paris (Kelly santé et Selpo pour des missions d'intérim en médecine du travail). « Je n'accepte les premiers contrats qu'à partir du moment où je remplace une des deux infirmières du service de médecine du travail. Ce qui facilite la transmission et me permet de prendre connaissance du système informatique de l'entreprise ». Alexandra, qui travaille régulièrement dans des entreprises aux effectifs importants (1500 à 2000 personnes), apprécie la polyvalence de la médecine du travail : consultations préventives, soins d'urgences, approche psychologique pour certains salariés. Elle refuse cependant les missions trop éloignées de Paris. Mais surtout, elle s'arrange pour ne travailler que deux semaines par mois, réservant les trois autres semaines à la préparation de sa thèse. Les missions d'intérim lui assurent un revenu de 3500 francs par mois. Propriétaire de son logement, ses parents peuvent l'aider en cas de besoin. « L'intérim n'est pas contraignant dès l'instant où on sait se limiter », conclut Alexandra.



CONCEPTS, STRESS, COPING

LE CONCEPT DE STRESS ET SES MÉTHODES D'ÉVALUATION

qui propose une théorie générale de l'adaptation : le cerveau constitue l'organe unique de l'adaptation et remplit trois fonctions : analyser le milieu extérieur ; analyser le milieu intérieur ; réguler les comportements afin d'obtenir une adaptation optimale de l'organisme aux variations de ces deux milieux (homéostasie). Les très nombreuses expérimentations effectuées à partir du réflexe conditionné ont démontré l'existence d'un axe cortico-viscéral sous-tendant la régulation des conduites. Les conditions d'apparition de la maladie seraient ainsi en rapport avec un dysfonctionnement de cet axe qui, trop sollicité ou soumis à des stimuli paradoxaux (névrose expérimentale¹), ne peut plus assurer son rôle régulateur. Cette théorie constitue une première ébauche explicative des processus neurologiques du stress.

Sensiblement à la même époque, Cannon (voir Dantzer, 1989), étudiant les réactions de chats confrontés brutalement à des chiens, a pu mettre en évidence deux réactions comportementales basiques : l'attaque ou la fuite (« fight or flight »), chacune s'accompagnant de manifestations somatiques identiques dues à la libération dans le sang d'une hormone (adrénaline) sécrétée par la glande médullo-surrénale : accélération du rythme cardiaque et de la tension artérielle, piloérection, afflux du sang vers les muscles et le cerveau. Cet ensemble de manifestations, appelé par Cannon « syndrome d'urgence », est directement en rapport avec un renforcement des défenses de l'organisme pour rétablir l'homéostasie. Aux « théories périphériques » des émotions (les sentiments émotionnels trouvent leur origine dans l'excitation viscérale), développées antérieurement par James et Lange (voir Rivolier, 1989), va se substituer avec Cannon une « théorie centrale » de l'émotion : le lieu actif du mécanisme de l'émotion est le thalamus dont l'excitation déclenchée à la fois une réaction neurovégétative et le sentiment subjectif de l'émotion.

Les travaux de Cannon ont par la suite ouvert la voie aux recherches de Hans Selye (1936, 1956) que l'on considère aujourd'hui comme le véritable fondateur de la théorie du stress. C'est en cherchant à identifier une hormone sexuelle préparée à partir d'extraits ovariens de bovins qu'il constata avec surprise que les animaux ainsi traités mouraient en grande majorité. A l'autopsie, ils présentaient des anomalies comparables à celles qu'il avait déjà eu l'occasion d'observer, au cours de sa pratique médicale, chez les grands brûlés, les victimes d'ensevelissement ou

2. Le modèle physiologique du stress et le Syndrome Général d'Adaptation

Tenter d'expliquer expérimentalement les relations entre émotions et corps, tel fut l'objectif des physiologistes du début du XX^{ème} siècle. Cette démarche fut inaugurée par l'école pavlovienne (à partir de 1903)

¹ Ces névroses sont généralement produites par le couplage alternatif de stimuli douloureux (chocs électriques) et agréables (nourriture).

chez les polyfracturés : quelle que soit la nature de l'agression (traumatisme, froid, brûlure, etc...), il y avait de façon invariable des ulcères gastro-intestinaux, une régression du thymus et des ganglions ainsi qu'une hypertrophie des glandes surrénales (Dantzer, 1989, p.23).

Cette réponse unique, non-spécifique de l'organisme, visant à rétablir l'homéostasie, reçut le nom de Syndrome Général d'Adaptation (SGA). Celui-ci se déroule en trois temps (voir Figure 1) : la survenue d'une agression provoque dans l'organisme une réaction d'alarme (phase préparatoire de l'organisme à la riposte) qui tend à augmenter le degré de résistance de l'organisme. Si cette phase de résistance se prolonge trop (persistance de l'agression, ou succession d'agressions), l'organisme s'affaiblit et entre en phase d'épuisement.

Durant les deux premiers stades, deux systèmes réactionnels vont être sollicités : le système sympathique et médullo-surrénalien (libération d'adrénaline et de noradrénaline) et le système hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien (sécrétion de glucocortico-stéroïdes, de cortisol notamment). Mais si ces deux systèmes sont trop actifs (résistance excessive) ou trop sollicités (agressions répétées), des symptômes traduisant la surcharge des capacités d'adaptation peuvent apparaître (stade d'épuisement). C'est alors que peuvent survenir des désordres somatiques sous la forme d'ulcères gastro-duodénaux, d'hypertension artérielle, etc...

Pour Selye, le stress désignerait donc l'état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un excitant quel-

conque qu'il nomme le « stressueur » et dont la nature peut être physique, chimique aussi bien que psychologique. Par la suite, il développera la théorie selon laquelle il convient de distinguer deux types de stressueurs : l'« eustress » et le « distress », selon l'effet souhaitable ou non qu'induit l'événement. Dans cette perspective, le stress ne peut être évité et, qui plus est, il apparaît comme indispensable à la vie. Quoi qu'il en soit, il demeure clair que pour Selye, le stress est fondamentalement une réponse physiologique à l'agression : « c'est l'état se traduisant par un syndrome spécifique correspondant à tous les changements non-spécifiques ainsi induits dans un système biologique » (1956).

Ces travaux physiologiques sont d'un intérêt fondamental car ils ont été les premiers à démontrer qu'une émotion n'est pas un phénomène lié à la seule sphère psychologique (à l'instar des présupposés du courant psycho-dynamique), mais qu'elle a des répercussions sur le corps et qu'elle induit des modifications organiques en sollicitant les systèmes nerveux autonome et neuroendocrinien. Cependant, ce modèle biologique linéaire, dont l'idée dominante repose sur un schéma de causalité unidirectionnel de type stimulus-réponse (agression → réponse neurophysiologique → maladie), ne peut, à lui seul, rendre compte de la complexité des mécanismes à l'œuvre lorsqu'un sujet est confronté à une situation aversive. C'est pourquoi, cette conception classique du stress a cédé peu à peu le pas à une approche multifactorielle prenant en compte l'interaction entre personne et situation. C'est ainsi que l'intérêt des chercheurs, traditionnellement orienté vers des « causes » situées en amont, s'est infléchi vers le point de vue actuel de l'individu confronté

à un contexte stressant : comment perçoit-il la situation (stress perçu²) et évalue-t-il ses ressources (contrôle perçu³) pour y faire face ?

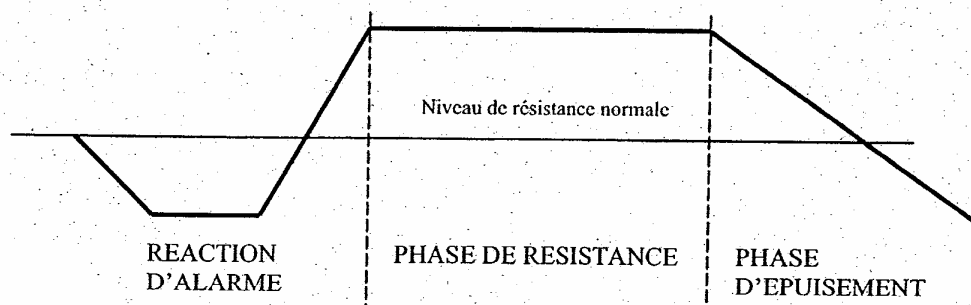


Figure 1. Les trois stades du syndrome général d'adaptation de Selye (1956) (d'après Quintard, 1994).

Annexe C : Synthèse des déterminants dispositionnels et des facteurs socio-biographiques du coping.

Les facteurs de personnalité ou dispositionnels

Le choix de la stratégie d'adaptation au stress est influencé par : le contrôle perçu, le soutien perçu, mais également des facteurs de personnalité qui sont rapidement précisés ici. La façon dont une personne perçoit et évalue un événement dépend également de son histoire personnelle.

Voici, à présent, les principaux facteurs de personnalité :

- **Les croyances de l'individu** (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes, ...)
- **Les motivations générales** (valeurs, buts, intérêts, ...)
- **Le lieu de contrôle** (locus of control) : il est dit externe si l'événement est perçu comme incontrôlable et indépendant de la volonté du sujet¹⁹¹ (ex. la chance, le hasard, l'influence de « personnage tout puissant », ...). Au contraire, il peut être interne. Dans ce cas, l'événement est considéré comme contrôlable et dépend du propre comportement ou des caractéristiques relativement stables de la personne¹⁹².
- **L'attente de résultat et attente d'efficacité** : le sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité va permettre à la personne d'agir positivement sur la situation puisqu'elle aura la certitude de posséder les capacités nécessaires pour mener à bien son projet.
- **L'attribution causale** : La personne va essayer de rechercher les causes de ce qui lui arrive. Cela peut avoir différentes conséquences. La personne peut alors se sentir responsable ou bien coupable. Lorsqu'elle se sent responsable, elle choisira des stratégies mieux adaptées à la gestion du stress, alors que si la personne se sent coupable, des états dépressifs peuvent s'installer.
- **L'impuissance apprise** : elle apparaît comme conséquence négative lorsque la personne a subi une succession d'échecs qui entraîne l'abandon des efforts. La personne n'aura plus l'impression de contrôler les événements.
- **L'optimisme**
- **Certaines dispositions personnelles** : ce sont les caractéristiques stables des individus, leurs traits de personnalité. Il en existe deux principales formes :
 - Les traits pathogènes ou dits d'affectivité négative. ex. dépression, anxiété-trait, style perceptif (vigilant/évitant), névrosisme (hostilité, isolement, impulsivité, culpabilité)
 - les traits immunogènes ou salutogènes, également appelés affectivité positive, [ex. résilience, sens de la cohérence, le fait d'être agréable, le fait d'être consciencieux, ouvert, extraverti, la hardiesse (expliqué ci-dessous).

¹⁹¹ LOUREL, Marcel. Stress et santé : le rôle de la personnalité. Présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité, p. 6

¹⁹² Ibid, p. 6

- **La hardiesse** (= hardiness = endurance) : il s'agit d'un « [...] vecteur stable de la personnalité qui permet au sujet de résister aux sollicitations de l'environnement. »¹⁹³ « [...] la hardiesse se rapporte aux caractéristiques personnelles qui rendent l'individu apte à demeurer en santé et ce, même sous l'influence d'événements générateurs de stress et même dans un environnement dit "stressant". »¹⁹⁴ Les gens qui possèdent ce type de personnalité sont très résistants au stress. Ils développent, le plus souvent, un coping actif et ont le sentiment de contrôler la situation. Ils voient souvent cette situation comme une défi, une opportunité de développement.

La hardiesse comprend 3 aptitudes fondamentales :

- **L'engagement** : c'est une contribution engagée envers les autres, une implication dans la vie sociale, « [...] [une] tendance à s'impliquer dans toutes les activités entreprises ou situations rencontrées. »¹⁹⁵ Les personnes engagées ont du plaisir à faire leur travail et ne cherchent pas à fuir l'interaction avec l'environnement.
 - **Le contrôle** : il s'agit de la capacité de prendre des décisions, « [...] la certitude de pouvoir influencer le cours des événements par ce qui est imaginé, choisi, dit ou fait. »¹⁹⁶ La personne qui a cette capacité a confiance en elle, elle a le sentiment d'être libre de pouvoir atteindre ses objectifs par les actions qu'elle va mettre en place.
 - **Le défi** « [...] se rapporte à la croyance que le changement, plutôt que la stabilité, est normal, qu'il est un stimulus important pour la croissance et le développement personnel. »¹⁹⁷ Les changements y sont vus comme des éléments bénéfiques.
- **Les types de personnalité** : Différents auteurs¹⁹⁸ ont décrit les 3 types principaux de personnalité. En voici quelques caractéristiques :
 - **Type A**: compétitivité, envahissement émotionnel, agressivité, impatience, hostilité, vigueur du geste et de la voix, prédisposition aux maladies coronariennes, ...
 - **Type B**: personnalité équilibrée ayant des réponses adaptées aux stressors.
 - **Type C**: répression des émotions, surtout les affects hostiles, détresse sous-jacente, auto-dépréciation, sentiment d'impuissance et de perte de contrôle, prédisposition pour les cancers, ...

¹⁹³ LOUREL, Marcel. Stress et santé : le rôle de la personnalité. Présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité, op.cit., p. 8

¹⁹⁴ DUQUETTE, André [et al.]. Santé des soignants : gestion du stress en soins infirmiers : une approche novatrice, p.48

¹⁹⁵ Ibid, p.51

¹⁹⁶ Ibid, p.51

¹⁹⁷ Ibid, p.51

¹⁹⁸ Friedman et Rosenman pour le type A, Selye pour le type B et Byrne & al. et Temoshok pour le type C. Cette rapide présentation des types de personnalité se retrouve dans PIQUEMAL-VIEU, Laurencine. Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier, p.90

Les facteurs socio-biographiques

- **Le coping et le genre** : il semblerait que les femmes utilisent d'avantage le coping centré sur les émotions et le coping d'évitement ou coping passif que les hommes.
- **Le coping et le statut socio-économique** : un haut statut socio-économique, un revenu élevé, un bon niveau d'instruction/éducation, la prise de responsabilités dans le domaine professionnel ou privé sont le plus souvent rattachés à l'usage d'un coping actif, centré sur le problème.
- **Le coping et l'estime de soi** : « L'estime de soi [...] se définit comme l'ensemble des attitudes et des sentiments que le sujet éprouve à l'égard de soi et qui l'oriente dans ses réactions et dans ses conduites organisées. Ces attitudes et sentiments s'énoncent en jugements positifs ou négatifs, qui amèneront confiance ou défiance à l'égard de soi, actions volontaires ou aboulies, dépression, ou survalorisation et conduites narcissiques. »¹⁹⁹ « Une forte estime de soi élève la confiance dans les habiletés personnelles pour triompher de l'adversité. »²⁰⁰ Elle permet également d'avoir un meilleur contrôle sur l'environnement et réciproquement et est fortement corrélée à un coping centré sur le problème.

¹⁹⁹ Selon Oubrayrie, Safont et Tap dans l'article de PIQUEMAL-VIEU, Laurencine. Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier, p.92

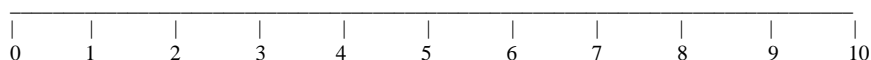
²⁰⁰ Selon Rosenberg dans l'article de PIQUEMAL-VIEU, Laurencine. Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier, p.92

Annexe D : Questionnaire destiné aux infirmières ayant un poste fixe dans un service.

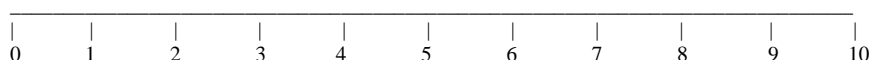
Questionnaire infirmier/ère fixe

► Ce questionnaire s'adresse à tout(e) infirmier/ère travaillant depuis au moins 4 mois dans son service et ayant déjà collaboré avec un(e) infirmier/ère intérimaire.

1. Sur une échelle de 0 à 10 (0=pas du tout de stress, 1=tout à fait supportable et 10=insupportable) où situeriez-vous le stress que vous vivez dans votre pratique quotidienne? Marquez d'une croix l'endroit qui convient.



2. Sur une échelle de 0 à 10 (0=pas du tout de stress, 1=tout à fait supportable et 10=insupportable) où situeriez-vous le stress que vous vivez lorsqu'un(e) infirmier/ère intérimaire effectue un remplacement dans votre service ?



3. Parmi ces propositions, évaluez à quel point ces éléments vous stressent d'une part en temps normal et d'autre part lorsqu'un(e) infirmier/ère intérimaire effectue un remplacement dans votre service.

Inscrivez dans les cases le chiffre qui convient entre 0 et 10 (0=pas du tout de stress, 1=tout à fait supportable et 10=insupportable):

	Stress dans la pratique quotidienne	Stress quand il y a un(e) intérimaire
La charge de travail		
La tenue à jour des dossiers patients, du LEP/PLEM		
Des changements organisationnels et/ou technologiques, l'introduction de nouveaux protocoles de soins, des soins techniques inhabituels		
Avoir un(e) étudiant(e) à charge		
Le manque de temps avec des délais à respecter		
Le manque de personnel, d'effectif		
Les interruptions, en général, lors de l'exécution d'une tâche		
les imprévus en tout genre		
La peur de l'inconnu		
L'incertitude envers l'efficacité de nouveaux traitements		
L'appréhension d'une éventuelle décompensation des patients, d'un décès		
L'impression de déranger lors de demandes d'aide, un manque d'appui des collègues		
Un manque de confiance en soi, la peur de faire des fautes, la peur de ne pas savoir répondre aux questions/demandes des patients, de leur famille		
Quand il y a une personne incompétente dans l'équipe		
Le manque de politesse ou l'agressivité chez les patients ou leur famille		
Le sentiment d'impuissance, l'incontrôlabilité réelle ou perçue d'une situation difficile		
Un excès de responsabilités		
Un conflit, des problèmes avec les collègues, avec d'autres professionnels de la santé, avec les cadres / supérieurs, avec les médecins, les assistants		
Un manque de considération de la part des médecins ou des supérieurs, une non-reconnaissance du travail accompli, le fait de ne pas être écouté		
Autres : ...		

4. En général, avez-vous l'impression d'avoir du contrôle sur ces éléments qui vous stressent ? Soulignez la réponse qui convient : Toujours / souvent / parfois / jamais

5. Pour vous, en quoi ce stress peut être modifié par la présence d'une intérimaire ?

.....

.....

.....

6. A quelle fréquence utilisez-vous ces différentes propositions de moyens pour gérer le stress au travail lorsqu'un(e) infirmier/ère intérimaire effectue un remplacement dans votre service? Marquez d'une croix la case qui convient.

Remarque : il n'y a pas de moyen efficace ou non en soi pour gérer une situation stressante. Chaque personne est différente, un tel moyen conviendra mieux à une personne qu'à une autre. Par ces propositions, je ne cherche pas à juger, mais à avoir une vision globale des moyens utilisés.

	Jamais / presque jamais	Rarement (quelques fois par mois)	Souvent (quelques fois par semaine)	Tous les jours
Vous vous arrangez pour résoudre le(s) problème(s) (ex. en recherchant des informations, en vous asseyant un moment pour réfléchir, en élaborant un plan d'action pour résoudre le problème, en rétablissant les priorités, en restreignant ou écartant les activités annexes et superflues, ...).				
Vous affrontez la situation (ex. en vous imposant des contraintes, en continuant à vous former, en exposant les problèmes aux autres membres de l'équipe soignante, aux supérieurs hiérarchiques,...).				
Vous recherchez activement l'aide d'autrui pour obtenir une écoute, des informations, une aide matérielle ou dans les tâches à accomplir, ...				
Vous minimisez la menace (ex. en prenant de la distance, en faisant comme si de rien n'était, comme s'il n'y avait pas de stress, en vous disant que ça n'est pas si grave, en donnant l'impression de gérer la situation, ...)				
Vous réévaluez positivement la situation en modifiant sa signification pour vous-même, en vous vous la représentant plus supportable, en cherchant les points positifs ...				
Il vous arrive de rire d'une situation « stressante » pour vous détendre				
Vous vous accusez d'être la cause du problème, vous vous sentez responsable, vous ressentez de la culpabilité				
Vous réprimez ou supprimez vos émotions, vous niez la réalité				
Vous avez recours à des distractions diverses, vous discutez avec vos collègues, les patients, les familles de choses et d'autres pour vous changer les idées, vous allez aux toilettes juste pour avoir un petit moment de calme, ...				
Vous faites de la relaxation, du sport, vous prenez un bon bain, vous avez recours à des médecines douces, ...				
Vous vous désengagez de la situation (contraire de l'engagement)				
Vous consommez de l'alcool, du tabac, des drogues, des médicaments, des douceurs pour vous sentir mieux, ...				
Vous acceptez la situation et faites avec				
Vous recherchez un soutien émotionnel, la sympathie et la compréhension de quelqu'un pour diminuer vos propres émotions, les rendre supportables,				
vous vous réservez des espaces au sein de l'équipe pour parler des problèmes rencontrés				
Vous priez, vous demandez de l'aide dans vos prières				
Vous ressentez de l'impuissance ou du désespoir, vous espérez un miracle, vous souhaitez que ce soit différent, ...				
Vous exprimez vos émotions : par exemple par des crises de larmes, un état anxieux, un accès de colère, ...				
Vous vous montrez agressif/ve, irritable, hostile, en colère contre les autres ou vous-même, vous mettez le tort sur les autres, vous vous en prenez aux autres, ...				
Autres : ...				

7. Entre les collègues, les supérieurs hiérarchiques, les autres professionnels, votre conjoint, votre famille, vos amis, ou autres personnes de votre entourage..., recevez-vous un soutien suffisant pour faire face à ce stress vécu au travail ?

Soulignez la réponse qui convient : Toujours / souvent / parfois / jamais

8. De manière générale, êtes-vous satisfait(e) de votre situation de travail ? (Marquez d'une croix le degré qui convient : 0 = pas du tout et 10 = tout à fait)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. A votre avis, est-ce que les moyens que vous utilisez pour gérer votre stress sont suffisants ?
Soulignez la réponse qui convient : Oui / plutôt oui / plutôt non / non

10. Lorsqu'un(e) infirmier/ère intérimaire travaille dans votre service, auriez-vous besoin de quelque chose en plus pour gérer le stress lié à cette situation? Oui/non
Si oui, quoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

11. Avez-vous des propositions ou remarques concernant la gestion du stress lié à la présence d'un(e) infirmier/ère intérimaire qui effectue un remplacement dans votre service ?

.....
.....
.....
.....

12. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Soulignez la réponse qui convient : 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans, 45-49 ans, 50-54 ans, 55-59 ans, 60 ans et +

13. Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'infirmier/ère ?

Soulignez la réponse qui convient : moins d'1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, 15-19 ans, plus de 20 ans

14. A quel pourcentage exercez-vous votre activité professionnelle en ce moment ?

.....

15. Avez-vous déjà suivi des cours post-grade, des formations d'une ou plusieurs journées en plus de votre formation de base (sur n'importe quel thème en lien avec les soins)?

Soulignez la proposition qui convient : Non, oui 1 fois, déjà plusieurs fois, je me suis spécialisée (ex. anesthésie, soins intensifs, urgentistes, psychogériatrie, ...)

16. Si oui, avez-vous l'impression que ces formations vous aident à gérer votre stress ?

Soulignez la réponse qui convient : Oui / plutôt oui / plutôt non / non

17. Que pensez-vous de ce questionnaire ? (Cela me permettra d'évaluer mon questionnaire)

.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation

Annexe E : Questionnaire destiné aux infirmières intérimaires.

Questionnaire infirmier/ère intérimaire

(Questionnaire à retourner avant le 20 mars 2008 à votre agence ou possibilité de me l'envoyer à l'adresse suivante : Bonvin Anne-Catherine / Rte de Miège 15 / 3968 Veyras)

1. Sur une échelle de 0 à 10 (0=pas du tout de stress, 1=tout à fait supportable et 10=insupportable) où situeriez-vous le stress que vous vivez lorsque vous effectuez un remplacement dans un service? Marquez d'une croix l'endroit qui convient.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Parmi ces propositions, évaluez à quel point ces éléments vous stressent.

Inscrivez dans les cases le chiffre qui convient entre 0 et 10 (0=pas du tout de stress, 1=tout à fait supportable et 10=insupportable):

	Stress lorsque vous effectuez un remplacement
La charge de travail	
La tenue à jour des dossiers patients, du LEP/PLEM	
Des changements organisationnels et/ou technologiques, l'introduction de nouveaux protocoles de soins, des soins techniques inhabituels	
Le manque de temps avec des délais à respecter	
Le manque de personnel, d'effectif	
Les interruptions, en général, lors de l'exécution d'une tâche	
Les imprévus en tout genre	
La peur de l'inconnu	
L'incertitude envers l'efficacité de nouveaux traitements	
L'appréhension d'une éventuelle décompensation des patients, d'un décès	
L'impression de déranger lors de demandes d'aide, un manque d'appui des collègues	
Un manque de confiance en soi, la peur de faire des fautes, la peur de ne pas savoir répondre aux questions/demandes des patients, de leur famille	
Quand il y a une personne incompétente dans l'équipe	
Le manque de politesse ou l'agressivité chez les patients ou leur famille	
Le sentiment d'impuissance, l'incontrôlabilité réelle ou perçue d'une situation difficile	
Un excès de responsabilités	
Un conflit, des problèmes avec les collègues, avec d'autres professionnels de la santé, avec les cadres / supérieurs, avec les médecins, les assistants	
Un manque de considération de la part des médecins ou des supérieurs, une non-reconnaissance du travail accompli, le fait de ne pas être écouté	
Autres : ...	

3. En général, avez-vous l'impression d'avoir du contrôle sur ces éléments qui vous stressent ?
Soulignez la réponse qui convient : Toujours / souvent / parfois / jamais

4. De manière générale, êtes-vous satisfait(e) de votre situation de travail ? (Marquez d'une croix le degré qui convient : 0 = pas du tout et 10 = tout à fait)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. A quelle fréquence utilisez-vous ces différentes propositions de moyens pour gérer le stress que vous rencontrez dans votre travail? Marquez d'une croix la case qui convient.

Remarque : il n'y a pas de moyen efficace ou non en soi pour gérer une situation stressante. Chaque personne est différente, un tel moyen conviendra mieux à une personne qu'à une autre. Par ces propositions, je ne cherche pas à juger, mais à avoir une vision globale des moyens utilisés.

	Jamais / presque jamais	Rarement (quelques fois par mois)	Souvent (quelques fois par semaine)	Tous les jours
Vous vous arrangez pour résoudre le(s) problème(s) (ex. en recherchant des informations, en vous asseyant un moment pour réfléchir, en élaborant un plan d'action pour résoudre le problème, en rétablissant les priorités, en restreignant ou écartant les activités annexes et superflues, ...).				
Vous affrontez la situation (ex. en vous imposant des contraintes, en continuant à vous former, en exposant les problèmes aux autres membres de l'équipe soignante, aux supérieurs hiérarchiques,...).				
Vous recherchez activement l'aide d'autrui pour obtenir une écoute, des informations, une aide matérielle ou dans les tâches à accomplir, ...				
Vous minimisez la menace (ex. en prenant de la distance, en faisant comme si de rien n'était, comme s'il n'y avait pas de stress, en vous disant que ça n'est pas si grave, en donnant l'impression de gérer la situation, ...)				
Vous réévaluez positivement la situation en modifiant sa signification pour vous-même, en vous vous la représentant plus supportable, en cherchant les points positifs ...				
Il vous arrive de rire d'une situation « stressante » pour vous détendre				
Vous vous accusez d'être la cause du problème, vous vous sentez responsable, vous ressentez de la culpabilité				
Vous réprimez ou supprimez vos émotions, vous niez la réalité				
Vous avez recours à des distractions diverses, vous discutez avec vos collègues, les patients, les familles de choses et d'autres pour vous changer les idées, vous allez aux toilettes juste pour avoir un petit moment de calme, ...				
Vous faites de la relaxation, du sport, vous prenez un bon bain, vous avez recours à des médecines douces, ...				
Vous vous désengagez de la situation (contraire de l'engagement)				
Vous consommez de l'alcool, du tabac, des drogues, des médicaments, des douceurs pour vous sentir mieux, ...				
Vous acceptez la situation et faites avec				
Vous recherchez un soutien émotionnel, la sympathie et la compréhension de quelqu'un pour diminuer vos propres émotions, les rendre supportables, vous vous réservez des espaces au sein de l'équipe pour parler des problèmes rencontrés				
Vous priez, vous demandez de l'aide dans vos prières				
Vous ressentez de l'impuissance ou du désespoir, vous espérez un miracle, vous souhaitez que ce soit différent, ...				
Vous exprimez vos émotions : par exemple par des crises de larmes, un état anxieux, un accès de colère, ...				
Vous vous montrez agressif/ve, irritable, hostile, en colère contre les autres ou vous-même, vous mettez le tort sur les autres, vous vous en prenez aux autres, ...				
Autres : ...				

6. Entre les collègues, les supérieurs hiérarchiques, les autres professionnels, votre conjoint, votre famille, vos amis, ou autres personnes de votre entourage..., recevez-vous un soutien suffisant pour faire face à ce stress vécu au travail ?
Soulignez la réponse qui convient : Toujours / souvent / parfois / jamais
7. A votre avis, est-ce que les moyens que vous utilisez pour gérer votre stress sont suffisants ?
Soulignez la réponse qui convient : Oui / plutôt oui / plutôt non / non
8. Lorsque vous effectuez un remplacement dans un service, auriez-vous besoin de quelque chose en plus pour gérer le stress lié à cette situation? Oui/non
Si oui, quoi ?
.....
.....
.....
.....
9. Avez-vous des propositions ou remarques concernant la gestion du stress pour un(e) infirmier/ère intérimaire qui effectue un remplacement dans un service ?
.....
.....
.....
.....
10. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
Soulignez la réponse qui convient : 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans, 35-39 ans, 40-44 ans, 45-49 ans, 50-54 ans, 55-59 ans, 60 ans et +
11. Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'infirmier/ère ?
Soulignez la réponse qui convient : moins d'1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, 15-19 ans, plus de 20 ans
12. Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'intérimaire ?
Soulignez la réponse qui convient : moins d'1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, 15-19 ans, plus de 20 ans
13. Très approximativement, à quel pourcentage exercez-vous votre activité professionnelle en ce moment ?
14. Avez-vous déjà suivi des cours post-grade, des formations d'une ou plusieurs journées en plus de votre formation de base (sur n'importe quel thème en lien avec les soins)?
Soulignez la proposition qui convient : Non, oui 1 fois, déjà plusieurs fois, je me suis spécialisée (ex. anesthésie, soins intensifs, urgentistes, psychogériatrie, ...)
15. Si oui, avez-vous l'impression que ces formations vous aident à gérer votre stress ?
Soulignez la réponse qui convient : Oui / plutôt oui / plutôt non / non
16. Que pensez-vous de ce questionnaire ? (Cela me permettra d'évaluer mon questionnaire)
.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation

Annexe F : Lettre explicative accompagnant les questionnaires.

Mémoire de fin d'étude sur le stress et le coping chez les infirmières lorsqu'il y a un remplacement effectué par des infirmiers/ères intérimaires

Réalisé par Anne-Catherine Bonvin, étudiante à la HES-SO // Valais Wallis, filière soins infirmiers

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la HES-SO // Valais Wallis, filière soins infirmiers, j'entreprends un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre et d'analyser les différents stressseurs rencontrés dans le cadre du travail des infirmières lorsqu'un remplacement est effectué par un(e) infirmier/ère intérimaire dans leur service ainsi que les mécanismes mis en place pour y faire face. Directement concerné(e) par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

A titre indicatif, voici une brève définition du stress et du coping :

- **Stress** : relation particulière qui s'établit entre l'individu et son milieu. Cette relation est considérée par l'individu comme trop contraignante, oppressive ou menaçante pour son bien être.
- **Coping** : appelé également stratégie d'ajustement, il signifie l'ensemble des processus qu'un individu met entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer, ou diminuer, l'impact de celui-ci sur son bien-être psychologique et physique, de sorte que la représentation du stress se modifie.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude. Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Si vous acceptez de participer, je vous remercie de répondre au questionnaire ci-joint. Si vous refusez, ne répondez tout simplement pas à celui-ci. Cela n'aura aucune conséquence négative sur vous. Si certaines questions vous dérangent, vous êtes libre de ne pas y répondre.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles. Les questionnaires seront détruits dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin 2008.

Par ce questionnaire, je ne cherche pas à porter de jugement, mais à avoir une vision globale du stress et des moyens utilisés par les infirmiers/ères pour y faire face. Il n'y a pas de réponse juste ou fausse. Chaque personne est différente, un tel moyen conviendra mieux à une personne qu'à une autre. Dans cette optique, n'ayez pas peur d'oser cocher la réponse qui convient le mieux à votre vécu.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre cette notion de stress-coping lors d'un remplacement effectué par un(e) infirmier/ère intérimaire.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contacts :

Bonvin Anne-Catherine, étudiante à la HES-SO // Valais Wallis, filière soins infirmiers.

Rte de Miège 15

3968 Veyras

bonvanne@students.hevs.ch

077 / 419 09 08

Kamerzin Bernard, directeur de mémoire de fin d'étude à la HES-SO // Valais Wallis

Annexe G : Principaux motifs d'abandon prématuré de la profession infirmière

Voici les principaux **motifs d'abandon prématuré de la profession infirmière** selon Jasseron, C., Estryn-Behar, M., Le Nezet, O. & Rahhali, I. :

- le manque de soutien psychologique,
- le nombre insuffisant de personnel,
- les attentes professionnelles non satisfaites,
- la pression du temps,
- la dégradation des soins qui accompagne la pression du temps,
- le manque de temps pour les soins,
- une qualité de travail insatisfaisante,
- une surcharge de travail,
- un manque d'opportunité de développement professionnel,
- un manque de promotion,
- un salaire bas,
- l'équilibre vie privée/vie professionnelle,
- le besoin de prendre soin de ses enfants,
- l'organisation des horaires de travail.

« Ces motifs diffèrent peu selon le grade, sauf pour la qualité des soins à laquelle IDE²⁰¹ et IDE Spé²⁰² sont nettement plus sensibles que les autres catégories professionnelles. Ces motifs diffèrent peu selon que les soignants aient simplement changé de mode d'exercice soignant ou d'établissement ou qu'ils aient complètement quitté les soins alors qu'ils n'avaient pas l'âge de la retraite. »²⁰³

²⁰¹ = Infirmière Diplômée d'Etat

²⁰² = Infirmière Diplômée d'Etat Spécialisée

²⁰³ JASSERON, C. [et al.], Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignant, p.48

Annexe H : liste de maladies provoquées par le stress dressée par Selye.

Voici la liste de **maladies provoquées par le stress**:

- « hypertension,
- cardiopathies et maladies vasculaires,
- néphropathies,
- éclampsie,
- affections rhumatismales et polyarthrite rhumatoïde,
- maladies inflammatoires de la peau et des yeux,
- infections,
- allergies et hypersensibilité,
- maladies nerveuses et mentales,
- troubles sexuels,
- maladies digestives,
- troubles du métabolisme,
- cancer et troubles généralisés qui affectent la résistance de l'organisme. »²⁰⁴

²⁰⁴ SMELTZER, Suzanne, BARE, Brenda, Soins infirmiers médecine et chirurgie, op.cit., p. 512

Annexe I : Graphiques représentant la relation entre âge et ancienneté chez les infirmières de mon échantillon ayant un poste fixe :

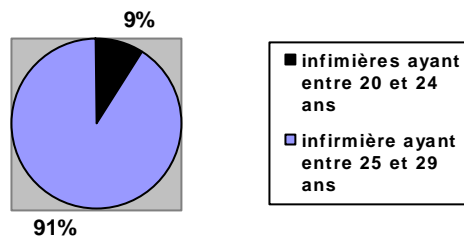


Figure 60 : Répartition des infirmières travaillant depuis 1 à 4 ans dans la profession.

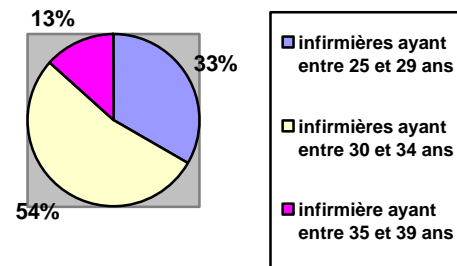


Figure 61 : Répartition des infirmières travaillant depuis 5 à 9 ans dans la profession.

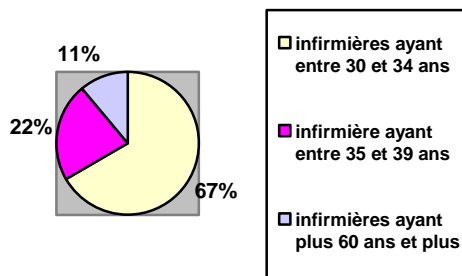


Figure 62 : Répartition des infirmières travaillant depuis 10 à 14 ans dans la profession.

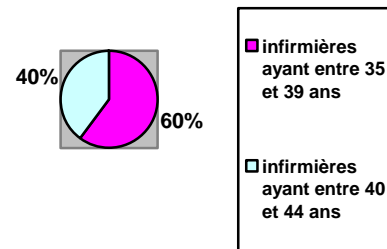


Figure 63 : Répartition des infirmières travaillant depuis 15 à 19 ans dans la profession.

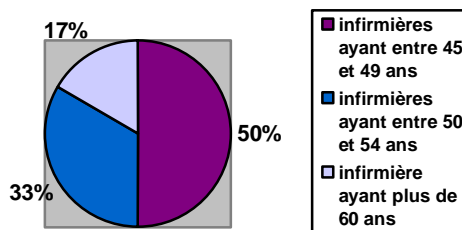


Figure 64 : Répartition des infirmières travaillant depuis plus de 20 ans dans la profession.

Annexe J : Graphiques représentant la relation entre âge et pourcentage de travail chez les infirmières de mon échantillon ayant un poste fixe :

La place à vingt pour cent est occupée par une personne ayant entre trente-cinq et trente-neuf ans. Pour les pourcentages plus grands de travail, voici les représentations graphiques :

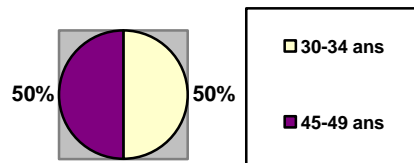


Figure 65 : Répartition des âges pour les personnes travaillant à 40%.

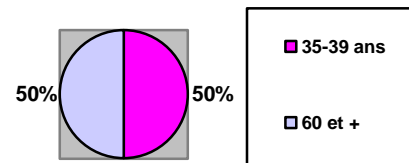


Figure 66 : Répartition des âges pour les personnes travaillant à 50%.

En ce qui concerne les places à soixante pour cent, elles sont occupées par des personnes ayant entre vingt-cinq et vingt-neuf ans.

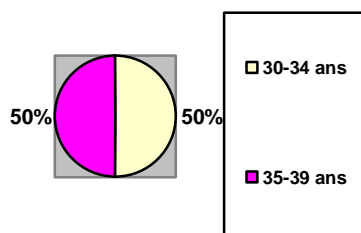


Figure 67 : Répartition des âges pour les personnes travaillant à 70%.

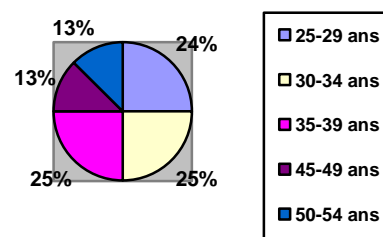


Figure 68 : Répartition des âges pour les personnes travaillant à 80%.

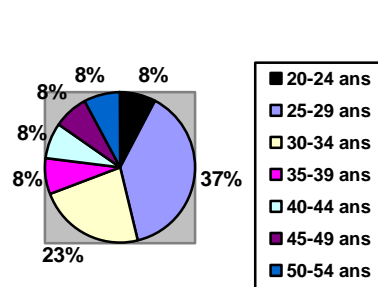


Figure 69 : Répartition des âges pour les personnes travaillant à 90%.

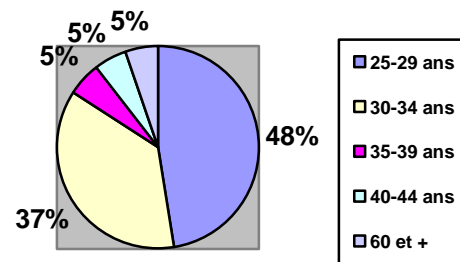


Figure 70 : Répartition des âges pour les personnes travaillant à 100%.

Annexe K : Graphiques représentant la relation entre l'ancienneté en tant qu'infirmière intérimaire et l'âge :

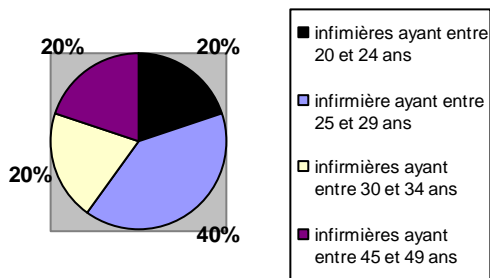


Figure 71 : infirmières travaillant depuis moins d'un an (sur 5 personnes).

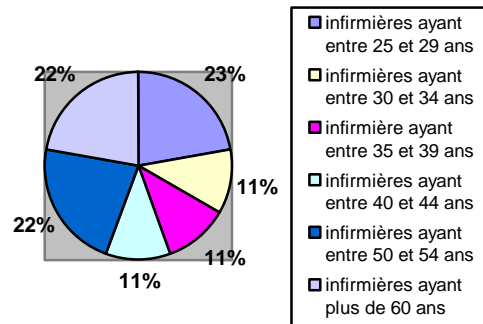


Figure 72 : infirmières travaillant depuis 1 à 4 ans (sur 9 personnes).

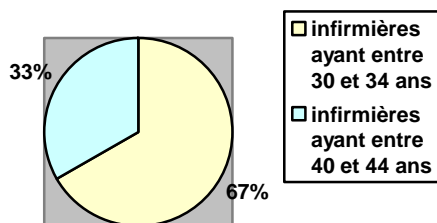


Figure 73 : infirmières travaillant depuis 5 à 9 ans (sur 3 personnes).

Annexe L : Contrôle perçu par les infirmières de mon étude.

Voici un tableau présentant la répartition des réponses à la question concernant le contrôle perçu. Les commentaires suivent le tableau.

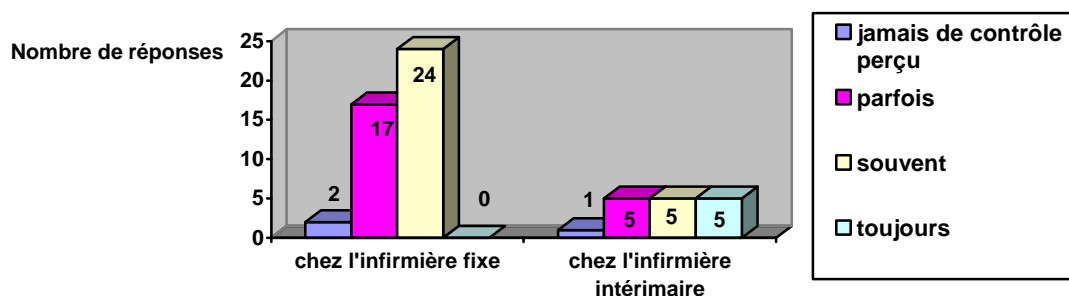


Figure 74 : Répartition des fréquences par rapport au contrôle perçu sur les agents stressants (sur 43 et 16 réponses).

Pour les infirmières fixes : ce type de répartition était à prévoir, mais aurait-il été différent si j'avais mis des propositions de réponses plus précises ? Au vu des remarques émises sur la question numéro six utilisant également ces mêmes adverbes mais agrémentés de fréquences de temps plus précises (ex. quelquefois par mois, par semaines, tous les jours), je n'en suis pas si sûre. De nombreuses infirmières ont dit avoir eu de la peine à se positionner face à des fréquences si précises... Pour en revenir aux réponses de cette quatrième question pour les infirmières fixes, il ressort assez évidemment que les infirmières ont entre « parfois » et « souvent » du contrôle sur les éléments qui les stressent, avec une majorité de « souvent ». Il est vrai que ces adverbes sont larges de signification. Cela dépend de ce que chaque infirmière met derrière ces termes. Mais dans l'ordre chronologique proposé, même si je n'ai aucune idée de la fréquence objective de ce contrôle, le « souvent » indique quand même que ces infirmières ont du contrôle sur les stressseurs auxquels elles sont confrontées à une plus grande fréquence que celles qui ont répondu « parfois ».

Je ne suis pas étonnée que personne n'ait répondu avoir « toujours » du contrôle sur ces stressseurs. Le « toujours » est une réponse catégorique et les infirmières ont l'air tout à fait consciente de leur capacités et limites.

Deux infirmières m'ont répondu n'avoir « jamais » de contrôle sur les stressseurs professionnels auxquels elles sont confrontées. A nouveau, le « jamais » est très ou trop catégorique. J'aurais peut-être dû rajouter « jamais ou presque jamais ». Je pense que ces infirmières l'ont compris de cette façon, parce que je doute fort qu'elles n'aient vraiment jamais de contrôle sur les situations stressantes. Mais si quand bien même j'avais rajouté la mention « presque jamais » est-ce que plus d'infirmières l'auraient choisie ? Peut-être que oui. Mais il est vrai qu'il n'est pas très valorisant de dire que l'on n'a pas ou peu de contrôle sur la situation, même si la recherche est anonyme. Je pense également que cette réponse peut être largement influencée par la journée qu'a passée l'infirmière avant de répondre au questionnaire. En effet, si elle n'a fait que courir et n'est pas satisfaite de sa journée, elle répondra plus facilement qu'elle n'a pas eu de contrôle sur les agents stressants rencontrés, alors que si la journée a été plutôt calme, elle aura eu l'impression d'avoir plus de contrôle. Pour vérifier ce dernier point, j'aurais pu demander de décrire très brièvement la journée en cours par quelques adjectifs proposés.

Dans mon cadre de référence je précisais que le contrôle perçu« [...] est *relativement spécifique* (il est fonction d'une situation particulière) et *transitoire* (c'est un état

momentané) [...]. »²⁰⁵ Dans mon étude, n'ayant pas demandé d'évaluer une situation particulière d'un moment particulier, les infirmières ont répondu de manière générale, par rapport à leur ressenti en général. J'aurais pu relier cette question aux différents types de stressseurs professionnels et voir pour quels types de stressseurs un contrôle était perçu et à quelle fréquence, mais cela aurait considérablement allongé mon questionnaire. J'ai donc dû faire des choix, quitte à perdre des informations au profit d'un plus grand nombre de questionnaires en retour.

J'ai recherché un lien entre contrôle perçu est satisfaction au travail et voici ce que j'ai trouvé : sur les deux personnes m'ayant répondu ne pas avoir de contrôle sur les stressseurs rencontrés, une n'a pas répondu et l'autre a répondu être moyennement (5/10) satisfaite de sa situation de travail. Pour les personnes ayant « parfois » ou « souvent » du contrôle il y a une légère différence. Les personnes disant avoir « parfois » du contrôle sur les éléments qui les stressent ont une moyenne de satisfaction à cinq virgule six sur dix et chez les personnes disant avoir « souvent » du contrôle, cette moyenne est à six virgule quatre sur dix. Dans mon échantillon, les personnes sont donc légèrement plus satisfaites de leur situation de travail quand elles ont l'impression d'avoir plus de contrôle sur ce qui les stress. J'imagine qu'il est plus valorisant d'avoir du contrôle sur ce qui nous stresse et que l'on en retire une certaine satisfaction.

Pour les infirmières intérimaires : à nouveau, il y a peu d'infirmières ayant répondu n'avoir jamais de contrôle sur ce qui les stresse. Par contre, cinq infirmières intérimaires disent avoir toujours du contrôle sur les stressseurs professionnels. Ayant vécu de nombreuses situations diverses, peut-être qu'elles ont plus confiance en elles parce que se sentant plus prêtes à affronter n'importe quelle situation. Ou peut-être, riches de toutes ces expériences diverses, elles ont augmenté leur capacité à relativiser, à moins se sentir obligées de tout maîtriser dans les détails, qu'elles arrivent mieux à se fixer sur l'essentiel.

J'ai examiné d'autres causes potentielles en recherchant un rapport entre le contrôle et quelques variables et voici ce que j'ai trouvé. Je n'ai pas mis ces résultats sous forme de graphiques afin d'éviter une overdose de diagrammes au lecteur.

En moyenne, les infirmières intérimaires qui disent avoir toujours du contrôle sur ce qui les stresse sont un peu plus formées que les infirmières qui ont moins souvent du contrôle (en moyenne plusieurs formations pour les personnes disant avoir toujours du contrôle et plutôt une seule formation post grade pour celles n'ayant pas toujours du contrôle). De même, les infirmières disant avoir l'impression que ces formations aident à gérer le stress ont plus de contrôle sur ce qui les stresse. Cela signifie que ces infirmières se rendent compte que le fait de se former augmente leurs ressources vis-à-vis du stress.

Plus les infirmières intérimaires de mon échantillon ont répondu qu'elles ont du contrôle sur ce qui les stresse et moins elles se disent stressées par un manque de confiance en elles.

Je ne trouve pas de rapport entre le contrôle perçu et l'âge, ni avec l'ancienneté, ce qui est logique, puisque l'ancienneté augmente avec l'âge, dans la majeure partie des cas.

Le reste des infirmières intérimaires de mon échantillon ont répondu de manière égale qu'elles avaient l'impression de « parfois » avoir du contrôle et de « souvent » avoir du contrôle sur ces éléments stressants. A nouveau, il s'agit des deux propositions centrales et où se situe la limite entre les deux ?

²⁰⁵ BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes, op.cit., p.311

Annexe M : Soutien perçu par les infirmières de mon étude.

Voici l'autre volet de l'évaluation secondaire du stress. Je présente ci-dessous un tableau des résultats obtenus que je commenterai ensuite.

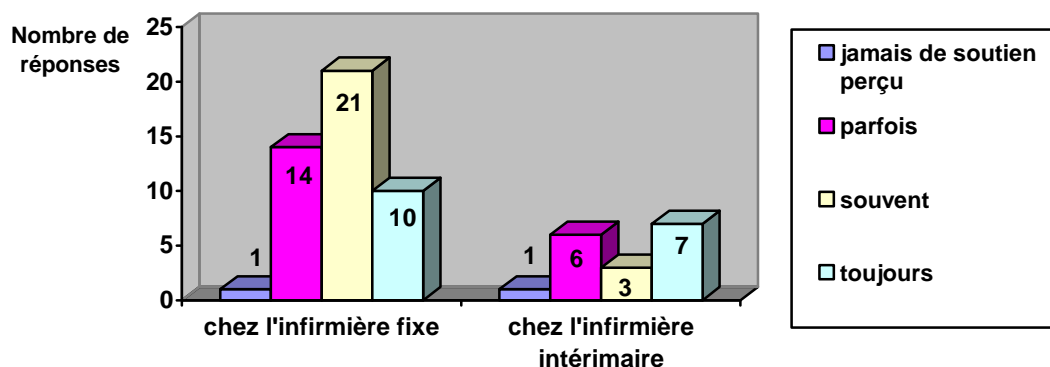


Figure 75 : Répartition des réponses en fonction du soutien perçu (sur 46 et 17 réponses).

Pour les infirmières fixes : il y a à nouveau la tendance centrale qui prédomine, mais cette fois avec des infirmières qui ont répondu avoir toujours un soutien suffisant. Plusieurs infirmières m'ont écrit ne pas recevoir un même soutien de tout le monde et déplorer un manque de soutien et d'écoute de la part des supérieurs hiérarchiques (soutien d'estime). Je rappelle qu'il existe les formes de soutien suivantes : le soutien émotionnel, intégratif, informatif, matériel et d'estime et qu'il peut être perçu en fonction de sa qualité (satisfaction) et de sa quantité (disponibilité)²⁰⁶. Cette septième question seule ne me donne pas d'information sur le type de soutien perçu, mais les infirmières m'ont inscrit des commentaires précieux qui m'ont permis de proposer quelques explications.

Pour les infirmières intérimaires : j'obtiens une majorité de « toujours » du soutien perçu avec un deuxième maximum concernant les « parfois » du soutien perçu. Ce graphique n'est pas très explicite. J'attribue cela à mon petit nombre de réponse. Il se peut également que ces réponses soient largement influencées par le type de mission en cours, la distance entre le lieu de travail et le lieu de domicile ainsi que l'entente avec les collègues de travail de la mission en cours, mais dans mon questionnaire, je n'ai pas de moyens de vérifier ces hypothèses.

Relation entre les deux : En ce qui concerne la réponse « toujours », peut-être que les infirmières intérimaires ressentent plus facilement le soutien, quelque part obligatoire, des collègues travaillant de manière fixe dans le service, qui leur explique comment se passe le travail dans leur service et leur donne des conseils. Dans ce cas, il s'agit d'un soutien informatif.

Quant aux infirmières ayant un poste fixe et qui connaissent leur travail, elles ressentent peut-être moins le soutien des collègues et aimeraient avoir plus de soutien de la part de la hiérarchie, comme me l'ont écrit certaines de ces infirmières. Elles souhaiteraient probablement recevoir plus de soutien d'estime.

²⁰⁶ Notions présentées dans le cadre de référence au chapitre 5.2.2.2.

Annexe N : Graphiques en surplus par rapport aux stresseurs professionnels.

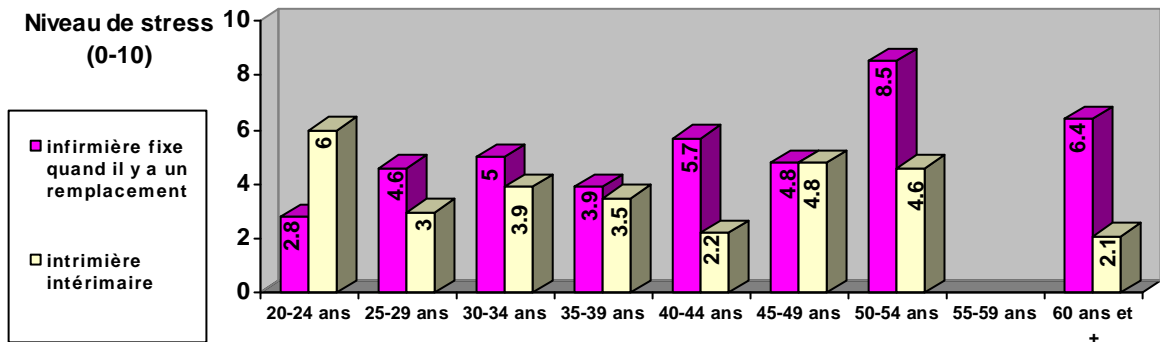


Figure 76 : Rapport entre le niveau de stress provoqué par des stresseurs de l'environnement psychologique et l'âge.

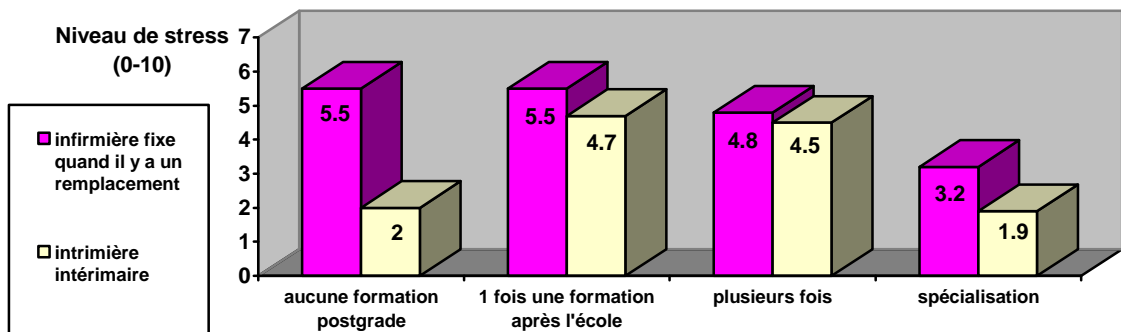


Figure 77 : Rapport entre le niveau de stress provoqué par des stresseurs de l'environnement psychologique et le niveau de formation.

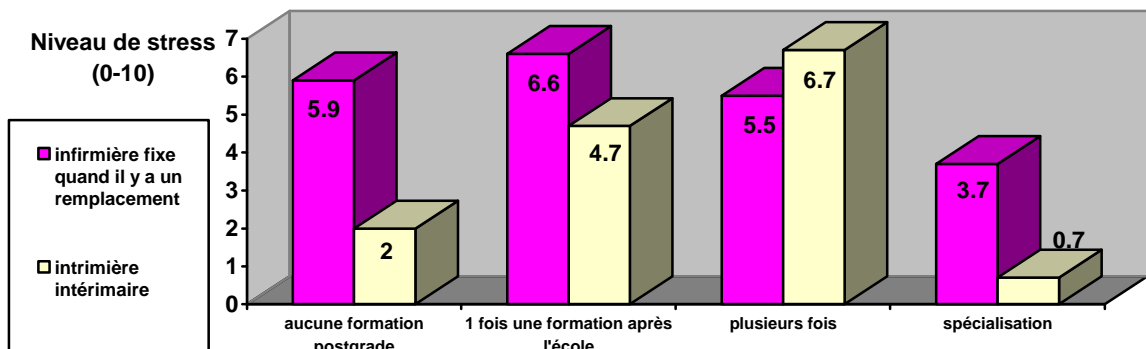


Figure 78 : Rapport entre le niveau de stress provoqué par des stresseurs de l'environnement social et le niveau de formation.

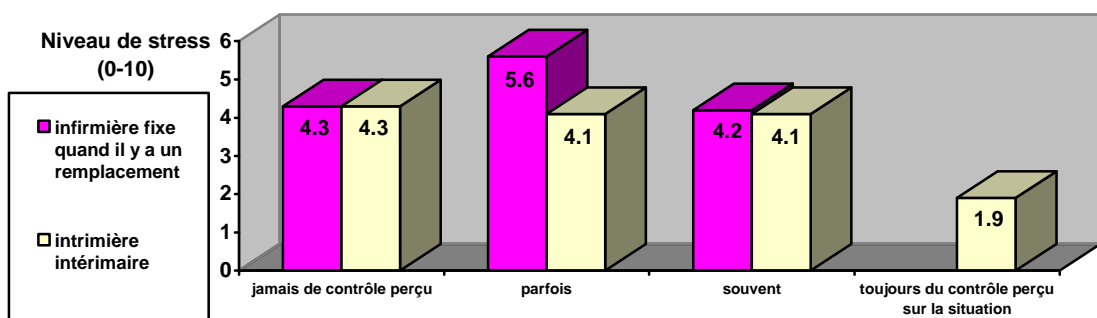


Figure 79 : Rapport entre le niveau de stress provoqué par des stresseurs de l'environnement psychologique et le contrôle perçu.

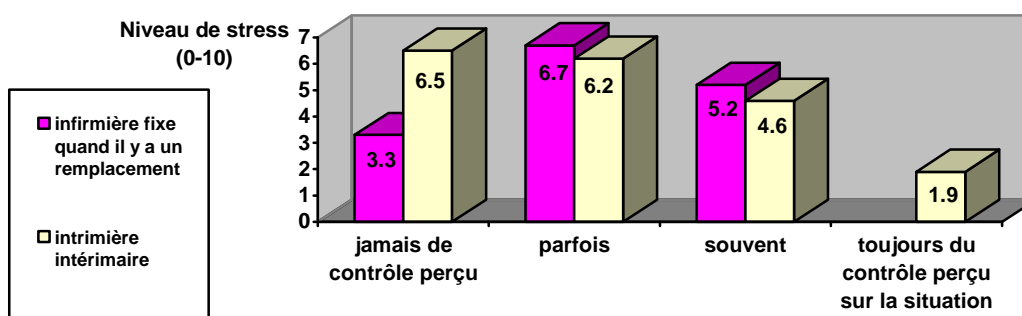


Figure 80 : Rapport entre le niveau de stress provoqué par des stressseurs de l'environnement social et le contrôle perçu.

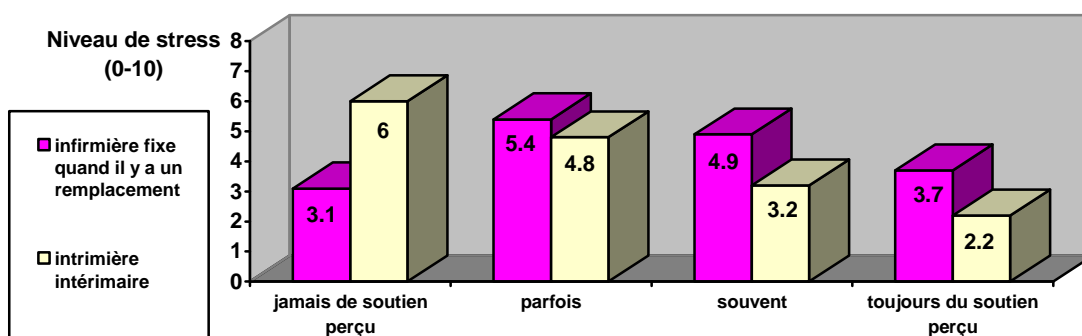


Figure 81 : Rapport entre le niveau de stress provoqué par des stressseurs de l'environnement psychologique et le soutien perçu.

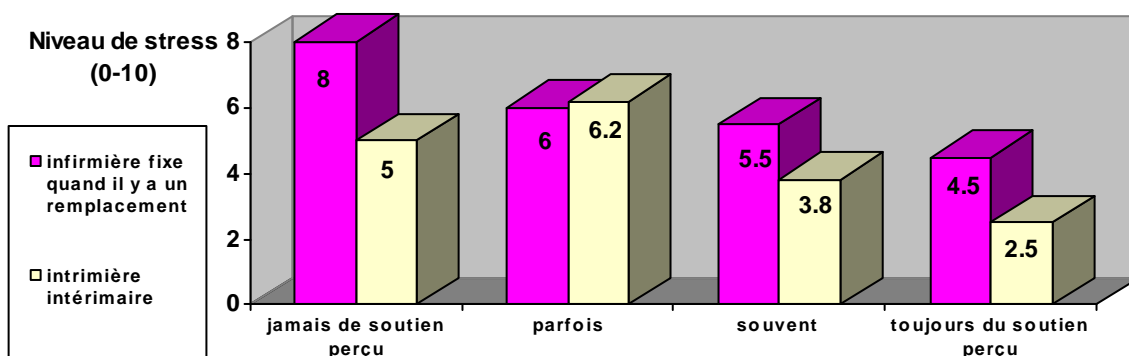


Figure 82 : Rapport entre le niveau de stress provoqué par des stressseurs de l'environnement social et le soutien perçu.

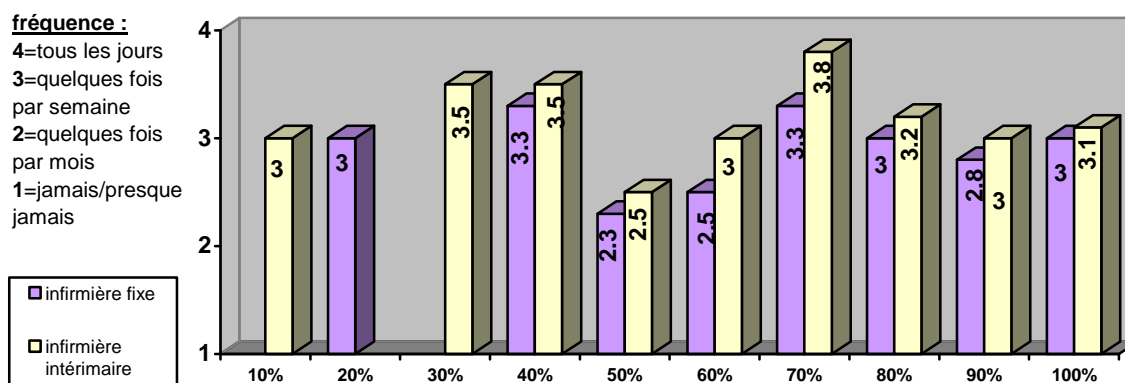


Figure 83: Fréquence des différentes formes de coping centré sur le problème en lien avec le pourcentage de travail.

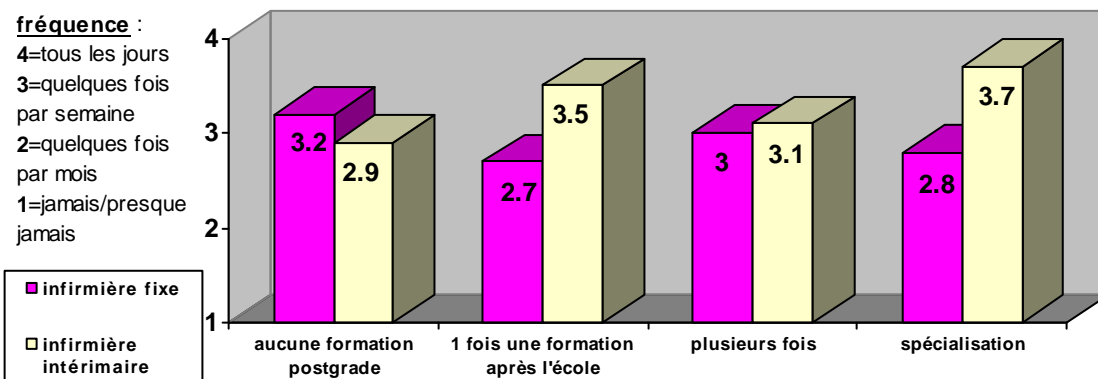


Figure 84: Fréquence des différentes formes de coping centré sur le problème en lien avec le niveau de formation.

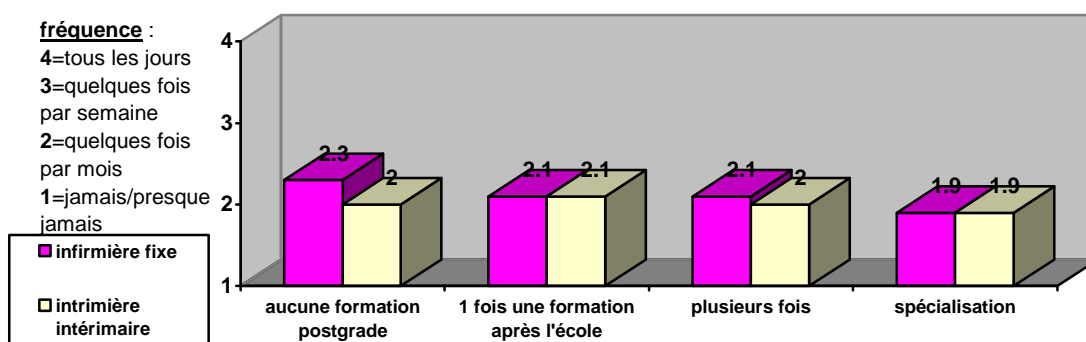


Figure 85: Fréquence des différentes formes de coping centré sur les émotions en lien avec le niveau de formation.

Déclaration

J'affirme avoir mené seule cette étude.

Pour ce faire, j'ai eu recours à différentes sources :

- Les différentes sources bibliographiques, cybérographiques et filmographiques mentionnées plus haut.
- Les conseils et indications de Mme Chris Schopf concernant la méthodologie.
- Le suivi ainsi que les conseils de mon directeur de Mémoire M Bernard Kamerzin.
- Des entretiens et conseils de Mme Fabienne Masserey, ancienne clinicienne et à présent ICUS.
- Des entretiens téléphoniques avec des responsables du domaine de la santé de différentes agences intérimaires.
- Des entretiens téléphoniques avec différentes ICS.
- Des entretiens avec des infirmières de ma connaissance lors de ma phase exploratoire.
- Les infirmières d'un service de médecine qui ont bien voulu tester mon questionnaire.
- Les conseils de mes collègues de classe.
- Les infirmières des services de médecine et chirurgie qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire.
- Les infirmières intérimaires qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire.
- Ma mère, mon père et une amie infirmière pour la correction du français et de l'orthographe.
- Mon frère et mon ami pour des conseils informatiques.