

Faculté des sciences infirmières



*Insatisfaction au travail
et taux de roulement (turn over) élevé
chez les infirmières :
comment interpréter
et remédier à ces problématiques ?
L'éclairage de la psychodynamique du travail.*



Marie ALDERSON
USJ, 5 décembre 2014

Université de Montréal

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières

Marie Alderson©, 2014



L'exposé

1. Présentera les tenants, les aboutissants de la psychodynamique du travail;
2. Illustrera ces éléments au moyen de résultats d'études réalisées auprès des infirmières.

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières

Marie Alderson©, 2014



3. Se terminera par une période de discussion entourant l'intérêt de cette approche pour éclairer le vécu des infirmières dans une perspective de satisfaction et de rétention accrues des infirmières en poste.

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières

Marie Alderson©, 2014



La psychodynamique du travail (PDT)
fut développée au début des années 1970 en France (Paris),
par **Christophe Dejours**,
psychiatre et médecin du travail.



La psychodynamique du travail (PDT)

= une science sociale,
= une approche interdisciplinaire de recherche
ayant pour but de **mieux comprendre**
avec et à partir du vécu des travailleurs
(infirmières)
ce qui soutient ou fragilise
leur santé mentale (psychique) au travail.



*La psychodynamique du travail s'intéresse à l'O.T.
comme:*

- source de plaisir et de souffrance au travail et
- possible déclencheur de stratégies défensives déployées par les travailleurs pour se protéger contre la souffrance; ces stratégies ont cependant un coût humain à plus ou moins long terme.



La PDT vise l'émergence de pistes de solution
énoncées par les participants eux-mêmes
(recherche-action) en vue :

- d'améliorer leur qualité de vie au travail et
- de réinjecter du plaisir dans le travail.

Les chercheurs en PDT ne sont pas des experts de la santé mentale d'autrui mais des facilitateurs d'identification et de prise de conscience des sources de plaisir et de souffrance au travail.



La PDT

- étudie et s'intéresse à la dimension « humaine » du travail;
- elle aide à mieux "comprendre" ce qu'est le travail humain, ce que l'humain injecte, investit, engage de lui-même dans le travail,
- ce que ce travail représente et constitue pour lui comme moyen ou non de construction de son identité,
- comment le travail, tel qu'il est organisé, agit sur lui.



La psychodynamique du travail

1. prend appui sur
la sociologie de la santé,
la sociologie du travail,
la sociologie de la communication
et
2. bénéficie d'un éclairage psychanalytique s'appuyant
sur la théorie freudienne.



La théorie psychanalytique nous apprend que tout être humain est animé par un élan créateur qui va, selon l'organisation du travail rencontré: **être stimulé** et contribuer ainsi à la construction identitaire et à l'accomplissement du travailleur
ou **être entravé** et induire ainsi des sources de souffrance au travail.



La PDT révèle l'importance du travail dans la vie d'un sujet.

En effet,
si le travail humain transforme le monde, une société,
il transforme aussi le sujet (le travailleur).

Par le travail,
l'infirmière, l'intervenante sociale, le psychologue,
l'orthophoniste, la diététicienne, ...
se transforment.



Le travail
contribue à faire « advenir » le sujet (Dejours, 1993):

Il révèle le sujet à lui-même:

Qui suis-je?
De quoi suis-je capable?
De quoi ne suis-je pas capable?
Quel humain suis-je?

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



Le travail comprend, implique un rapport

à soi,
à l'autre
au monde.

11

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



Pour la PDT, le travail est le lieu où **l'identité** de l'individu se construit (par l'entremise, entre autres, de la reconnaissance par autrui quant à l'utilité et la beauté du travail accompli).

L'identité d'une personne est pour la PDT, l'armature de sa santé mentale (Dejours, 1993).

Si l'identité d'une personne est fragilisée, sa santé mentale sera fragilisée.

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



L'identité est à distinguer de la « personnalité ».

La psychologie définit la personnalité comme cette part de nous-mêmes qui s'organise très tôt en structure de personnalité et qui ne se modifie guère au fil du temps.

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



L'identité réfère à la part instable en nous (Molinier, 2008):

- celle qui est toujours en devenir,
- celle qui évolue en fonction de ce que l'on vit comme réussites ou échecs,
- celle qui est donc imprédictible car tributaire de ce que va vivre le sujet,
- celle qui n'est jamais définitivement stabilisée.

L'identité est une conquête permanente.



La psychanalyse nous apprend
que
la construction de l'identité
demeure toujours inachevée
et
que sa conquête
se joue quotidiennement au travail.



Les études en PDT révèlent que
**le travailleur est avant tout
un sujet en quête
de construction identitaire,
de réalisation, d'accomplissement;**
**il a le souhait que le travail qu'il a choisi
va lui permettre de se réaliser comme personne,
comme sujet.**
Si tel n'est pas le cas,
la souffrance psychique surgit.



Pour la PDT,
la construction identitaire est « relationnelle »
(on ne la construit pas seul);

le sentiment d'être soi
passe par la confirmation par autrui

(d'où la centralité de la reconnaissance)
(Molinier, 2008).



**L'identité nécessite
une confirmation
(par soi mais aussi par autrui)
régulièrement réitérée**

(Dejours, Dessors & Molinier, 1994).

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



"Je ne peux pas découvrir isolément mon identité: je la négocie dans un dialogue, en partie extérieur, en partie intérieur. Ma propre identité dépend essentiellement de mes relations dialogiques avec les autres" (Taylor, 1992, p. 48).

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



La construction de l'identité - et par ricochet, la santé mentale - débute dans la sphère privée dès l'enfance autour de la quête d'amour, et se poursuit, arrivé à l'âge adulte, dans la sphère sociale du travail, autour de la quête de reconnaissance auprès des supérieurs, collègues, patients.

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



Pour la PDT, la véritable reconnaissance s'actualise par l'octroi au travailleur, de l'autonomie et du pouvoir sur les actes pour lesquels il est formé et au-regard desquels il est responsabilisé; le manque de reconnaissance s'exprime, entre autres, par leur non-octroi.

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



La reconnaissance passe par les jugements d'utilité du travail réalisé (porté par les supérieurs et les patients) et de beauté du travail accompli (porté par les pairs en conformité avec les normes et règles professionnelles)



C'est par le biais de la reconnaissance d'autrui
(supérieurs, pairs, patients)
que le travail
joue son rôle de constructeur d'identité.



Les conditions (selon la PDT) pour que le travail
soit un facteur de santé:

- le travail doit permettre à la personne
- de se définir (en tant que personne),
 - de se développer dans ses compétences (se réaliser),
 - d'offrir un service conforme à ses critères de qualité et à ses valeurs
et reconnu par ses pairs et supérieurs.



La psychodynamique du travail
s'inscrit dans le paradigme
des sciences critiques de la société
en livrant une analyse compréhensive critique
des effets d'une société et des valeurs qu'elle véhicule
et instille dans les diverses organisations du travail
sur
le travail et la santé des travailleurs.



La PDT se rattache aussi au
paradigme de la recherche-action ou participative
en interpellant collectivement (entrevues collectives)
les travailleurs afin que ceux-ci énoncent ensemble
à partir de leur analyse du travail vécu par eux
des propositions de révision ou de réorganisation
de leur travail de manière à rendre ce travail
plus favorable à leurs désirs de construction identitaire
et soutienne ainsi leur santé mentale.



La psychodynamique du travail

- ne traite ni de chiffres, ni de statistiques (n'étant pas une approche quantitative);
elle traite:
- **d'expériences vécues, ressenties, éprouvées, perçues;**
- **de sources de plaisir et de souffrance au travail** (il s'agit d'une **approche qualitative/compréhensive**).



L'analyse de la PDT
se centre sur l'analyse entre :
d'une part, un sujet
et
d'autre part, une situation de travail.



L'analyse de la PDT centre son regard sur l'analyse entre
d'une part, un sujet
porteur d'une histoire singulière et
d'une identité en cours de construction
lesquelles se déclinent par des
désirs d'accomplissement qui lui sont propres
et **d'autre part, une situation de travail**
empreint par des modalités organisationnelles
déterminées le plus souvent
indépendamment des désirs de construction identitaire
et d'accomplissement des travailleurs.



L'analyse est dite « psychodynamique »:

- « **psycho** »: parce que l'analyse investigate ce qui se passe au niveau « psychique » chez les travailleurs;
- « **dynamique** »: parce que l'analyse considère ce que le travailleur va déployer comme dynamiques (défensives et autres) dans sa confrontation avec les situations de travail qui ont été déterminées (structurées, organisées) le plus souvent sans sa participation et risquent ainsi de ne pas rencontrer et d'aller à l'encontre de ses désirs de construction identitaire et d'accomplissement.



Les études en PDT révèlent que :

- face à des structures plus ou moins rigides et contraignantes, les travailleurs vont « ruser » au niveau de l'organisation du travail pour que le travail se fasse de manière conforme à leurs critères de qualité et en rejoignant le plus possible **leurs désirs de construction identitaire et d'accomplissement au travail.**



Les études en PDT révèlent aussi :

- que les travailleurs déploient diverses stratégies défensives lorsqu'ils perçoivent qu'ils ne peuvent pas ou plus agir sur l'organisation du travail ou ruser avec celles-ci: pour se protéger et atténuer la perception de la souffrance, ils développent alors des stratégies habituellement perçues par les cadres et les gestionnaires comme étant des problèmes (car généralement contre-productives) alors que ces attitudes sont à comprendre comme des symptômes d'un mal-être au travail.



Une organisation du travail qui soutient la santé des travailleurs est une O.T. souple, laissant une marge de manœuvre et de liberté aux travailleurs pour qu'ils puissent faire face aux nombreuses situations imprévues (non-anticipées par l'O.T.)

solutionner les situations problématiques rencontrées en faisant appel à leurs « **savoirs de métier** », à leur **inventivité et ingéniosité professionnelles d'experts du travail (soins infirmiers)** pour lequel ils se sont longuement formés, au regard duquel ils sont responsabilisés et pour lequel ils sont imputables.



Les études en PDT nous apprennent aussi que
le travail réel
dépasse toujours ou va toujours au-delà
du travail prescrit.

Univer
de M

Marie Alderson©, 2014

recrute des sciences infirmières



En d'autres termes,
il existe et existera toujours
un décalage
entre le travail prescrit
et
la réalité concrète des situations de
travail.

Univer
de M

Marie Alderson©, 2014

recrute des sciences infirmières



Le plus souvent, le travail
ne pourrait se faire,
ne pourrait se réaliser
si le travailleur s'en tenait
à la stricte exécution
de la prescription de travail qui lui est
faite.

Univer
de M

Marie Alderson©, 2014

recrute des sciences infirmières



Le chemin à parcourir
entre
le prescrit et le réel,

doit être
à chaque fois
inventé
par le sujet qui travaille.

Univer
de M

Marie Alderson©, 2014

recrute des sciences infirmières



Aussi n'existe-t-il
et
n'existera-t-il jamais

de travail
de simple ou de stricte exécution,

c'est-à-dire
sans investissement subjectif
de la part du travailleur.



Travailler c'est « trouver »

(Molinier, 2008, p. 113).



Le plaisir dans le travail, le sens au travail
sont générés par
la mobilisation
de l'intelligence créatrice
dans des tâches qui permettent cela.
Toutes les tâches ne le permettent pas (routine,
monotonie, ...).



Comme le note Pascale Molinier :

« [...] *quand des gens font une œuvre,*
ils s'aiment mieux »

(2008, p. 166).



Un enseignement de la PDT
dans une perspective de santé mentale au travail
est d'inviter les gestionnaires à
reconnaître à leur juste valeur
cette part invisible du travail complexe des
travailleurs,
cette ingéniosité déployée par eux
afin que le travail puisse se faire
et soit réellement fait.



La mise en visibilité
de la complexité d'un travail,
de l'ingéniosité et du savoir-faire
que requièrent les tâches
contribue à la réappropriation par le travailleur
de l'estime de soi
et à un respect accru
de la part des autres travailleurs
en regard de **l'utilité et de la beauté
du travail accompli.**



La souffrance dans le travail commence

- là où la part créative dans le travail s'estompe,
- là où l'organisation prescrit tout le travail sans
laisser de marge d'autonomie et de liberté
d'action au travailleur,
- là où le travailleur n'a pas la part d'autorité et
de pouvoir sur le travail pour lequel il est
formé et au regard duquel il es responsabilisé.



Comme nous l'avons vu,
afin que le travail soit un facteur de santé
le travail doit permettre au travailleur:

- **de se définir** (en tant que personne),
- **de se développer** dans ses compétences (se
réaliser),
- **d'offrir un service conforme** à ses critères de
qualité et à ses valeurs
et reconnu par ses pairs et supérieurs.



Qu'en est-il chez les infirmières?

Illustration au moyen
de deux autres enquêtes de PDT
en établissement de soins de longue durée
(Alderson, 2008, 2009b, 2010a, 2010b)



Ce qui donne sens au travail des infirmières se sont les soins relationnels (Alderson, 2008, 2009b, 2010a, 2010b) :

*« Ce que j'aime, c'est la relation d'aide. »
« Le cœur de notre pratique, c'est la relation. »*



**Malheureusement,
dans le contexte actuel
de pénurie d'effectifs,
de quête d'efficacité maximale,
les soins relationnels
se vivent de moins en moins au quotidien
(Alderson, 2008, 2009b, 2010a, 2010b) :**



« On n'a plus beaucoup de temps à leur accorder ».

*« Avant, nous étions très proches des patients,
nous leurs dispensions des soins
pour leur mieux-être.
Depuis peu, nous sommes passées
à un rôle de gestion,
on participe à la gestion de l'unité,
on gère les paperasses ... ».*



*« Je me sens de plus en plus éloignée
de mon patient ».*

« On a perdu notre identité ».

(Alderson, 2008, 2009b, 2010a, 2010b)



Les infirmières ont le sentiment de **travailler mal** (Alderson, 2008, 2009b, 2010a, 2010b) :



*"Nos tâches infirmières,
on les accomplit en éprouvant une
insatisfaction parce qu'on ne les
accomplit pas
comme on aimerait les accomplir;
elles finissent par être bâclées".*



Elles ont le sentiment de ne pas réaliser un travail de qualité :
*« J'ai des frustrations énormes.
Je me dis que j'aurais pu faire telle
chose pour le patient
et telle autre
mais faute de temps,
je n'en ai fait aucune.
J'éprouve alors des remords ».* (...)



*« Je lui ai donné ses pilules mais le travail
d'infirmière, ce n'est pas juste de donner des
pilules. Il y a tout le reste! On est obligé de
fermer les yeux sur bien des choses, bien des
besoins. C'est ça qui est dur ».*
*« On n'a plus le temps de masser,
d'installer confortablement les résidents!
On le fait le mieux qu'on peut
mais on n'arrive plus à faire les choses
avec le soin et la délicatesse qu'on voudrait
parce qu'on est pressé ».*



Il résulte de ce contexte de travail
un sentiment de
manque d'accomplissement professionnel.

La situation génère **une tension psychique**
liée au sentiment
pernicieux et dangereux pour la santé mentale
qu'induit un travail perçu comme mal fait
(Alderson, 2008, 2009b, 2010a, 2010b) :



*« Comment veux-tu être satisfait
dans de telles conditions!
Tu as vu la détresse dans les yeux de la
patiente,
tu as vu l'attention qu'elle voulait
et que tu n'as pas été en mesure de lui
donner. C'est ça que je n'aime pas »*

*« Ce qui est souffrant,
c'est de ne pas être capable de bien
travailler, de faire un bel ouvrage ».*



*« Voir une patiente
qui est en détresse psychologique
et savoir que je pourrais l'aider, la soulager
mais que je n'ai pas le temps de le faire parce qu'il
est quatre heures et demie,
que les soupers arrivent à cinq heures moins le
quart et que je dois encore distribuer les
médicaments avant, ... c'est difficile à vivre ».*



**Le savoir intime
d'un travail mal fait
ou ne rejoignant pas l'idéal professionnel
porte atteinte à
l'identité des infirmières
et fragilise ainsi leur santé mentale.**



Comment réagissent les infirmières
face à la souffrance
éprouvée?



Comme nous l'avons vu, la PDT nous
apprend qu'elles ...



... développent des défenses

et ce,

quelquefois consciemment mais le plus souvent,
inconsciemment.



Les défenses
atténuent
la perception de la souffrance.



Les défenses déployées
(le plus souvent inconsciemment)
ont pour inconvénient
de ne pas amener le sujet à questionner
ce qui le fait souffrir dans le travail
et dès lors, qu'il conviendrait de transformer.

Les défenses ne viennent en rien agir au niveau
de la source de la souffrance).



- Exemple de stratégies défensives :

l'engagement plus modéré dans le travail, l'absence de zèle
au travail, le retrait par rapport au travail, le
désengagement ou le désinvestissement par rapport au
travail, l'individualisme:

*"Je me dis, ... qu'ils s'arrangent ... moi je fais mes affaires,
je m'occupe de mes patients! J'en arrive que je raisonne
ainsi! Je me retire".*

*"J'ai décidé de faire mes choses à moi et de ne plus investir
d'énergie à tenter de changer les choses. C'est triste mais
c'est comme ça".*



Ces attitudes et ces comportements de
désinvestissement par rapport au travail
sont à interpréter
comme des symptômes
d'un mal-être dans le travail;

il s'agit de formes subtiles
de retrait psychique préventif
pour ne pas ou ne plus souffrir.



*Si je devais énoncer quelques
pratiques gagnantes
pour la santé psychologique des infirmières,
je dirais qu'il importe que :*

- 1. les soins/services dispensés
rejoignent les critères de qualité des infirmières*

(sans quoi il y aura souffrance)



En effet, dans le cas contraire,
faute de pouvoir s'identifier
à leur idéal professionnel d'un travail bien fait,
le sens du travail de soin
ainsi que le plaisir au travail s'estompent
et
la souffrance surgit.



***En d'autres termes, une pratique gagnante
pour la santé psychologique des infirmières
est que :***

*les infirmières exercent
dans des conditions de travail
qui leur permettent de réaliser un travail
conforme à leur déontologie, leur éthique
professionnelle et leurs normes de qualité.*

(sans quoi il y aura souffrance)



Le *burn-out*
des infirmières
est à comprendre comme
« maladie de l'âme
en deuil de son idéal »
(Raymond Gueibe
citant Freudenberg, 2003)



Il importe aussi:
***2. que l'ensemble des
professionnels/personnels
impliqués dans les soins
partagent une vision véritablement commune
des soins/services à dispenser.***



*Dans une perspective de
santé psychologique des infirmières,
il importe aussi:
3. de laisser de la place
à la relation d'aide et d'accompagnement avec les
patients et les familles !*



La relation d'aide et d'accompagnement
avec les patients et les familles
émerge des études réalisées comme le lieu:
- de compensation ou de sublimation des souffrances
vécues au travail.
- de plaisir et de sens au travail.



La relation d'aide et d'accompagnement
=
facteur de « protection »
(et non de risque)
au regard de la santé mentale des infirmières :



*"Les relations que nous avons avec les patients
nous motivent, nous portent.
Heureusement que nous avons les patients.
Si nous n'avions pas l'opportunité
de nous attacher et d'aimer les patients,
je ne sais pas comment nous endurerions
ce que nous endurons quelquefois".*



Dans la relation d'aide et d'accompagnement avec les résidents et leurs familles, les infirmières:

- perçoivent la spécificité de leur rôle,
- trouvent un sens à leur travail,
- récoltent l'indispensable reconnaissance
- et élaborent leur valorisation professionnelle



Cependant,
dans le contexte actuel
de souci d'efficacité maximale et
de pénurie d'effectifs,
les soins relationnels
se vivent de moins en moins au quotidien :
(Alderson, 2008, 2009b, 2010a, 2010b)

« On n'a plus beaucoup de temps à leur accorder ».
« Le temps, on ne l'a plus ».



Cet empêchement à vivre ce qui, pour elles, est au cœur de leur profession et donne sens à leur travail interpelle, questionne et influence profondément la manière dont les infirmières « vivent » et « perçoivent » leur travail.



Les études réalisées (Alderson, 2008, 2009b, 2010a, 2010b) montrent que :

la rationalité objective du soin
(càd: la dispensation d'un soin au moindre coût)
l'emporte présentement sur

la rationalité subjective du soin
(càd: l'accomplissement des infirmières à travers le soin, l'offre d'un service conforme à leurs critères de qualité).

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



Dans semblable contexte, l'on observe

- un tarissement du plaisir et du sens au travail,
- l'installation d'une forte insatisfaction au travail,
- l'expression d'une intention de quitter et pour certains, de véritables départs entraînant pour celles et ceux qui restent, un découragement à tenir seuls le fort et à accueillir de nouvelles recrues en se demandant si ces dernières vont rester assez longtemps que pour justifier et récompenser les efforts déployés dans leur attraction, accueil, formation, intégration et rétention

(Alderson, 2008, 2009b, 2010a, 2010b).

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



« Soigner, c'est communiquer de la vie » (Marie-France Collière).

Lorsque cette communication de vie n'est plus possible surgissent de puissants mécanismes de défense, lesquels fragilisent d'autant plus les infirmières dans la mesure où elles les perçoivent comme trahissant l'idéal professionnel (ex: retrait par rapport aux patients).

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



“ Nous sommes passés d'une société qui aime les personnes et utilise les choses, à une société qui aime les choses et utilise les personnes. [...] L'être humain devient une ressource dont le rendement doit être satisfaisant, au même titre que l'outillage, les machineries, et les matières premières. ” (Louis Dumont, 1991)

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



« Le travail sans l'homme »

Yves Clot (2008)

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



Il nous faut:

- saisir le sens de ce qui est vécu subjectivement dans le travail,
- comprendre le rapport de «l'homme intérieur» au monde du travail,
- comprendre la subjectivité à l'oeuvre.

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



En conclusion:

Le type de société dans lequel nous évoluons ainsi que ses institutions définissent inéluctablement les organisations du travail.

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



Clot (1993, p. 61) note qu' *« étudier le travail, c'est prendre un engagement face aux dérives d'une civilisation »*

Université de Montréal Faculté des sciences infirmières Marie Alderson©, 2014



Chanlat (1998, p. 34) rappelle aux chercheurs *« [...] en faisant partie du monde social que nous étudions, nous créons la société autant qu'elle nous crée et les analyses que nous développons participent également à sa transformation ».*

88

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Marie Alderson©, 2014

Merci de votre écoute.

Une petite note d'humour pour terminer ...

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Marie Alderson©, 2014

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Marie Alderson©, 2014

Références

- Alderson, M., Parent-Rochelleau, X., & Mishara, B. (accepted). Critical review on suicide among nurses: What about work-related factors? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, No. CRI-MS-1866.
- Alderson, M., Saint-Jean, M., Therriault, P-Y., Rhéaume, J., Ruelland, I., Lavoie, M. (2013). La pratique infirmière en milieu carcéral : des détenus pour patients. *Recherche en soins infirmiers*, 113, 95-106.
- Alderson, M., Saint-Jean, M., Rhéaume, J. (2011a). When Paradoxes Hamper the Search for Meaning: The Psychodynamics of Work of Nurses in a Residential and Long-Term Care Facility. *Journal of Nursing & Care*, 1(1), doi: 10.4172/2167-1168.1000102
- Alderson, M., Saint-Jean, M., Rhéaume, J., & Ruelland, I. (2011b). Impasses dans le travail d'infirmières en Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée soumis à des changements organisationnels significatifs. *Aporia*, 3(4), 30-46.

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Marie Alderson©, 2014

- Alderson, M. (2010). *Analyse psychodynamique du travail infirmier. Une enquête en psychodynamique du travail en Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée : entre plaisir et souffrance*. Sarrebruck (Allemagne) : Éditions Universitaires Européennes. ISBN 978-613-1-50336-8.
- Alderson, M. (2009a). L'approche de la psychodynamique du travail et les sciences infirmières: un essai de rapprochement théorique et méthodologique. *L'infirmière clinicienne*, 6(1), 11-18.
- Alderson, M. (2009b). Les relations de travail d'infirmières œuvrant en unités de soins de longue durée: source de souffrance et de fragilisation de leur santé mentale. *L'infirmière clinicienne*, 6(1), 1-10.
- Alderson, M. (2008). Work structure in the Chronic Care Setting: Possible Consequences for Nurses' Mental Health. *Canadian Journal of Nursing Research*, 40(3) (sept), 161-178.



- Chanlat, J.-F. (1998). Sciences sociales et management. Plaidoyer pour une anthropologie générale. Québec: Les Presses de l'Université Laval, Editions Eska.
- Clot, Y. (1993). Disciplines et interdiscipline du travail. La pensée, 293, 61-68.
- Clot, Y. (2008). Le travail sans l'homme. Pour une psychologie des milieux de travail et de vie. Paris: Editions La Découverte.
- Collière, M.-F. (1982). Promouvoir la vie. Paris: InterEditions.
- Dejours, C. (1993). Travail: usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Nouvelle édition augmentée. Paris: Bayard.
- Dejours, C., Dessors, D., & Molinier, P. (1994). Comprendre la résistance au changement. INRS. Documents du médecin du travail, 58, 112-117.



- Dumont, L. (2007). L'Individu dans l'organisation: les dimensions oubliées. Sous la direction de Jean-François Chanlat, Québec: Les Presses de l'Université Laval, Editions Eska.
- Gueibe, R. (2003) citant Freudenberger, H. Le burn-out, une maladie de l'âme en deuil de son idéal? Ou le questionnement de nos idéaux. Perspectives soignantes, 16, 7-20.
- Molinier, P. (2008). Les enjeux psychiques du travail : introduction à la psychodynamique du travail. Nouvelle édition. Paris: Payot & Rivages.
- Taylor, C. (1992). Grandeur et misère de la modernité. Montréal: Bellarmin, Coll: L'Essentiel.