

REGARDS CROISÉS SUR LA PERCEPTION DES GESTIONNAIRES

quant à la souffrance générée par la présence de dilemmes éthiques vécus par les infirmières en soins de fin de vie

LYSE LANGLOIS, Ph.D.

Professeure titulaire

Chercheure. Centre universitaire sur la mondialisation du travail

Institut d'éthique appliquée

Université Laval, Département des relations industrielles

lyse.langlois@rlt.ulaval.ca

JENNIFER CENTENO

Candidate au doctorat en relations industrielles

Université Laval, Département des relations industrielles

jennifer.centeno@rlt.ulaval.ca

1. INTRODUCTION

Il existe aujourd'hui un important mal-être au sein de nos organisations. Épuisement professionnel, stress, démotivation, désengagement ne sont que quelques-uns des indicateurs de l'effet des facteurs de risque psychosociaux qui confrontent les milieux de travail. Définis comme « l'ensemble des facteurs organisationnels et les relations interindividuelles qui peuvent avoir un impact sur la santé » (p. 33¹)², les facteurs psychosociaux de l'environnement de travail sont aussi associés aux indicateurs de santé mentale que sont la détresse psychologique, la dépression majeure et l'indice global de dépression ainsi que l'autoévaluation du stress au travail³. Ces facteurs peuvent se regrouper autour des six axes suivants : intensité, autonomie, exigences émotionnelles, qualité des rapports sociaux, insécurité et conflits de valeurs⁴.

C'est à partir d'une étude portant sur les gestionnaires en lien direct avec les infirmières et provenant de cinq milieux hospitaliers que nous avons tenté de comprendre et de mettre en évidence les pratiques qui soutiennent les infirmières ou font

obstacle dans la résolution de leurs dilemmes éthiques⁵. L'approche du nouveau management public nous servira d'illustration pour mettre en évidence les paradoxes de même que la souffrance que cette approche génère pour le personnel soignant.

La souffrance au travail : un mal-être organisationnel

Symptômes d'une véritable « crise du travail »^{6,7,8,9}, la souffrance au travail^{10, 11, 12} n'est pas en soi un phénomène nouveau. Pour Molinier¹³, la sensibilité sociale accrue dont on témoigne à l'égard de ce thème l'est toutefois, sans doute renforcée par les sombres incidents exposés au grand jour¹⁴ et par les statistiques pour le moins alarmantes¹⁵.

Au Québec, cette souffrance est vécue de manière particulière au sein du groupe de professionnels que constituent les infirmières. « Groupe de fournisseurs de soins de santé le plus nombreux au Canada et dans le monde¹⁶ », 66 333 infirmières québécoises travaillent en soins infirmiers autorisés,

dont 37 563 dans un centre hospitalier¹⁷. Comme nombre d'employés œuvrant au sein des secteurs publics et parapublics, ces derniers évoluent dans un marché du travail compétitif, marqué par les contraintes budgétaires et les multiples questionnements quant au rôle de l'État, à la privatisation et au financement des services publics¹⁸. Les exigences normatives multiples¹⁹, les horaires de travail exigeants et atypiques^{20, 21}, les nombreuses réformes et transformations des pratiques professionnelles^{22, 23}, de même que l'importante pénurie de main-d'œuvre résultant notamment de nombreux départs à la retraite²⁴, viennent pour leur part intensifier le climat de tension dans lequel évoluent ces professionnels de la santé. Lourdes charges de travail, heures supplémentaires, risques sur le plan de la santé et de la sécurité au travail, soutien parfois inadéquat de la direction, rapports difficiles avec les collègues et autres praticiens de la santé ne sont dès lors que quelques-uns des maux qui affligent ce corps de travail²⁵.

Plusieurs auteurs, dont Vézina *et collab.*^{1, 26} et Dejours¹¹, mentionnent que cette souffrance serait en partie liée à un mode d'organisation du travail et à ses retombées sur l'environnement psychosocial de travail. On soulève ainsi les effets, parfois néfastes, des formes d'organisation du travail renouvelées, et des pratiques de gestion qui en découlent, sur l'employé²⁷. Il importe maintenant de s'interroger de façon plus précise quant aux sources de tensions, ou paradoxes, pouvant contribuer à l'émergence d'une souffrance au travail chez les infirmières en soins de fin de vie.

PARADOXES EN MILIEU DE TRAVAIL

Un survol des écrits émanant notamment des domaines de la sociologie, de la gestion et de la psychologie du travail nous permet de relever trois paradoxes pouvant découler des formes d'organisation du travail renouvelées et des pratiques de gestion qui découlent du nouveau management public : le paradoxe opposant la responsabilité et l'autonomie,

celui opposant l'individualité et la collectivité, et enfin, celui opposant la normativité et l'espace réflexif. Par cet article, nous souhaitons illustrer les situations singulières qui peuvent se créer dans le cadre des pratiques de soins.

a) Responsabilité et autonomie

Le premier paradoxe soulevé met en tension la responsabilité impartie aux employés et leur relative autonomie en milieu de travail. Alors que les organisations évoluent au sein d'une économie fondée plus que jamais sur le savoir et le service, la professionnalisation du travail entraîne de nouvelles exigences à l'égard des travailleurs²⁸. Comme le souligne Lacroix²⁹, « les employeurs demandent par conséquent aux travailleurs de posséder un ensemble de compétences ou d'habiletés qui [...] singularise le travailleur et lui accorde la possibilité de déployer une plus grande autonomie, une plus grande flexibilité pour remplir ses tâches » (p. 71-72). Plus que de simples exécutants, les employés sont appelés à faire preuve d'initiative, de créativité, de débrouillardise et à se porter garants de l'expérience client. Or, bien qu'une telle commande puisse à première vue sembler favorable à une augmentation de l'autonomie des employés, cette dernière apparaît, à bien des égards, limitée surtout en ce qui a trait à la responsabilité qu'une telle autonomie demande.

C'est ainsi que plusieurs auteurs évoquent ce qu'on pourrait qualifier de « fausse autonomie ». S'appuyant sur les enquêtes « Conditions de travail » du ministère du Travail français, Lallement et Marry¹³ qualifient les principales transformations organisationnelles entreprises depuis les années 1980 de « mouvement en faveur d'une plus grande "autonomie sous contrainte" » (p. 5). Quant à Gollac¹³, il souligne que les formes d'organisation du travail mises en place ont provoqué une intensification du travail, laquelle a eu pour effet d'appauvrir les conditions de travail – et de réduire l'autonomie réelle. En accordant à l'employé une plus grande marge de manœuvre dans la réalisation de son travail, on

accroît du coup sa responsabilité. Ce dernier se doit ainsi de répondre aux attentes complexes, diverses, et parfois même contradictoires, en provenance de l'organisation, des clients et d'un réseau croissant de parties prenantes. De plus, cette responsabilisation nouvelle coïncide parfois avec une diminution des ressources et du soutien mis à la disposition de l'employé, conséquences d'efforts organisationnels de rationalisation continus. Faisant face à un travail enrichi, mais non moins exigeant, l'employé s'expose dès lors au risque d'une surcharge mentale³⁰. S'ajoute le poids du travail émotif, alors que l'employé est non seulement appelé à laisser ses émotions aux portes de l'organisation, mais aussi à exprimer, voire à reproduire, certaines émotions en fonction de l'idéologie privilégiée par son milieu de travail³¹.

b) Individualité et collectivité

Le deuxième paradoxe relevé oppose collectivité et performance individuelle. Alors que plusieurs écrits³² – et milieux de travail – continuent d'évoquer le rôle décisif que jouent la culture organisationnelle, l'engagement des employés et le sentiment d'appartenance sur la performance organisationnelle, la nécessaire responsabilisation de l'employé – d'emblée incompatible avec les modes traditionnels de contrôle et les descriptions de tâches hautement formalisées – tend à se traduire en un véritable culte de la performance individuelle.

C'est par l'entremise d'initiatives diverses que l'organisation cherche à attirer, à engager et à retenir des « joueurs clés », parfois aux dépens des employés dits moins performants ou occupant des postes « périphériques³³ ». L'idéologie managériale dominante privilégiant la concurrence accrue, la recherche constante d'excellence, le surpassement de soi ainsi que le travail au service de l'organisation³⁴, fait en sorte que l'employé se voit confronté à une pression sans précédent. L'individualisation des performances – secondée d'une multiplication des indicateurs de rendement, d'un pilotage par les chiffres et de la mise en place de mesures de redditions de comptes diverses

– contribue alors à la création d'un système pouvant être qualifié de « contrainte douce », laquelle a pour but de baliser le comportement des salariés tout en encourageant la poursuite d'objectifs organisationnels dits communs³⁵.

Tenus responsables de leur performance, de leur développement et, du coup, de leur employabilité, les employés semblent ainsi incités à privilégier leurs objectifs professionnels, parfois au détriment du bien-être de la collectivité. Comme le souligne de Gaulejac³⁶, « lorsque chacun veut être un champion, plus personne ne se préoccupe du bien commun » (p. 137). C'est ainsi que l'autonomisation de l'employé et l'individualisation des pratiques de gestion contribuent à fragmenter le consensus social ce qui, tel un cercle vicieux, vulnérabilise à son tour l'employé. Sur le plan sociétal, la primauté accordée à la performance individuelle se traduit en une structure qui offre de moins en moins de soutien et de protection sociale à l'individu, incitant à parler de « vulnérabilité structurelle³⁷ ». Sur le plan organisationnel, les individus qui opèrent en contexte d'évaluation constant, parfois couplé de menaces de sanction, sont amenés à défendre leur propre performance ainsi que leur place dans l'organisation. Cette tension peut générer une perte de solidarité auprès de leurs collègues et fragiliser une culture plus collective du travail³⁵. La disparition des collectifs et l'effacement progressif des repères normatifs communs entraînent de même une anomie sociale, professionnelle et morale alors que les travailleurs peinent « à identifier les systèmes de référence et les valeurs qui leur sont sous-jacentes pour choisir et légitimer leurs actions » (p. 139)³⁸.

Cet état de fait nous amène au troisième paradoxe soulevé, soit celui opposant une tendance croissante à la normativité et à un besoin accru de réflexivité.

c) Normativité et espace réflexif

Alors que les organisations cherchent à contrer les dérives et les inconduites observées en milieu de travail, nombre d'entre elles multiplient les codes et les règlements ayant pour but de baliser, voire de contrôler, la conduite individuelle³⁹. Or, une telle approche se veut largement incompatible à son contexte d'application, soit à des milieux de travail et à des emplois de plus en plus complexes qui exigent de réfléchir aux enjeux qui se présentent dans la pratique professionnelle. Selon Coutarel⁴⁰, cette montée des normativités étouffe les subjectivités, contribuant de ce fait à la souffrance même des salariés.

Cette obsession de la règle à observer est d'instaurer une certaine rigidité organisationnelle qui ne tient pas compte des circonstances et des aspects pratiques des problèmes concrets. En contexte de soins de fin de vie, nombreux sont les dilemmes éthiques qui peuvent se présenter et qui ne trouvent pas nécessairement leur solution dans un encadrement réglementaire. Plusieurs auteurs ont exploré la notion de dilemme éthique en contexte de fin de vie^{41, 42, 43, 44} et ont su démontrer toute la complexité que ces situations entraînent pour le professionnel, notamment du point de vue de l'expérience de confrontation à la mort^{45, 46}, de la confidentialité et du partage d'information⁴⁷, des facteurs de stress – dont les facteurs de stress moraux⁴⁸ –, ou encore de la fatigue compassionnelle⁴⁹. Même les comités d'éthique clinique dans leur forme actuelle semblent incapables d'offrir le soutien décisionnel nécessaire aux infirmières aux prises avec des dilemmes éthiques particuliers⁵⁰. Un espace réflexif permettant d'échanger et de dialoguer sur les situations vécues semble s'insérer difficilement dans les organisations du travail souvent surmenées et surréglementées.

Rappelant qu'il n'existe pas de configuration ou de « système » parfait – et qu'un cadre normatif, aussi élaboré soit-il, ne réussira jamais à résoudre toutes les situations – Goodpaster⁵¹ souligne que lorsqu'on fait une place à l'éthique en milieu de travail, cela exige le

développement d'une capacité réflexive de ses membres, favorisée par la mise en place de conditions au sein de l'organisation. Dans cet espace éthique, le personnel soignant est aidé à mieux agir sur sa pratique. L'infirmière qui ne dispose pas de ce lieu de discussion peut se sentir incapable de prodiguer les soins conformément à ses valeurs professionnelles. Elle peut se questionner sur sa façon de travailler et parfois en venir à en douter. Selon Coutarel⁴⁰, le sens même de son travail devient altéré et la personne s'expose ainsi à des risques de santé physique et mentale. Pour Molinier⁵², « l'échec du travail compassionnel signe l'entrée dans la souffrance éthique » (p. 84). Selon les résultats observés⁵⁰, le personnel soignant ayant vécu des dilemmes éthiques non résolus se place dans une situation qui peut générer une souffrance éthique au travail. Cet aspect est très peu discuté en milieu de travail et ne reçoit pas toujours l'écho désiré.

Les individus qui ne disposent pas d'un pouvoir-agir suffisant pourraient par conséquent être amenés à évacuer cette souffrance en adoptant diverses stratégies individuelles de défense telles que la mutation, l'activisme⁵² ou encore, la démobilisation⁴⁰. C'est ce qui incite Dejours¹¹ à affirmer que le travail est aujourd'hui le laboratoire dans lequel toute tentative d'atténuer – voire d'anesthésier – la souffrance éthique nous insensibilise à la souffrance des autres, et peut parfois même infliger de la souffrance à autrui. En cherchant à restreindre l'exercice du jugement professionnel et la liberté d'action de ses membres, l'organisation ne peut par conséquent que contribuer aux risques de dérives et à l'émergence d'une souffrance éthique accrue dont les effets sont parfois plus difficiles à contrer.

Selon le Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, rapport faisant suite à la demande du ministre français du Travail, de l'Emploi et de la Santé, une souffrance morale ou éthique est ressentie par une personne à qui on demande d'agir en opposition avec ses valeurs professionnelles, sociales ou personnelles⁴. Lors d'une étude portant sur les dilemmes éthiques des infir-

mières travaillant en USI⁵³, il a été possible de constater, chez les infirmières rencontrées, leur incapacité à prendre la parole pour discuter de dilemmes et questionnements éthiques générant ainsi un sentiment d'isolement et de souffrance morale qui heurte profondément leur conscience professionnelle.

Ce type de détresse liée directement au travail et qui a des répercussions sur la santé mentale est reconnue par le gouvernement du Québec :

[...] le milieu de travail peut également s'avérer une source importante de stress et susciter souffrance et déception ; on parle alors de problèmes de santé mentale ou psychologique liés au travail⁵⁴.

Cet intérêt de même que cette reconnaissance de la souffrance éthique au travail en ce qui concerne la littérature scientifique nous ont incitées à valider si la présence de dilemme éthique chez l'infirmière était soutenue sur le plan organisationnel. De manière plus spécifique, nous souhaitons regarder en détail si les gestionnaires en lien direct avec ce groupe de travailleuses perçoivent, dans un premier temps, les paradoxes mentionnés par l'approche du Nouveau Management Public. Et dans un deuxième temps, s'ils soutiennent ce groupe de professionnels au plan organisationnel lorsqu'il est confronté à des dilemmes éthiques.

2. MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE

Il convient de rappeler que l'objectif premier de cette seconde phase de recherche consistait à vérifier si les gestionnaires soutiennent les infirmières vivant des dilemmes éthiques au travail⁵. Ayant déjà relevé les dispositifs et les pratiques organisationnelles déployés en soutien à l'éthique dans cinq centres universitaires hospitaliers québécois²⁷, nous nous intéressons maintenant aux trois paradoxes soulevés par l'approche managériale dite renouvelée – responsabilité/autonomie ; individualité/collectivité ; normativité/espace réflexif – et découvrir si la souffrance éthique générée par les dilemmes vécus au travail est soutenue au plan organisationnel.

a) La méthode d'enquête et le déroulement de l'étude

Les entretiens nous ont été utiles pour bien connaître les représentations des gestionnaires à l'égard de leur conception de l'éthique et des dilemmes éthiques vécus par les infirmières. Un entretien semi directif a été réalisé en 3 parties : 1- La définition de l'éthique et le sens donné et compris par le gestionnaire ; 2- Les infrastructures éthiques en soutien au personnel soignant ; 3- Les dilemmes éthiques et le personnel infirmier. Cette troisième partie de l'entrevue discute plus à fond des dilemmes éthiques qui ont été mentionnés par le personnel infirmier lors d'une étude précédente. On retrouve aussi des questions sur l'organisation du travail en contexte de fin de vie et les obstacles pouvant se présenter lors de dilemme éthique.

b) Les participants

Nous avons rencontré vingt et un gestionnaires qui ont un lien direct avec le groupe des infirmières ciblées. Ces gestionnaires viennent de cinq centres universitaires hospitaliers et occupent les fonctions suivantes : deux (2) chefs d'unité en soins critiques, cinq (5) directions des soins infirmiers, quatre (4) directions adjointes en soins infirmiers, un (1) cogestionnaire en soins critiques, quatre (4) directions des services professionnels, trois (3) chefs des soins intensifs, une (1) conseillère en pratique des soins infirmiers et un (1) intensiviste. En tout, nous avons rencontré quinze femmes et six hommes gestionnaires, sélectionnés selon les critères de participation que sont la disponibilité et le volontariat. Les entretiens ont duré en moyenne une heure.

c) Le traitement des données

Toutes les entretiens ont été retranscrites et remises aux participants afin qu'ils puissent valider leurs propos. Les données ont été analysées à l'aide du

logiciel InVivo et la triangulation de ces premiers résultats a été effectuée avec le logiciel Alceste.

3. RÉSULTATS

C'est par l'entremise du discours des gestionnaires ayant un lien direct avec les infirmières en soins de fin de vie que nous avons tenté de repérer les trois paradoxes évoqués plus tôt dans leur discours et vérifier si ces derniers sont susceptibles de se traduire ou de contribuer à l'émergence d'une souffrance éthique pour les infirmières.

a) Premier paradoxe: responsabilité et autonomie

Les gestionnaires sont sensibles à la marge de manœuvre accrue dont disposent les infirmières. Toutefois, ils se sentent impuissants en ce qui a trait à leur capacité à proposer des solutions pour mieux les soutenir. L'«autonomie sous contrainte¹³» entraîne des attentes complexes, diverses, et parfois même contradictoires, en provenance de l'organisation, des clients et d'un réseau croissant de parties prenantes. L'autonomie accrue fait en sorte d'accroître le niveau de responsabilité des employés. Or, lorsque cette responsabilité n'est pas soutenue ni accompagnée, le personnel soignant peut se sentir désemparé.

À titre d'exemple, soulignons la confusion observée chez les infirmières quant à certains repères organisationnels communs, faisant en sorte de confondre le protocole de soins et le protocole de fin de vie. L'absence d'une définition commune et d'un sens commun de ce qui constitue une fin de vie acceptable semble de plus varier d'un milieu – et parfois même, d'une unité – à l'autre. Cette confusion ajoute un poids supplémentaire au travail de l'infirmière.

La définition de la fin de vie n'est pas pareil pour tout le médical; une fin de vie en soins intensifs, c'est de diminuer l'extubation du patient. Si le patient est intubé, ventilé, la définition d'une fin de

vie chez un patient ventilé, c'est pas la même chose qu'un patient en soins palliatifs, dans un département régulier. J'ai des anesthésistes qui refusent catégoriquement de diminuer les paramètres ventilatoires d'un patient... Ils achètent la paix avec la famille. La famille vit cela avec beaucoup de difficulté; elle voit leur proche intubé pendant trois jours de temps et sait que les traitements ont été arrêtés. (Gestionnaire en soins critiques)

(...) j'aimerais, éventuellement, avoir un protocole de fin de vie, de façon fixe. On a un patient intubé, ventilé avec de la morphine intraveineuse. On lui enlève le tout en lui donnant de la morphine «sous-cutanée». On ne peut pas faire le protocole de détresse chez un patient qu'on vient d'extuber! Il a reçu de la morphine intraveineuse depuis des mois, il est habitué maintenant. (Chef soins critiques)

Bien que peu élaborée, la responsabilisation délicate à laquelle font face les infirmières les expose à des risques accrus lorsque les ressources et les instances de soutien ne sont pas suffisantes ni mises en place. Or, malgré l'existence d'attentes multiples, complexes et parfois ambiguës, les infirmières semblent être, sur le plan éthique, largement laissées à elles-mêmes pour combler ces vides. Ces situations génèrent des dilemmes mais aussi de la souffrance éthiques.

Dans ces situations de souffrances éthiques, certains gestionnaires ont une connaissance limitée des pratiques et des dispositifs en soutien à l'éthique mis en place dans leurs organisations, et de l'utilisation réelle qu'en font les infirmières²⁷. Par exemple, la plupart des gestionnaires mentionnent que des séances de *débriefing* seraient importantes et pensent qu'elles ont lieu à la salle de café. Toutefois, la réalité est que les infirmières ne parlent pas des dilemmes éthiques vécus et demeurent seules avec ce poids et les incertitudes qu'ils soulèvent. Il ressort également des propos des gestionnaires une connaissance bien partielle de ce qu'est un dilemme éthique. La plupart des gestionnaires éprouvent de la difficulté à bien voir l'étendue d'un dilemme éthique et la souffrance que certains dilemmes peuvent générer dans la vie de l'infirmière faisant en sorte qu'une responsabilité morale

passé inaperçue. Cette méconnaissance se perpétue par le maintien d'une culture de silence chez les infirmières.

b) Deuxième paradoxe: individualité et collectivité

Comme souligné précédemment, il ressort du discours des gestionnaires une certaine forme d'impuissance quant aux solutions à apporter afin de mieux soutenir les infirmières sur le plan éthique, créant ainsi au sein de l'organisation une vulnérabilité structurelle³⁷. Plusieurs gestionnaires, soit plus de 64 % des personnes rencontrées, soulignent les lacunes des pratiques et des initiatives éthiques existantes. Toutefois, peu d'actions collectives, qu'elles soient préventives ou correctrices, sont évoquées pour soutenir ce groupe. Par exemple, plusieurs gestionnaires mentionnent les limites des comités d'éthique cliniques (CÉC), dont le peu de place accordée à la sensibilisation et à la formation à l'éthique. À cela s'ajoutent aussi les délais importants de traitement lors d'une consultation (entre 2 et 3 mois).

Ça manque dans l'organisation d'avoir un soutien quand on a quelque chose à vivre de difficile au plan éthique. Avoir quelqu'un qui vient nous aider à réfléchir sur ce qu'on doit faire avec la clientèle qu'on a à desservir serait utile; faut pas attendre des semaines pour la réponse. (Direction des soins infirmiers)

Un autre aspect concerne le manque de visibilité que peut jouer le CÉC dans l'organisation auprès d'un groupe en particulier.

Quelques exceptions se distinguent pour soutenir au plan collectif les infirmières. Deux des cinq milieux consultés ont mis sur pied des mesures additionnelles de soutien afin de pallier à ces insuffisances. Ces mesures rejoignent un groupe spécifique de gestionnaires (25,6%). Ces mesures prennent la forme suivante: pour le premier milieu, une ressource disponible sur l'étage est en mesure de répondre aux problématiques éthiques rencontrées par les infirmières et les soutenir en cas de besoin. D'autres

gestionnaires sont sensibles à ces aspects mais sont aux prises avec un fonctionnement de CÉC inadapté aux questionnements éthiques quotidiens:

Il y a des situations critiques et lorsque le patient a 30 jours d'hospitalisation avec tout le questionnaire éthique qui entoure son cas, et bien cette situation clinique comme celle-ci, il faut des rencontres interdisciplinaires provoquées, puis il faut le soutien du comité d'éthique...je ne veux pas que ça soit dans un mois; d'ici 24 heures faut que quelqu'un du comité d'éthique débarque, puis faut de l'aide et du soutien par le biais d'une équipe interdisciplinaire. (Chef d'unité de soins critiques)

Un autre milieu (10,4 %) propose plutôt de renforcer l'encadrement réglementaire pour ce groupe de professionnel afin de pallier aux lacunes observées.

Ces résultats démontrent aussi que le soutien pouvant être apporté à la résolution des dilemmes éthiques n'est peut-être pas bien compris par les acteurs concernés. Cette incompréhension se traduit surtout dans la conception même de l'éthique qui peut être vue exclusivement sous la dimension déontologique et non selon une approche réflexive. Cela se traduit dans l'organisation des formations qui malgré le fait qu'elle a pour sujet l'éthique, ne rejoint pas le personnel infirmier. Les propos d'un gestionnaire résument cet aspect:

On avait planifié des formations spécifiques sur l'éthique. Mais ce n'est pas nécessairement ça qui intéresse les gens. Si tu fais une formation sur le monitoring ou une formation sur comment traiter l'infarctus aigu, tu auras 125 personnes. (Responsable des soins intensifs)

La gestion de la souffrance qui résulte des dilemmes éthiques ne trouve pas complètement écho au plan organisationnel et tombe en zone libre faisant en sorte de laisser les infirmières seules avec ce poids. Cette situation entraîne une surcharge mentale vécue la plupart du temps de manière isolée.

Cette fragmentation du soin qui a été soulignée par les gestionnaires des soins prend appui sur une conception individuelle et non collective de la performance compte tenu du fait que chaque groupe est

amené à opérer en silo sans pouvoir partager sur les incertitudes. L'absence de collaborations interprofessionnelles constitue aussi un obstacle important. Alors qu'une pression accrue à l'excellence et au surpassement de soi peut inciter les individus à favoriser l'atteinte de leurs propres objectifs professionnels au-delà de ceux de la collectivité, cette fragmentation du consensus social se traduit également en une préoccupation pour la préservation de sa propre place dans l'organisation, aux dépens d'une solidarité accrue entre collègues. En ce sens, l'absence d'échanges souvent justifiée par manque de temps, contribue à maintenir une vision cloisonnée ainsi qu'à maintenir l'isolement. Le manque d'espace favorisant les échanges empêche la construction de solidarité. Cette dimension est importante car selon Lacroix, cela permet d'identifier les systèmes de référence et les valeurs qui aideraient à mieux légitimer les actions des infirmières. (Lacroix³⁸).

c) **Troisième paradoxe: normativité et espace réflexif**

Alors que l'absence de lieux d'échange tend à fragiliser les solidarités et l'absence d'un certain consensus social sur les valeurs et les normes, elle indique également le peu de place accordée au partage, au dialogue et à la réflexion en milieu de travail. Il semble en effet que la création d'espaces réflexifs et le développement de la capacité réflexive des infirmières, que ce soit par l'entremise de la formation et la sensibilisation ou de discussions sur les situations difficilement vécues, soient peu encouragés et peu présents au sein des organisations.

À cet égard, rappelons que seuls deux des cinq milieux consultés mettent les services d'une ressource à la disposition des infirmières vivant des questionnements éthiques et semblent offrir de manière informelle des espaces informels de discussion sur les dilemmes éthiques. Le défi pour la plupart des gestionnaires qui entendent et comprennent la souffrance qui est générée par les dilemmes éthiques des infirmières est de concilier le soutien éthique à mettre

en place avec les pratiques des organisations des soins. Or, il s'avère que l'organisation des soins laisse peu de possibilités aux espaces de réflexivité et d'échange. Cette absence empêche la délibération importante qui pourrait prendre forme sur les normes, valeurs et sens à donner en situation de dilemme éthique. Les deux paradoxes cités précédemment mettent en évidence plusieurs aspects qui sont présents dans cette troisième contradiction. Un des milieux ayant mis à la disposition du personnel de soins une ressource fait en sorte d'adopter une sorte d'approche contextuelle qui permet d'amorcer une réflexion éthique sur la démarche à faire. Cette approche semble donner selon le gestionnaire rencontré, un pouvoir d'agir qui permet d'aller au-delà de la simple application de normes.

Alors que les soins se complexifient et qu'une responsabilité accrue doit être assumée par les soignants, l'exercice du jugement professionnel et l'existence d'écarts ou de contradictions entre les valeurs du soignant et le cadre réglementaire en place mettent à risque le travail compassionnel et du coup accroissent la souffrance éthique⁵³.

Comme évoqué précédemment, l'employé qui n'a pas le pouvoir d'agir suffisant pour exercer un travail compassionnel peut être amené à évacuer la souffrance éthique qui en résulte par l'entremise de mécanismes individuels de défense divers⁵².

4. CONCLUSION

Le contexte institutionnel et organisationnel du personnel soignant a connu d'importantes transformations au cours des dernières décennies qui ont laissé des cicatrices. Par conséquent, il convient de s'interroger aujourd'hui quant à la forme particulière que prend la souffrance éthique au travail en lien avec les approches managériales susceptibles de l'accroître ou de l'atténuer. Les trois paradoxes identifiés au tout début de cet article sont présents au sein des cinq établissements étudiés et sont bien compris par l'ensemble des gestionnaires rencontrés. En illustrant ces

contradictions créées par l'approche de la nouvelle gestion publique, il est possible de constater qu'une souffrance éthique est bien installée au sein des milieux de travail et touche un groupe de professionnels soit les infirmières en USI. Il serait intéressant de voir si d'autres professionnels peuvent être touchés par ces paradoxes et vivent aussi une forme de souffrance éthique au travail.

De l'avis de l'ensemble des gestionnaires rencontrés, le questionnement éthique est partout au sein des organisations. Toutefois, l'infrastructure qu'il nécessite est à revoir. Les comités d'éthique ne rejoignent pas dans leur forme actuelle les besoins des infirmières. Deux milieux sur cinq ont innové en mettant une ressource en éthique accessible et présente au sein des unités. Cette ressource est plus près des besoins du personnel et semble mieux les sensibiliser et les outiller au regard des problématiques éthiques.

L'absence de repères organisationnels, d'un vocabulaire et d'un sens commun constitue un élément qui ajoute à la déroute du personnel soignant. Une conscientisation variable à l'égard des dilemmes éthiques ajoute à la déroute de sens. La mise en place d'un espace réflexif en milieu de travail de même que des collaborations interprofessionnelles soutenues sont à repenser. Cela nécessite d'accorder une importance à cet espace réflexif en le valorisant au sein des structures organisationnelles. C'est dans les circonstances particulières et de la réflexion qui en découle, que l'on arrive à trouver le sens qui permet d'arriver à une certaine acceptabilité décisionnelle en confrontation avec le jugement de l'autre. Cela nécessite du temps, un temps qui est gagnant à long terme car il réduirait la souffrance éthique qui est endurée parfois pendant de longues années.

En terminant, nous aimerions rappeler que la mise en place d'une culture soutenant l'éthique au travail commande un design organisationnel de type réflexif et collaboratif. Ce design vient certes à contre sens avec cette culture de l'urgence qui prévaut au sein des organisations actuelles. Une volonté institutionnelle et un engagement qui se concrétisent dans

des mesures de soutien sont nécessaires si on veut protéger les précieuses ressources que sont nos travailleurs qualifiés.

NOTES

1. Vézina, M., Bourbonnais, Brisson, C. et Trudel, L. (2006), « Définir les risques », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 3, n° 163, p. 32-38.
2. Comme le soulignent les auteurs, les classifications de ces facteurs varient selon les sources. Ces dernières peuvent toutefois inclure des facteurs relatifs au contrôle (participation, autonomie, etc.), à la charge de travail (quantité, complexité, etc.), aux rôles (conflit, ambiguïté), aux relations avec les autres (soutien social, etc.), aux perspectives de carrière (précarité, promotion, etc.) ainsi qu'au climat de travail (équité, structure hiérarchique, etc.).
3. Institut de la Statistique du Québec (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Institut de la statistique du Québec, juillet 2008, 52 pages.
4. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, ministère français du Travail, 2011.
5. Cette étude s'est inscrite dans un projet plus vaste visant l'amélioration des services et des soins de fin de vie : mieux comprendre l'impact du milieu de travail sur la SATisfaction et le bien-être des Infirmières (SATIN).
6. Bégin, L. et Lacroix, A. (2009) (dir.), « Le travail en crise », *Éthique publique*, vol. 11, n° 2.
7. Bidet, J. et Texier, J. (1995). *La crise du travail, actes du colloque*, Collège international de philosophie, 28-29 janvier 1994, Paris, PUF, 272 pages.
8. Lapointe, P.-A. et Bellemare, G. (dir.) (2006). *Innovations sociales dans le travail et l'emploi. Recherches empiriques et perspectives théoriques*, Québec, Presses de l'Université Laval.
9. Vinet, A. (2004). *Travail, organisation et santé: le défi de la productivité dans le respect des personnes*, Québec, Presses de l'Université Laval.
10. Ayensa, M.-C. (2011). *Souffrance au travail – L'urgence d'une médiation vivante*, Paris, A2Cmedias.
11. Dejours, C. (1998). *Souffrance au travail, ou la banalisation du mal*, Paris, Éditions du Seuil.
12. Méténier, I. (2010). *Crise au travail et souffrance personnelle*, Paris, Albin Michel.

13. Lallement, M., Marry, C., Lorient, M., Molinier, P., Gollac, M., Marichalar, P., et Martin, E. (2011), «Maux du travail : dégradation, recomposition ou illusion ?, *Sociologie du travail*, vol. 53, n° 1, p. 3-36.
14. On pense par exemple aux suicides survenus chez France Telecom, Peugeot, Renault et Foxconn.
15. S'appuyant sur l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, santé mentale et bien-être*, l'Institut de la statistique du Québec rapporte les facteurs psychosociaux de l'environnement de travail suivants : 46 % des travailleurs québécois sont exposés à une faible utilisation de leurs compétences au travail et 41 % à une faible autorité décisionnelle. 40 % des travailleurs québécois disent faire face à une forte demande psychologique au travail alors que 45 % disent obtenir un faible soutien social. Enfin, 38 % disent exercer des efforts physiques intenses au travail alors que 18 % rapportent vivre de l'insécurité d'emploi (*op. cit.* 3). Pendant ce temps, alors que l'on témoigne d'une augmentation notable d'absentéisme dû au stress et aux troubles de santé mentale, – qualifiée de « nouveau mal du siècle » (Bourgault-Côté, 2007) – l'Organisation mondiale de la santé prévoit que la dépression sera l'une des principales causes d'incapacité au monde d'ici 2020.
Sources : Bourgault-Côté, G. (2007), « Le nouveau mal du siècle », *Le Devoir*, 2 novembre 2007, [En ligne]. <http://www.ledevoir.com/societe/sante/162843/le-nouveau-mal-du-siecle> (Page consultée le 27 mars 2012). World Health Organization (2006). *Mental Health Disorders Management*, February 28th 2006, [En ligne]. www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (Page consultée le 26 mars 2012).
16. « La prochaine décennie : la vision de l'AIIC des soins infirmiers et de la santé », *Association des infirmières et infirmiers du Canada*. En ligne : http://www2.cna-aiic.ca/CNA/resources/next-decade/pdf/default_f.aspx. Consulté le 26 mars 2012.
17. Institut canadien d'information sur la santé (2010). *Tableaux de données (A à M) 2010 – Infirmières autorisées (IA)*. [En ligne]. http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/zip/internet/STATS_NURSING_2010_RN_FR.zip (Page consultée le 26 mars 2012)
18. Bourque, M. et Leruste, G. (2010), «La transformation des idées sur la privatisation du système de santé québécois depuis 1970 : le passage à un nouveau référentiel sectoriel?», *Politique et Sociétés*, vol. 29, n° 2, p. 105-129.
19. Produit par l'AIIC, Le *Code de déontologie des infirmières autorisées* est produit par l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada et vient préciser les principes régissant la pratique déontologique de la profession au Canada. Les infirmières du Québec se doivent de plus de respecter les devoirs et obligations précisées dans leur code de déontologie, de même que des dispositions législatives diverses dont la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* et la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.
20. Bouffartigue, P. et Bouteiller, J. (2006), «Jongleuses en blouse blanche : la construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières », *Temporalités*, n° 4, p. 25-42.
21. SIMON, M.-L. O. (2008), «Les répercussions de l'emploi atypique en milieu hospitalier : une comparaison entre deux CHU Angers et Québec». Thèse de doctorat, Département de psychologie, Université de Franche-Comté.
22. Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C. Brisson, C. Laliberté, D., Malenfant, R. et Vézina, M. (1999), «La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé », *Santé mentale au Québec*, vol. 24, n° 1, p. 136-153.
23. Pérodeau, G. et Côté, D. (2002). *Le virage ambulatoire – Défis et enjeux*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec.
24. INFOSTATS (2010), « Les départs à la retraite : un enjeu majeur pour la planification de la main-d'œuvre infirmière », vol. 2, avril 2010, [En ligne]. <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol02n03/index.html> (Page consultée le 26 mars 2012).
25. Fondation canadienne de la recherche en services de santé (2006). *Les maux qui affligent nos infirmières : examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*. 2006, [En ligne]. http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/What_sailingourNurses-f.pdf. (Page consultée le 25 mars 2012).
26. Vézina, M., E. Cloutier, S. Stock, K. Lippel, É. Fortin et autres (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec.
27. Langlois, L. et Centeno, J. (sous presse), « Les soins de fin de vie : événement révélateur de la souffrance et des dilemmes éthiques des infirmières ». *Revue internationale de soins palliatifs*.
28. Legault, G. Professionnalisme et délibération éthique : manuel d'aide à la décision éthique, Presses de l'Université du Québec. 1999
29. Lacroix, A. (2011), «L'insuffisance du droit en matière d'éthique ou les lois sur l'éthique : Voyage au pays de l'absurde!», *Éthique publique*, vol. 13, n° 1, p. 95-115.
30. Dortier, J.-F. (2008), «Le blues du dimanche soir », *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, n° 12, p. 24-29.

31. Hochschild, A.R. (2003), «Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale», *Travailler*, vol. 1, n° 9, p. 19-49.
32. Dont: Attridge, M. (2009), «Measuring and Managing Employee Work Engagement: A Review of the Research and Business Literature», *Journal of Workplace Behavioral Health*, vol. 24, n° 4, p. 383-398. Barney, J. B. (1986), «Organizational Culture: Can It Be a Source of Sustained Competitive Advantage». *Academy of Management Review*, vol. 11, n° 3, p. 656-665. Harter, J. K., SCHMIDT, F. L et HAYES, T. L. (2002), «Business-Unit-Level Relationship between Employee Satisfaction, Employee Engagement, and Business Outcomes: A Meta-Analysis». *Journal of Applied Psychology*, vol. 87, n° 2, p. 268-279. Kotter, J. P. Et Heskett, J. L. (1992). *Corporate Culture and Performance*, New York, The Free Press. Wilkins, A. L. et Ouchi, W. G. (1983), «Efficient Cultures: Exploring the Relationship Between Culture and Organizational Performance». *Administrative Science Quarterly*, vol. 28, n° 3, p. 468-481.
33. Cadin, L., Guérin, F. et Pigeyre, F. (2007). *Gestion des ressources humaines: pratiques et éléments de théories*, Paris, Dunod.
34. Aubert, N. et De Gaulejac, V. (1991). *Le coût de l'excellence*, Paris, Éditions du Seuil.
35. Daudigeos, T. et Valiorgue, B. (2011), «Penser le travail et la souffrance dans l'organisation néolibérale» dans Chaudat, P. et Muller, R. (dir.) (2011). *Les nouvelles organisations du travail: entre souffrance et performance*, Paris, L'Harmattan, p. 37-72.
36. De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de gestion: idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Éditions du Seuil.
37. Soulet, M.-H. (2009), «La souffrance sociale, pathologie des sociétés contemporaines», *Éthique publique*, vol. 11, n° 2, p. 72-77.
38. Lacroix, A. (2009), «La dimension éthique de l'organisation du travail», *Éthique publique*, vol. 11, n° 2, p. 139-146.
39. Bégin, L. (2011), «Légiférer en matière d'éthique: le difficile équilibre entre éthique et déontologie», *Éthique publique*, vol. 13, n° 1, p. 39-61.
40. Coutarel, F. (2011), «Quelle reconnaissance du travail réel, des tensions et déséquilibres dans la quête de performance?» dans Chaudat, P. et Muller, R. (dir.) (2011). *Les nouvelles organisations du travail: entre souffrance et performance*, Paris, L'Harmattan, p. 73-99.
41. Blondeau, D. (1999). *Éthique et soins infirmiers*, Montréal, PUM.
42. Goulet, O. et Dallaire, C. (2002). *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*, Boucherville, Gaëtan Morin.
43. Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*, Montréal, Gaëtan Morin.
44. Oberle, K. & Raffin, S. (2008). *Ethics in Canadian Nursing Practice: Navigating the Journey*, Toronto, Pearson Prentice Hall.
45. Hopkinson, J.B., Hallett, C.E. et Luker, K.A. (2005) «Everyday Death: How Do Nurses Cope with Caring for Dying People in Hospital?», *International Journal of Nursing Studies*, vol. 42, n° 2, p. 125-33.
46. Vachon, M. (2010). *Vivre au chevet de la mort: une analyse phénoménologique et interprétative de l'expérience spirituelle et existentielle d'infirmières qui accompagnent des patients en fin de vie*, thèse de doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.
47. Gilbert, M. Et Mettler, D. (2010), «Confidentialité et partage d'information en soins palliatifs. Quelles représentations chez les professionnels? Une recherche qualitative», *Revue internationale de soins palliatifs*, vol. 25, n° 3, p. 105-112.
48. Fillion, L., Robitaille, M.-A., Gélinas, C., Langlois, L. et Truchon, M. (2011), «Soins palliatifs de fin de vie dans les unités de soins intensifs: difficultés des infirmières», *Objectif Prévention*, vol. 34, n° 4, p. 20-21.
49. Najjar, N., Davis, L.W., Beck-Coon, K. et Doebbeling, C.C. (2009), «Compassion Fatigue: A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-care Providers», *Journal of Health Psychology*, vol. 14, n° 2, p. 267-277.
50. Langlois, L. (2012): La compétence éthique dans les unités de soins intensifs et d'oncologie, présentation de l'étude 4 du projet SATIN I à l'auberge st-Antoine, Québec, Canada, 2012.
51. Goodpaster, K.E. (2009). *Conscience and Corporate Culture*, Malden, Blackwell Publishers.
52. Molinier, P. (2004), «Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe», *Travail et Emploi*, n° 97, p. 79-91.
53. Langlois, L., Dupuis, R., Truchon, M., Marcoux, H. et Fillion, L. (2009), «Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs», *Éthique publique*, vol. 11, n° 2, p. 20-30.
54. Gouvernement du Québec – ministère de la Santé et des Services sociaux, (http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?sante_mentale_au_travail)