

Situations éthiques vécues par des infirmières en lien avec la santé et la sécurité au travail

Chantal Caux
France Dupuis
Kathleen Lechasseur
Laurence Fortin-Pellerin
Jocelin Lecomte

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1097



NOS RECHERCHES travaillent pour vous !

Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes;

Assurer la diffusion des connaissances et jouer un rôle de référence scientifique et d'expertise;

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement :

- au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CNESST (preventionautravail.com)
- au bulletin électronique InfoIRSST

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2020
ISBN : 978-2-89797-114-4
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail
Mai 2020

Situations éthiques vécues par des infirmières en lien avec la santé et la sécurité au travail

Chantal Caux¹, France Dupuis¹, Kathleen Lechasseur²,
Laurence Fortin-Pellerin¹, Jocelin Lecomte²

¹ Université de Montréal

² Université Laval

³ CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1097



Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document.

En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

Cette publication est disponible en version PDF sur le site Web de l'IRSST.



ÉVALUATION PAR DES PAIRS

Conformément aux politiques de l'IRSST, les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) pour son soutien financier ayant rendu possible cette recherche.

De sincères remerciements s'adressent aux infirmières et infirmiers pour avoir accepté que leurs travaux soient analysés dans le cadre de cette recherche.

Les auteurs remercient également Mme Marie-Hélène Poirier, conseillère en valorisation de la recherche à l'IRSST, pour son soutien tout au long du déroulement du projet de même que les membres du comité de suivi pour leur contribution et leurs commentaires judicieux à toutes les étapes du projet.

Enfin, des remerciements s'adressent à M. Charles Gagné (IRSST) et Mme Élise Ledoux (UQAM/IRSST) pour avoir grandement contribué au développement et au démarrage du projet.

SOMMAIRE

L'éthique de la santé fait partie intégrante de la pratique infirmière. L'éthique définit des principes, tels la bienfaisance ou le respect de l'autonomie, qui viennent baliser cette pratique. Ainsi, l'éthique est imbriquée dans toutes les interventions des infirmières et infirmiers (ci-après les infirmières). Il n'est pas rare toutefois que les infirmières vivent des expériences qui sont problématiques d'un point de vue éthique. On parlera souvent dans la littérature de dilemmes éthiques. Ces dilemmes peuvent avoir un impact négatif sur la santé de ces dernières. En effet, en raison de la détresse générée par ces dilemmes, les infirmières peuvent ressentir des symptômes physiques (maux de tête, douleurs musculaires, insomnie) ou psychologiques (anxiété, stress), ce qui peut engendrer un sentiment d'insatisfaction au travail, voire contribuer à un épuisement professionnel.

Il est reconnu dans la littérature que ces dilemmes touchent généralement la prestation des soins. Des perceptions divergentes quant à la nécessité de certaines interventions ou la difficulté de fournir des soins équitables lorsque les ressources sont limitées sont des exemples de dilemmes qui posent problème pour les professionnels de la santé, dont les infirmières. Dans le cadre d'un cours d'éthique clinique de deuxième cycle universitaire donné à des infirmières, il a été constaté que les récits que faisaient celles-ci d'une expérience, perçue comme étant problématique d'un point de vue éthique, comportaient également des aspects relatifs à leur santé et sécurité au travail (SST). Cette recherche avait donc pour but d'explorer et de décrire les caractéristiques de ces expériences problématiques d'un point de vue éthique en mettant l'accent sur les aspects de SST. Afin d'atteindre ce but, les récits rédigés par des infirmières dans le cadre du cours ont fait l'objet d'une analyse qualitative descriptive; les récits étant présentés sous forme d'un travail écrit de fin de session rapportant l'expérience vécue. Analyser ces travaux était également original et novateur en tant que méthode de recherche pour explorer ces expériences puisqu'aucune autre étude utilisant une méthode similaire n'avait alors été recensée.

Après avoir lancé un appel aux infirmières ayant suivi le cours entre 2011 et 2017, 115 d'entre elles ont accepté que leur récit fasse partie de cette recherche. Au moment où se sont déroulés les événements et l'expérience qu'elles ont décrits dans leur travail, la plupart d'entre elles en étaient à leurs premières années de pratique en tant qu'infirmières et elles occupaient, en majorité, une fonction orientée vers les soins aux patients alors que quelques autres étaient gestionnaires ou encore travaillaient en prévention/promotion en santé communautaire. Toutes œuvraient en contexte québécois, principalement urbain. Les récits ont fait l'objet d'une analyse qualitative thématique de contenu qui a permis de décrire les sources des expériences vécues, leurs conséquences sur les infirmières de même que les pistes de solution qu'elles proposent, et ce, en portant une attention particulière aux aspects de SST qui y sont liés.

Suivant l'analyse, l'expression « situation éthique » a été privilégiée pour englober l'expérience et les événements décrits par chacune des infirmières. Parmi les résultats saillants, on constate d'une part que les dilemmes éthiques ne figurent pas parmi les situations éthiques les plus vécues. En fait, dans une majorité des cas, les infirmières ne semblent pas nécessairement vivre un « dilemme » au sens propre, à savoir un sentiment de devoir choisir entre deux (ou plus) options équivalentes. Plutôt, leur certitude quant à la « bonne » action à poser lors de la situation vécue semble assez présente. D'autre part, il ressort que la SST est récurrente au sein

des situations éthiques puisque près du deux tiers des infirmières l'ont abordée. Ainsi, les résultats montrent que plusieurs aspects de SST sont impliqués dans les situations éthiques. Ces aspects ont été regroupés lors de l'analyse selon des catégories de déterminants de SST. Ces déterminants ont trait à l'environnement physique de travail, à l'organisation du travail, aux relations et perspectives de travail et aux manifestations de violence. Ces déterminants peuvent être à la source de la situation ou encore la précipiter, voire l'empirer. Les risques infectieux auxquels sont exposées les infirmières, leur surcharge de travail, leur manque de latitude décisionnelle en sont des exemples. Diverses formes de violence font également partie des aspects qui influencent les situations telles les manifestations dont elles sont la cible ou témoins, tant physiques que psychologiques. Les résultats soulèvent par ailleurs que certains déterminants de SST peuvent avoir un effet bénéfique sur les situations éthiques. Le soutien, l'entraide, l'écoute font partie des avenues formulées par les infirmières afin de mieux prévenir ou gérer ces situations.

Les résultats font enfin état de conséquences que ces situations éthiques ont sur les infirmières. La tristesse, la détresse, l'anxiété, l'épuisement, un sentiment d'incompétence ou de culpabilité ou encore une perte d'estime d'elles-mêmes sont parmi les termes récurrents utilisés par les infirmières pour décrire ces conséquences. Des impacts négatifs sur la qualité et la sécurité des soins aux patients ont également été identifiés par ces dernières.

Cette étude a donc permis d'explorer des situations éthiques vécues par les infirmières. Étant donné que la SST apparaît comme étant partie prenante de nombreuses situations, cette recherche souligne la nécessité d'intégrer des dimensions relevant de la SST à l'enseignement de l'éthique aux infirmières et de poursuivre la réflexion sur ce qu'est un milieu de travail favorable au plan éthique dans le contexte actuel du réseau de la santé québécois.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
SOMMAIRE	iii
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS	ix
1. INTRODUCTION	1
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	3
2.1 Les dilemmes éthiques au sein de la pratique infirmière	3
2.2 La détresse morale	4
2.3 De l'enseignement de l'éthique clinique à cette recherche exploratoire.....	5
3. OBJECTIFS DE RECHERCHE	7
4. MÉTHODOLOGIE	9
4.1 Recrutement des infirmières	9
4.2 Les données de recherche.....	10
4.3 L'analyse des données	10
4.4 L'approbation éthique	13
5. RÉSULTATS	15
5.1 Les infirmières au moment de la situation	15
5.2 Les sources des situations éthiques rapportées par les infirmières.....	18
5.2.1 Les fondements des situations éthiques	19
5.2.2 Les objets des situations éthiques	23
5.3 L'influence des déterminants de la santé et de la sécurité au travail sur les situations éthiques	27
5.4 Les conséquences des situations éthiques	32
5.5 Les pistes de solution	34
6. DISCUSSION	37
6.1 Discussion sur la méthode et ses impacts sur les résultats obtenus	37
6.2 Les situations éthiques, leur source et les déterminants de SST.....	39
6.3 Les conséquences des situations et la détresse morale	41
6.4 Pistes de réflexion et recommandations.....	42
7. CONCLUSION	45

BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXE A : LES OUTILS DE RECRUTEMENT	53
A.I L'invitation générale à participer (Publication sur Facebook).....	53
A.I.I L'invitation individuelle à participer (courriel).....	53
A.I.II Le formulaire d'information	55
ANNEXE B : LES OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	59
B.I Les consignes du travail	59
B.I.I Le courriel envoyé pour obtenir les informations manquantes	62
ANNEXE C : LES PISTES DE SOLUTION PROPOSÉES EN LIEN AVEC LE CONTEXTE D'INFORMATION AUX PATIENTS	65
ANNEXE D : LES THÈMES ET SOUS-THÈMES D'ANALYSE	67

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	La répartition des travaux analysés selon les années où les infirmières participantes les ont remis.	15
Figure 2.	La répartition des infirmières selon le nombre d'années d'expérience.....	16
Figure 3.	La répartition des travaux analysés selon le secteur de pratique.	17
Figure 4.	Les éléments constitutifs des sources des situations éthiques.	18
Figure 5.	Les fondements des situations éthiques.	19
Figure 6.	La répartition des situations éthiques (nombre de situations; proportion) selon leur fondement.	23
Figure 7.	Les droits, les obligations et les principes liés aux soins de santé en tant qu'objets des situations éthiques.	25
Figure 8.	Les déterminants de SST.....	25
Figure 9.	La répartition des objets des situations éthiques.	27

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

APA :	<i>American Psychological Association</i> ¹
ASI :	Assistante au supérieur immédiat
CEPI :	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CERES :	Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC :	Centre local de services communautaires
CHSLD :	Centre d'hébergement de soins de longue durée
E20XX :	Été 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 ou 2017
IPS :	Infirmière praticienne spécialisée
IRSST :	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
PART :	Participante
SOI6202 :	Cours d'éthique de la santé et pratique infirmière
SST :	Santé et sécurité au travail
TS :	Travailleuse sociale

¹ Association américaine de psychologie.

1. INTRODUCTION

Les infirmières² rencontrent régulièrement, dans leur pratique, des situations problématiques d'un point de vue éthique généralement qualifiées de dilemmes éthiques (Førde et Vandvik, 2005; Park, 2009, 2014; Saint-Arnaud, 2009; Ulrich *et al.*, 2010). De façon générale, cette littérature associe les dilemmes éthiques aux types de soins à prodiguer aux patients et la relie à des contextes spécifiques (p. ex. : soins palliatifs, soins intensifs, etc.). Ces dilemmes, lorsqu'ils engendrent une détresse chez les infirmières, peuvent avoir un impact négatif sur leur santé physique ou psychologique (Elpern, Covert et Kleinpell, 2005; Epstein et Hamric, 2009; Fillion *et al.*, 2013; Gutierrez, 2005; Meltzer et Huckabay, 2004; Włodarczyk et Lazarewicz, 2011) et les amener à considérer quitter leur emploi (Falco-Pegueroles *et al.*, 2016), voire leur profession (Ulrich *et al.*, 2010). En raison de ces impacts, le développement d'une solide compétence éthique chez les infirmières est nécessaire puisque cette compétence permet de reconnaître, d'analyser et de résoudre les dilemmes éthiques (Hamric et Delgado, 2014; Lechasseur, Caux, Legault et Dollé, 2016). Afin de développer cette compétence, l'enseignement de l'éthique devrait offrir l'occasion aux étudiantes de rédiger une narration d'une expérience vécue qu'ils perçoivent comme étant problématique d'un point de vue éthique. Cette rédaction permet ainsi de donner un sens à leur expérience vécue et de mieux comprendre et y intégrer ses dimensions éthiques (Callister, Luthy, Thompson et Memmott, 2009).

C'est en s'appuyant sur cette stratégie pédagogique que la rédaction d'une telle narration est demandée dans le cadre d'un cours universitaire d'éthique clinique de deuxième cycle (maîtrise) donné à des infirmières. Quelques centaines de récits d'infirmières ont ainsi été recueillis depuis 2011. Ce sont ces derniers qui ont servi de point de départ pour le développement de cette recherche. En effet, à la lecture de bon nombre de ces récits, il a été remarqué que la description des situations problématiques d'un point de vue éthique comportait plusieurs aspects inhérents à la SST de l'infirmière. Toutefois, puisque ces récits avaient été recueillis dans un contexte tout autre que la réalisation d'une recherche, ils n'avaient pas fait l'objet d'une analyse approfondie. Saisissant l'opportunité novatrice que ces récits présentaient d'un point de vue méthodologique, une recherche a été réalisée afin d'explorer, au moyen d'une analyse qualitative descriptive, ces récits.

Ce rapport rend compte de cette recherche exploratoire. Après un bref état des connaissances, la méthodologie est présentée. La section consacrée aux résultats rend compte de l'analyse des récits en s'attardant aux aspects de SST inhérents aux situations décrites. Le rapport se termine par une discussion des résultats à la lumière d'autres écrits et propose des pistes de réflexion pour la pratique et la recherche.

² Dans ce rapport, le terme « infirmière » est d'usage épïcène. À moins d'indication contraire, il désigne à la fois les infirmières et les infirmiers. Il en sera de même pour les termes « patients », « participantes » et « étudiantes » qui seront également d'usage épïcène.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Lors du développement de la présente étude, une recension des écrits a été réalisée. Elle ciblait spécifiquement les deux thèmes qui ont soutenu la pertinence de réaliser cette recherche. Cette section présente ces écrits puisque ce sont ces derniers qui ont été consultés avant l'étape d'analyse des données. D'autres écrits ont également été recensés après l'analyse des données. Ils sont donc inclus à la discussion des résultats obtenus et non dans l'état des connaissances. Les raisons justifiant ce choix seront présentées subséquemment dans ce rapport.

Les écrits recensés privilégient généralement l'expression « dilemmes » éthiques pour décrire l'expérience problématique d'un point de vue éthique. En effet, il faut, dans une certaine mesure, qu'il y ait un choix à faire quant à la meilleure action à poser (Fourez, 2006), que ce dernier ne soit pas explicite ou qu'il soit difficile à faire pour que l'expérience amène un problème pour l'infirmière (Noureddine, 2001 ; St-Arnaud, 2009). Cet état des connaissances relate ainsi des études se rapportant aux dilemmes. Il s'attarde ensuite à la détresse morale pouvant résulter de ces derniers. Cette section du rapport se termine par les motivations qui ont soutenu le développement de cette étude.

2.1 Les dilemmes éthiques au sein de la pratique infirmière

La pratique infirmière est constamment imbriquée de dimensions éthiques (Saint-Arnaud, 2009). En fait, la plupart des actions des infirmières sont dictées par l'éthique, c'est-à-dire une éthique articulée, entre autres, par leur code de déontologie (consentement du patient, bienfaisance, secret professionnel, etc.) (Gouvernement du Québec, s.d.). Les infirmières vivent régulièrement des situations problématiques d'un point de vue éthique qui sont généralement qualifiées de « dilemmes éthiques » (Hamric et Delgado, 2014; Saint-Arnaud, 2009;). Un tel dilemme survient lorsque plusieurs interventions sont possibles, mais généralement mutuellement exclusives (Hamric et Delgado, 2014).

Les dilemmes vécus par les infirmières surviendraient lors de situations pouvant être classées selon, entre autres, les trois grands groupes de l'échelle utilisée par plusieurs chercheurs, *l'Ethical Issues Scale* (Fry et Damrosch, 1994; Park, 2009, 2014; Redman et Fry, 2000) à savoir : 1) les situations en lien avec la fin de vie; 2) le contexte lui-même de prestation des soins et 3) les situations en lien avec le respect des droits fondamentaux. Au sein de ces groupes, on retrouve ainsi une multitude de dilemmes qui trouvent écho dans plusieurs pays (Hossein, Mansoure, Fatemeh, et Fazlollah, 2015; Johnstone, Da Costa et Turale, 2004; Park, 2014; Ulrich *et al.*, 2007; Ulrich *et al.*, 2010). En effet, un traitement qui prolonge indûment la vie, des perceptions divergentes quant à la qualité de vie des patients, les volontés non respectées de ces derniers ou de leur famille, une allocation des ressources perçue comme étant inéquitable, ou encore le choix d'une prestation de soins lorsque le consentement du patient ne semble pas éclairé, peuvent mener à des dilemmes éthiques. L'étude de ces derniers se fait généralement en milieux spécifiques : mentionnons, à titre d'exemples, à l'urgence (Langeland et Sorlie, 2011), en soins palliatifs (Guevara-López, Altamirano-Bustamante et Viesca-Treviño, 2015; Robinson *et al.*, 2012), en néonatalogie (Strandas et Fredriksen, 2014), en oncologie (McLennon, Uhrich, Lasiter, Chamness et Helft, 2013) ou encore en psychiatrie (Cutcliffe et Links, 2008). D'autres écrits font également état de dilemmes reliés au contexte de

travail. Le manque de personnel (Ball, Murrells, Rafferty, Morrow, et Griffiths, 2014), l'incompétence de ce dernier (Hamric, 2012), les points de vue divergents des différents professionnels de la santé quant aux actions à poser (Piers, Azoulay, Ricou, *et al.*, 2011; Shannon, Mitchell et Cain, 2002;) ou encore un contexte défavorable pour les infirmières ne leur permettant pas de jouer un rôle d'advocacy (DeWolf Bosek, 2009) voire même de lanceur d'alerte (Ahern et McDonald, 2002), au regard des droits des patients ou de la sécurité de la prestation de soins peuvent également mener à des dilemmes éthiques. Par ailleurs, une seule étude d'envergure, à méthodologie mixte, portant sur les dilemmes éthiques a été réalisée en contexte québécois. Les chercheurs de cette étude concluent que les infirmières québécoises vivent aussi leur lot de dilemmes éthiques, en lien particulièrement avec les soins palliatifs et soulignent la présence de dilemmes, non seulement inhérents à la prestation des soins eux-mêmes, mais également ceux découlant d'aspects organisationnels tels que la surcharge de travail (Fillion *et al.*, 2013).

2.2 La détresse morale

Les dilemmes éthiques non résolus peuvent entraîner une détresse morale chez l'infirmière (Langlois, Dupuis, Truchon, Marcoux et Fillion, 2009; Rather, May et Chung, 2016). Fillion *et al.* (2013) réfèrent quant à elles à l'expression stressseurs moraux pour parler des effets de ces dilemmes. Un dilemme éthique aura ainsi des impacts sur l'infirmière s'il provoque une tension, une compromission « morale » entre les actions qui sont prises et celles qui devraient, selon l'infirmière, être privilégiées (Varcoe, Pauly, Webster et Storch, 2012). Tel que le mentionnent Poisson, Alderson, Caux et Brault (2014), la détresse morale se définit comme un « sentiment vécu par l'infirmière qui ne peut poser l'action qu'elle considère en accord avec ses valeurs personnelles et professionnelles. » (p. 66). Dans certains cas, la détresse peut survenir lorsque les convictions de l'infirmière entrent en conflit avec les lois ou les règlements de l'établissement où elle exerce (Kälvemark, Höglund, Hansson, Westerholm et Arnetz, 2004). Les infirmières seraient particulièrement susceptibles de vivre de la détresse étant donné, selon certains auteurs, leur position subordonnée dans la hiérarchie lors de prises de décision (Burston et Tuckett, 2012). La proximité des infirmières vis-à-vis des conséquences, sur les patients, des décisions prises par les médecins pourrait également engendrer une détresse morale chez ces dernières (McCarthy et Deady, 2008). La détresse morale aurait aussi tendance à s'accumuler; ce que certains auteurs qualifient de crescendo de la détresse (Epstein et Hamric, 2009). Cette dernière, et son effet cumulatif engendreraient chez les infirmières de l'isolement et de la souffrance (Fillion *et al.*, 2013).

D'autres recherches ont également mis en évidence certaines conséquences découlant de la détresse morale. Elle peut mener à des symptômes physiques (maux de tête, douleurs musculaires, insomnie) (Elpern, Covert et Kleinpell, 2005; Gutierrez, 2005; Sasso, Bagnasco, Bianchi, Bressan, et Carnevale, 2016; Wilkinson, 1987) en plus de nuire au sentiment de satisfaction au travail (Fillion *et al.*, 2013) ce qui, ultimement, peut conduire à l'épuisement professionnel (Meltzer et Huckabay, 2004; Sasso *et al.*, 2016; Włodarczyk et Lazarewicz, 2011). Le stress lié à l'éthique peut aussi amener les infirmières à considérer quitter leur emploi (Falco-Pegueroles *et al.*, 2016), voire leur profession (Ulrich *et al.*, 2010).

Afin d'éviter ces conséquences délétères, des études se sont intéressées au lien entre la détresse et le climat éthique d'un contexte de travail. Un climat éthique à savoir un concept recouvrant les pratiques organisationnelles liées à la réflexion et aux décisions éthiques (Olson,

1998), favorable permettrait de diminuer la détresse morale des professionnels (Whitehead, Herbertson, Hamric, Epstein et Fisher, 2015). Sachant que les expériences vécues comportant des dimensions éthiques seraient sensibles à l'environnement de travail (Falco-Pegueroles *et al.*, 2016), le climat éthique gagnerait à être davantage documenté (Silén, Kjellström, Christensson, Sidenvall et Svantesson, 2012). Aucune étude portant spécifiquement sur le climat éthique au sein des établissements de santé en contexte québécois n'a toutefois été recensée.

En raison de la détresse morale que les dilemmes éthiques peuvent provoquer, cette détresse n'étant pas sans conséquence pour les infirmières, il va sans dire que le développement d'une solide compétence éthique est incontournable dans les programmes de formation puisqu'elle permet de reconnaître, d'analyser et de résoudre entre autres les dilemmes éthiques (Lechasseur, Caux, Legault et Dollé, 2016). L'une des stratégies pédagogiques à privilégier afin de développer cette compétence éthique est la rédaction d'un récit d'une expérience vécue problématique d'un point de vue éthique (Callister, Luthy, Thompson et Memmott, 2009); cette rédaction permettant aux étudiantes, ici les infirmières, de donner un sens à l'expérience vécue et de mieux comprendre et y intégrer ses dimensions éthiques.

2.3 De l'enseignement de l'éthique clinique à cette recherche exploratoire

C'est à l'instar de cette recommandation que, dans le cadre d'un cours d'éthique obligatoire de 2^e cycle universitaire en sciences infirmières (programme de maîtrise en sciences infirmières, toutes options confondues (administration, expertise-conseil, formation, prévention des infections, praticienne spécialisée [IPS]), les étudiantes doivent réaliser un récit portant sur une expérience vécue qu'elles perçoivent comme étant problématique d'un point de vue éthique. Parce qu'il s'agit d'un cours aux études graduées, les étudiantes sont infirmières et possèdent une expérience clinique qui est, toutefois, variable. Aucune contrainte n'est imposée quant au choix de l'expérience qu'elles souhaitent analyser. Au fil des sessions (chaque année depuis 2011), il est apparu, à travers la lecture de ces récits, que plusieurs situations décrites comportaient des aspects de SST, incluant le contexte de travail, alors que ces aspects n'étaient pas nécessairement abordés dans le cadre du cours et ne faisaient pas partie des exigences de rédaction. En effet, parce qu'il s'agit d'un cours d'éthique clinique, l'enseignement sur les dilemmes éthiques rencontrés lors de la pratique infirmière était généralement centré sur les soins aux patients.

Cependant, cette impression quant à la présence d'aspects liés à la SST au sein des récits demeurait non vérifiée empiriquement. Elle a donc servi de tremplin au développement de la présente recherche. Plusieurs raisons ont motivé la réalisation de celle-ci. D'abord, les récits avaient été rédigés par des infirmières provenant de divers milieux de pratique et ayant des expériences variées. De plus, le texte de ces récits était assez substantiel (12 à 15 pages) et près de 400 récits étaient disponibles en format électronique. Cette étude représentait ainsi une opportunité d'explorer les situations rapportées par des infirmières du Québec et de s'attarder aux aspects de SST que ces dernières avaient choisi d'aborder, sans que ce choix n'ait été influencé par la recherche elle-même. Enfin, lors de la rédaction du protocole de cette recherche, une seule étude ayant utilisé une méthodologie similaire afin d'étudier les dilemmes éthiques (Hopia, Lottes et Kanne, 2016) avait été recensée. Toutefois, cette dernière avait informé préalablement les étudiants des objectifs de recherche, comportait d'autres professionnels de la santé et avait recueilli les propos sous forme d'un forum de discussion.

Cette étude permettait donc également d'innover méthodologiquement pour explorer ces situations et, s'il y a lieu, les aspects de SST qui y sont inhérents.

Comme mentionné précédemment, cette recherche avait comme intérêt principal la santé et la sécurité au travail (SST) des infirmières. C'est pourquoi les écrits constitutifs de l'état des connaissances ont principalement mis l'accent sur ce qui faisait le pont entre la santé au travail et les consignes du travail demandé aux étudiantes. D'une part, cette recension s'est concentrée sur la détresse morale puisqu'elle a un impact sur la SST des infirmières. D'autre part, parce que cette détresse peut être provoquée par des dilemmes éthiques, cet autre concept a été exploré. Il s'agissait également du concept privilégié en classe et dans les livres de référence utilisés lors de la formation infirmière.

À la lumière de cet état des connaissances, cette étude se voulait exploratoire afin d'examiner les caractéristiques des situations problématiques d'un point de vue éthique rapportées par les infirmières. Cette exploration souhaitait mettre en évidence les aspects de SST, s'il y a lieu, au sein de ces dernières. Les objectifs initiaux de cette recherche étaient donc d'identifier quels étaient les dilemmes vécus par les infirmières, les conséquences pour les infirmières de ces situations (détresse morale et ses impacts physiques ou psychologiques) et les pistes de solution proposées par ces dernières. Le titre original de cette étude était donc libellé ainsi : « Exploration des dilemmes éthiques vécus par les infirmières en lien avec la santé et sécurité au travail ». Cependant, pour les raisons qui seront explicitées dans la section Méthodologie, l'expression « dilemmes éthiques » a été modifiée pour « situations éthiques ». Ces mêmes raisons expliquent également pourquoi le libellé des objectifs privilégie l'expression « Situations problématiques ».

3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Cette recherche avait comme but d'explorer quelles étaient les caractéristiques des situations problématiques d'un point de vue éthique rapportées par des infirmières et leur lien avec la SST. Spécifiquement, elle poursuivait les objectifs suivants :

- 1) Décrire les sources des situations;
- 2) Décrire les conséquences de ces situations rapportées par les infirmières;
- 3) Décrire les pistes de solution proposées par les infirmières
- 4) Décrire les liens entre ces situations et la SST.

En comprenant mieux les interactions entre l'éthique et la SST, les résultats de cette étude exploratoire permettent de servir d'assises afin, d'une part, d'alimenter la réflexion sur des avenues de recherche portant sur ces interactions en contexte de soins au Québec et, d'autre part, sur le développement d'une compétence éthique chez infirmières.

4. MÉTHODOLOGIE

Le but de cette étude en était un d'exploration des situations problématiques d'un point de vue éthique rapportées par les infirmières afin, entre autres, d'en mettre en évidence les aspects de SST qui les composent. La méthodologie privilégiée devait ainsi permettre cette exploration d'autant plus qu'il s'agissait d'une analyse rétrospective de données, ici les récits d'infirmières. En effet, ces dernières n'ayant pas été recueillies dans le cadre d'une recherche³, la méthode devait donc faire preuve de souplesse, voire de créativité. Elle s'est donc inspirée d'une méthode d'analyse qualitative descriptive. Cette section présente les détails des étapes de réalisation de cette recherche.

4.1 Recrutement des infirmières

Pour participer à la recherche, les infirmières devaient avoir suivi, entre 2011 et 2017, le cours *SO16202 Éthique de la santé et pratique infirmière* à l'Université de Montréal qui est un cours obligatoire à la maîtrise en sciences infirmières; cours dont la chercheuse principale de cette étude est responsable depuis 2010. Certaines précautions ont été prises afin d'éviter que ce double rôle « chercheuse et professeure » ne vienne influencer le déroulement et les résultats de la présente étude. Elles seront abordées subséquemment dans cette section.

Les infirmières ont été recrutées de deux manières. Premièrement, une annonce a été publiée sur le compte *Facebook* du Regroupement des étudiants et diplômés de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. L'annonce invitait les personnes intéressées à joindre l'équipe de recherche par le biais d'une adresse courriel au nom d'« Éthique-SST ».

Deuxièmement, une invitation individuelle a été acheminée, par courriel, aux étudiantes inscrites au cours d'éthique entre 2011 et 2017. Les noms des étudiantes ayant échoué ce cours ont d'abord été retirés des listes de chacune des années. La consultation du carnet d'adresses de la boîte de courriels *Outlook* de l'Université de Montréal a permis de retrouver la majorité des adresses courriel des personnes figurant sur la liste. Un message a été envoyé par courriel aux personnes afin qu'elles puissent prendre une décision au regard de l'inclusion, ou non, de leur travail dans cette étude. Ce courriel présentait les exigences inhérentes à l'éthique de la recherche : description du projet, anonymat, possibilité de retrait, inconvénients et bénéfices et conservation des données. Seule une réponse positive à ce courriel tenait lieu de signature⁴. Afin de dissocier les rôles de chercheuse et de professeure du cours, une agente de recherche a envoyé les invitations et effectué le suivi des réponses. Le courriel d'invitation et le feuillet d'information qui y était joint se trouvent en Annexe A.

Un total de 311 invitations ont été envoyées et de ce nombre, 115 infirmières ont accepté que leur travail soit analysé dans le cadre de cette recherche (taux de participation de 37 %).

³ Ce qui implique que l'échantillonnage et l'instrument de collecte des données n'ont pas été construits en fonction d'objectifs de recherche.

⁴ Une absence de réponse ou une réponse négative étaient considérées comme un refus de participer.

4.2 Les données de recherche

Cette recherche exploratoire à devis qualitatif consistait à analyser des récits d'infirmières. Ces récits sont les travaux écrits par les infirmières dans le cadre du cours *SO16202 Éthique de la santé et pratique infirmière*. Ces travaux comptaient pour 45 à 60 % (selon les sessions) de la note finale de ce cours. Les travaux consistaient en une description détaillée d'une expérience vécue problématique d'un point de vue éthique. C'est pourquoi, généralement, les étudiantes présentaient une réflexion introspective et approfondie de l'expérience de leur choix, vécue dans le cadre de leur pratique infirmière, qui les a bouleversées ou qui a eu un impact sur elles. Les consignes du travail constituent le principal instrument de collecte des données. Un courriel a également été envoyé à certaines infirmières participantes afin de compléter la description fournie dans les travaux étudiants. Ces consignes et ce courriel se trouvent en Annexe B.

4.3 L'analyse des données

L'analyse qualitative descriptive (AQD) des travaux a été la méthode privilégiée pour la réalisation de cette étude. Cette dernière permet d'en arriver à une description riche d'une expérience (Neergaard, Olesen, Andersen et Sondergaard, 2009), ce qui rejoint le but, à savoir l'exploration des récits. Toujours en lien avec ce but exploratoire, il s'avérait pertinent de ne pas orienter l'analyse en fonction d'un cadre théorique prédéfini. De plus, parce que cette recherche s'intéressait à la présence des aspects de SST au sein des situations rapportées, il s'agissait de conserver une proximité avec les données lors de l'analyse, ce que l'AQD permet (Sandelowski, 2000; 2010). L'analyse de contenu étant la stratégie de choix pour réaliser une AQD (Sandelowski, 2000 ; 2010), celle-ci a été privilégiée pour cette étude.

Les travaux ont fait l'objet d'une analyse qualitative de contenu (Thomas, 2006). Les données ont d'abord été rendues anonymes, c'est-à-dire qu'un code a été attribué à chacun des travaux et que toute information nominative en a été retirée (nom d'un hôpital par exemple). Par la suite, les étapes suivantes ont été réalisées :

- 1) Après une lecture attentive des récits (travaux), les sections qui n'avaient pas de lien avec l'expérience rapportée (p. ex. : citations d'articles de lois) ont d'abord été retirées (épuration).
- 2) Des données permettant de dresser un portrait des participantes ont ensuite été compilées : l'année de participation au cours, le nombre d'années d'expérience au moment du problème éthique, l'établissement et la ville où a eu lieu cette situation, ainsi que le secteur de pratique et la fonction de l'infirmière à ce moment (Annexe B).
- 3) Les récits ont ensuite été découpés (paragraphe ou phrases) afin d'en faire ressortir les différentes idées (unités de sens).
- 4) Ces idées ont ensuite été catégorisées, c'est-à-dire qu'elles ont été regroupées en thèmes et en sous-thèmes. Trois grands thèmes étaient définis *a priori* (processus déductif de catégorisation (Miles, Huberman, et Saldaña, 2014)) à savoir les sources des situations problématiques d'un point de vue éthique (1^{er} objectif), les conséquences (2^e) et les pistes de solution (3^e).

- 5) Chacun de ces grands thèmes a ensuite été divisé en sous-thèmes (Annexe D). Quelques-uns de ces sous-thèmes ont été déterminés de manière déductive. Il s'agit des sous-thèmes reliés aux principes éthiques ou encore aux droits fondamentaux puisque les participantes mentionnaient généralement le droit ou le principe.

Par ailleurs, au tout début du processus d'analyse, parce que les chercheurs sont influencés par leurs perceptions et leurs sensibilités (Sandelowski, 2000 ; 2010), d'autres thèmes prédéterminés étaient « pressentis » en fonction des écrits recensés préalablement à l'analyse. En effet, les sous-thèmes « dilemmes » ou « détresse morale » étaient à ce moment perçus comme étant prometteurs. Toutefois, il s'est rapidement avéré que ces thèmes ne pouvaient être utilisés de manière prédéterminée. Il est très courant d'ailleurs que le processus d'analyse qualitative demande un remodelage ou une modification des catégories (Sandelowski, 2000 ; 2010). Par exemple, le thème « dilemme éthique », tel que défini dans la littérature, demeurait réducteur et ne permettait pas de nuancer et de décrire les sources des situations rapportées.

Ainsi, si la recherche avait été conçue avec la prémisse d'une exploration des dilemmes éthiques (titre original), il est apparu nécessaire, dès le début du processus d'analyse, de parler de « situation éthique ». Le qualificatif « éthique » a été inclus dans le libellé du thème « situation éthique » puisqu'il ne s'agissait pas de réduire l'éthique aux seuls principes ou valeurs qui la composent. À l'instar de Fourez (2002) et Fourez et Larochelle (2009), les chercheurs privilégient une perspective constructiviste de la définition de l'éthique, c'est-à-dire définie selon l'individu qui la vit et dépendante de son contexte. Ainsi, les situations décrites sont des expériences choisies et rapportées pour répondre à une exigence dans un cours d'éthique. Ce sont des situations que les étudiantes ont jugées comme étant « éthiques ». Ces expériences ont ainsi été considérées comme des situations éthiques. Le libellé du thème « situation éthique » étant donc plus approprié pour permettre la description de la diversité des données analysées. Ce thème s'avérait d'ailleurs « neutre » et ne catégorisant pas *a priori* l'expérience rapportée, ce qui demeure cohérent avec l'objectif de l'AQD. De plus, ce thème permettait de tenir compte de la posture épistémologique des chercheurs, c'est-à-dire d'une perspective constructiviste de l'éthique, tributaire de l'individu et de son contexte (Fourez et Larochelle, 2009).

- 6) De plus, puisque le catalyseur de cette recherche était les aspects de SST, un sous-thème général, à savoir « Déterminants de la santé et de la sécurité au travail », a été défini. Il se voulait englobant de tous les aspects de SST relevés dans les travaux. Ce thème a été défini très largement comme étant ce qui, dans le récit, touche le contexte de travail, le travail de l'infirmière lui-même ou sa santé physique ou psychologique. Cinq catégories de déterminants ont par la suite été déterminées de manière inductive à partir des propos des participantes⁵ :

- Environnement physique de travail : ce déterminant réfère à la qualité de l'air ou la salubrité des lieux de travail. Il inclut les propos faisant état des risques encourus par l'infirmière de contracter une infection sur le lieu de travail et le port d'équipements de protection.

⁵ Les données recueillies ne permettant pas de définir plus finement chacune d'entre elles, ces définitions larges ont été privilégiées.

- Organisation du travail : regroupe ce qui a trait à la planification et la réalisation du travail. Il englobe ainsi les propos quant à la charge de travail à effectuer, aux horaires de travail (incluant le temps supplémentaire obligatoire) ou encore les tâches (et leur complexité) à accomplir. Ce thème inclut également l'interaction entre la vie privée de l'infirmière et son travail.
 - Relations de travail : regroupe les propos qui font état des interactions entre les infirmières et d'autres personnes de son milieu de travail, excluant les patients. Il peut s'agir des médecins, d'infirmières, d'autres professionnels de la santé, de préceptrices. Ces relations ont trait à la collaboration, au soutien, à la définition des rôles de chacun, aux interactions hiérarchiques et à la latitude décisionnelle que la participante s'attribue par rapport aux autres personnes.
 - Perspectives de travail : englobe les propos qui touchent à l'emploi lui-même à savoir son maintien, ses opportunités, incluant ce qui est mentionné comme pouvant modifier ces perspectives à savoir les sanctions ou les plaintes visant l'infirmière.
 - Manifestations de violence : regroupe les termes soulevés par les participantes qui sont qualifiés de « violents » telles l'agressivité (coups, injures) et les menaces. Ce déterminant inclut également la violence psychologique, identifiée comme telle, par les participantes.
- 7) Les autres thèmes et sous-thèmes ont été inférés progressivement durant le processus d'analyse des données (catégorisation inductive (Miles, Huberman, et Saldaña, 2014)). Par exemple, de l'un des thèmes principaux « Source », un premier sous-thème a été inféré : « Fondement ». Ce sous-thème a été défini comme l'une des composantes des sources des situations. Par la suite, trois autres sous-thèmes, reliés au Fondement ont été inférés des données et définis pour expliquer le fondement de chacune des situations décrites par les infirmières. Il s'agit des sous-thèmes Dilemme, Manquement et Désaccord (voir Annexe D).

Les sous-thèmes ont permis de décrire les situations rapportées par les participantes. De plus, puisque les situations étaient présentées sous forme narrative dans les travaux, les thèmes et sous-thèmes ont tenu compte du déroulement de la situation dans le temps. Les thèmes et les sous-thèmes ont finalement été réorganisés afin de former un tout cohérent. La version 11 du logiciel NVivo a été utilisée afin de soutenir ce processus d'analyse.

Par ailleurs, bien que l'analyse privilégiée pour ce projet soit en majeure partie qualitative, quelques données quantitatives ont été compilées. Le taux de participation, le nombre d'infirmières occupant telle ou telle fonction lors de la situation vécue sont des exemples de ces données quantitatives. De plus, lorsque pertinent et afin de fournir une idée de l'importance ou de la prévalence de certains aspects, des nombres ou pourcentages sont mentionnés. C'est le cas par exemple de la proportion des situations qui ont été décrites suivant l'analyse comme étant un dilemme, un manquement ou un désaccord.

Une agente de recherche a effectué les étapes de l'analyse nécessitant un contact direct avec les données brutes afin de dissocier les rôles de professeure et de chercheuse de la chercheuse principale. Il s'agissait en fait d'éviter que l'analyse ne soit teintée par sa

connaissance tant des participantes, de la totalité des travaux que des exigences du cours. Enfin, tout au long de l'analyse, un processus de triangulation a été effectué. En effet, en plus de la vérification de la cohérence de l'interprétation des données entre l'agente de recherche et les chercheurs, un comité de suivi composé de plusieurs acteurs œuvrant en SST et d'une conseillère en valorisation de l'IRSST, a, au fil du déroulement de l'étude, contribué à enrichir l'analyse en soulevant des questionnements au regard de l'interprétation des données. Ces multiples regards ont assuré la qualité de l'analyse et la validité des résultats (Miles, Huberman, et Saldaña, 2014).

4.4 L'approbation éthique

Le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal a approuvé la recherche (16-190-CERES-D). Il a également approuvé la relance par courriel de certaines infirmières en cours de recherche. Le caractère novateur de la méthode privilégiée a nécessité une réflexion sur des aspects tels la propriété intellectuelle des travaux, l'accès à ces derniers, le double rôle de la chercheuse principale et le maintien de la confidentialité afin d'en assurer l'acceptabilité éthique.

Plusieurs mesures ont en effet été prises afin de garantir la confidentialité des données. En plus de celles mentionnées précédemment, les informations spécifiques (p. ex. : nom de maladie) ont été retirées et remplacées par des informations générales (p. ex. : « maladie »). La description des infirmières (rôle, milieu de travail, lieu) est dissociée, dans le rapport, des résultats de l'analyse des situations qu'elles ont décrites en vue d'éviter des combinaisons d'information qui permettraient d'identifier les participantes.

5. RÉSULTATS

Chacun des récits présente une situation éthique. Cette dernière est définie comme étant l'expérience rapportée par les infirmières qui constitue une problématique d'un point de vue éthique choisie par elles. Cette section présente les résultats de l'analyse des 121 situations éthiques dans les travaux⁶. Au total, 102 infirmières et 13 infirmiers ont pris part à la recherche. Ces 115 infirmières ont remis leur travail final entre 2011 et 2017, lors des sessions d'été. La figure 1 montre la répartition des travaux analysés selon leurs années de remise.

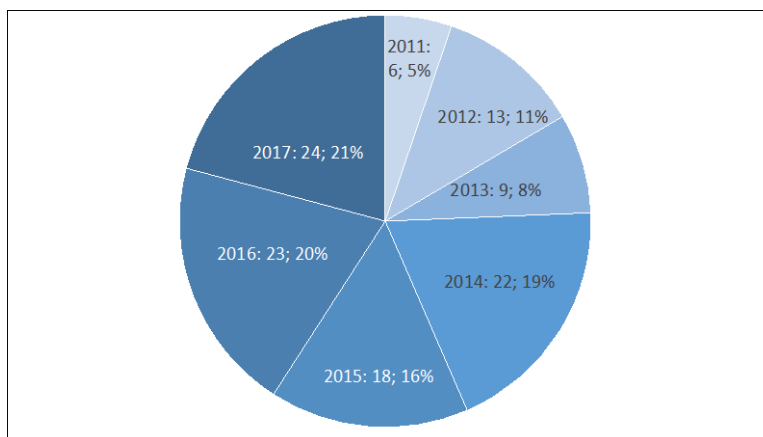


Figure 1. La répartition des travaux analysés selon les années où les infirmières participantes les ont remis.

Les consignes du travail demandaient que soient fournies, entre autres, les informations contextuelles nécessaires à la compréhension des situations éthiques. La section suivante présente la compilation de ces informations et dresse ainsi un portrait des infirmières ayant participé.

5.1 Les infirmières au moment de la situation

La majorité travaillait dans des villes québécoises de plus de 100 000 habitants (75). Douze infirmières ont mentionné le nom de villes québécoises comptant entre 10 000 et moins de 100 000 habitants. Huit infirmières ont mentionné qu'elles travaillaient à l'extérieur du Canada alors que cinq infirmières ont indiqué qu'elles travaillaient en milieu rural québécois (ville de moins de 10 000 habitantes et habitants). Quinze infirmières n'ont spécifié aucun lieu de travail. Toutes ont cependant indiqué le type d'établissement au sein duquel s'est produite la situation : hôpital général (73), hôpital spécialisé (18), CLSC (11), CHSLD (5), établissements hors du réseau de la santé (4)⁷, cliniques spécialisées (3) et autre (1)⁸.

⁶ La majorité des 115 travaux sont consacrés à une seule situation, mais quelques infirmières ont discuté de plus d'une situation éthique dans leur travail.

⁷ Afin de maintenir la confidentialité, aucune information se rapportant à un seul milieu n'est mentionnée dans ce rapport. Les informations ayant une seule occurrence sont désignées d'une appellation générale telle que « hors réseau de la santé » et « autre » ou « autres ». Il en va de même pour les établissements rares dans la profession infirmière.

Parmi les 115 infirmières, 20 n'ont pas indiqué le nombre d'années d'expérience qu'elles détenaient au moment de la situation. Parmi les 95 autres, plus de la moitié avaient moins de 5 ans d'expérience, tel que l'illustre la figure 2.

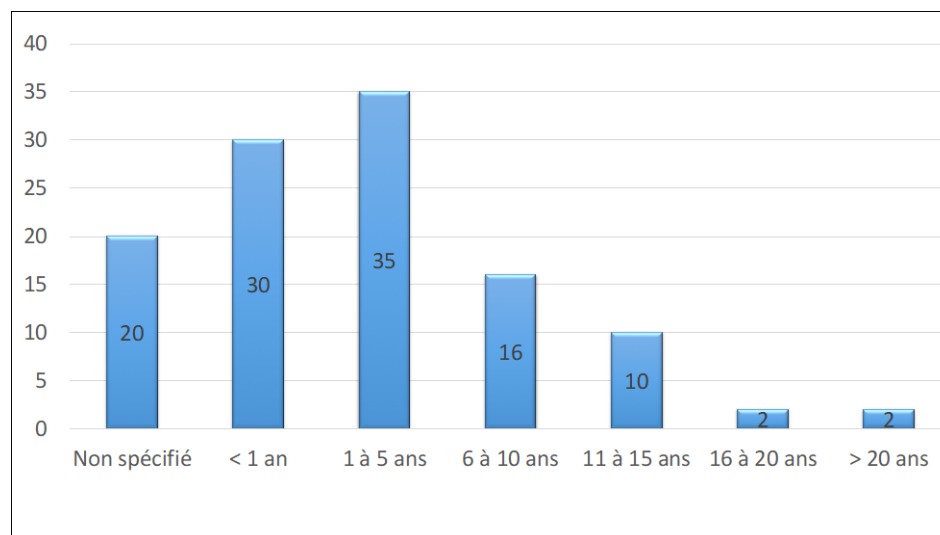


Figure 2. La répartition des infirmières selon le nombre d'années d'expérience.

La pratique de l'ensemble des participantes à cette recherche couvrait de nombreux secteurs, auprès de plusieurs populations. La figure 3 illustre la répartition des infirmières selon leur secteur de pratique au moment de la situation : la périnatalité et néonatalité, l'urgence, la chirurgie, les soins intensifs et la psychiatrie étant les secteurs les plus présents. Le secteur « autres » englobe tous les secteurs qui ne peuvent, pour des raisons de confidentialité, être identifiés.

⁸ La majorité des établissements de travail correspond à l'employeur des infirmières, mais certaines situations éthiques se sont déroulées dans un établissement autre que celui de l'employeur. Les établissements mentionnés ici sont ceux où sont survenues les situations.

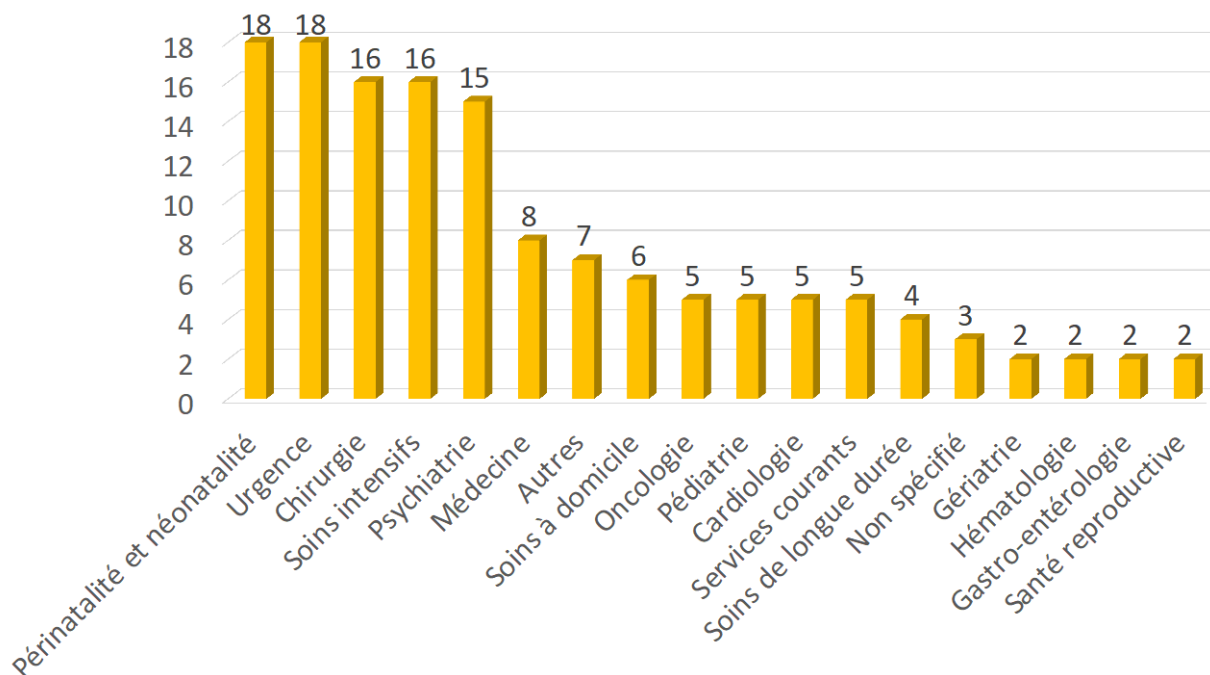


Figure 3. La répartition des travaux analysés selon le secteur de pratique⁹.

Par ailleurs, six fonctions infirmières figurent dans les travaux analysés. La majorité des infirmières (88) ont décrit une fonction pouvant être qualifiée de « curative », c'est-à-dire principalement orientée vers le soin individuel. Onze infirmières ont indiqué qu'elles occupaient une fonction communautaire; intervenant principalement en amont des problèmes et sur le milieu de vie des personnes. Cette fonction incluait les infirmières œuvrant en santé publique, en réinsertion, en prévention et en promotion de la santé. La troisième fonction était celle de gestionnaire, occupée par neuf infirmières au moment de la situation. La fonction de gestion inclut celles d'infirmière-chef, d'assistante au supérieur immédiat (ASI) et d'assistante à l'infirmière-chef. Deux participantes ont mentionné qu'elles exerçaient une fonction de soutien ou de conseil à la pratique, deux autres ont indiqué qu'elles étaient proches aidantes d'un patient (il ne s'agit pas d'une fonction infirmière *per se*, mais la situation est décrite de cette perspective) et une infirmière exerçait une autre fonction qui ne peut être mentionnée à sa demande.

La plupart des récits (115/121 situations) fait état de situations qualifiées de particulières, c'est-à-dire circonscrites à un moment précis et qui touchaient un nombre limité de personnes, tels des membres du personnel soignant, des patients et des proches (définitions à l'Annexe D). L'extrait suivant en est un exemple :

(...) la problématique éthique principale dans cette situation résulte dans le fait que [la patiente] ne voulait pas informer ses [proches] de [sa maladie] en phase terminale pour

⁹ Certaines infirmières ont mentionné deux secteurs de pratique. Dans ces cas, les deux secteurs ont été comptabilisés dans les données. Le nombre total d'infirmières dans l'ensemble des secteurs de pratique est donc supérieur au nombre d'infirmières participantes

les protéger et que cela engendrait un conflit de valeurs et un grand problème pour ma part, en tant qu'infirmière (PART-D-17).

Les quelques autres ont choisi de discuter de situations éthiques de plus grande ampleur, c'est-à-dire relatives à un ensemble de personnes et de problématiques. Ces situations dites sociales consistent à se demander si une pratique de soins devrait être légale ou si elle devrait être adoptée par le système de santé, par un type d'organisation, par une organisation ou auprès d'une population (définition à l'Annexe D). C'est le cas de la remise en question de certains tests génétiques durant la grossesse :

(...) le dépistage systématique [d'une maladie] et l'interruption médicale de grossesse qui est suggérée lors du diagnostic tendent vers l'éradication d'un type d'humain — les personnes atteintes de [cette maladie] : un processus qui pourrait donc être qualifié d'eugéniste. Un problème au niveau du respect de la dignité humaine des personnes humaines et handicapées est donc soulevé (PART-D-11).

5.2 Les sources des situations éthiques rapportées par les infirmières

L'un des objectifs de cette recherche étant d'identifier les sources des situations éthiques, l'analyse a été orientée de manière à décrire ce qui, justement, mène à l'aspect problématique des situations. Les éléments constitutifs de ces sources sont présentés à la section suivante.

Les sources des situations, qu'elles soient particulières ou sociales, sont décrites à travers deux composantes (sous-thèmes) qui ont été construites de manière inductive lors de l'analyse. Ainsi, pour chaque situation éthique, l'analyse a permis d'en décrire son fondement (dilemme, manquement ou désaccord) et l'objet (soins de santé ou SST) sur lesquels elle porte. La figure 4 illustre ces éléments constitutifs décrivant les sources des situations.

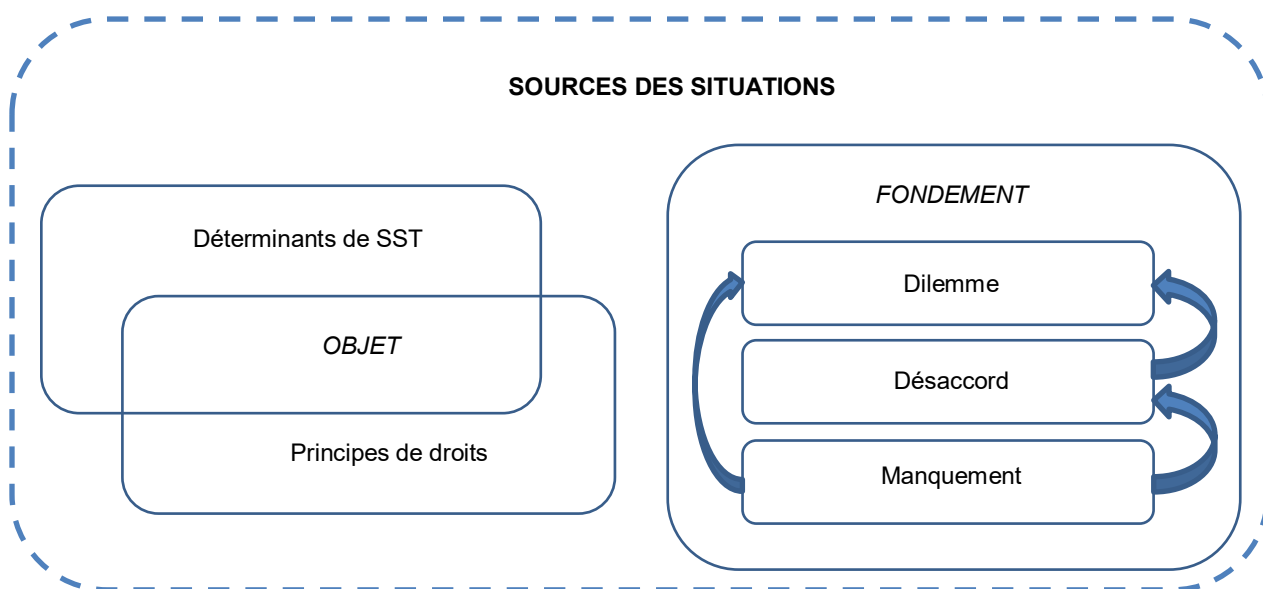


Figure 4. Les éléments constitutifs des sources des situations éthiques.

5.2.1 Les fondements des situations éthiques

Les fondements des situations se définissent en fonction de deux axes : certitude/incertitude et acceptabilité/non-acceptabilité. Le premier axe correspond à la posture de l’infirmière quant à la meilleure option à adopter dans la situation. En d’autres termes, l’infirmière se sent-elle certaine ou incertaine de l’option à privilégier? Le deuxième axe indique si les options discutées dans les situations sont, selon l’infirmière, acceptables ou non. L’acceptabilité est définie en fonction d’un principe éthique ou déontologique, d’un droit ou d’un aspect relié à la SST (p. ex. : la charge ou la complexité du travail demandé). L’interaction entre les deux axes permet, pour chaque situation décrite, d’en identifier le fondement qui peut être soit un dilemme, un manquement ou un désaccord. La figure 5 illustre cette interaction.

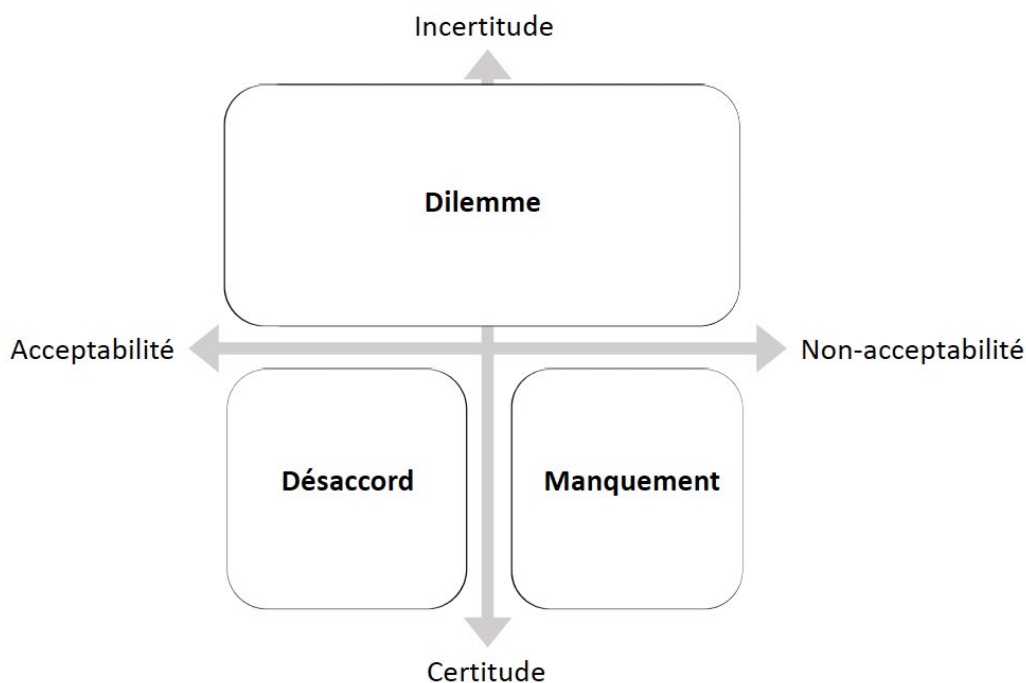


Figure 5. Les fondements des situations éthiques.

Le **dilemme éthique** se caractérise par un sentiment d’incertitude de l’infirmière vis-à-vis plusieurs options jugées acceptables ou inacceptables. Les dilemmes surviennent lorsque l’infirmière est *incertaine* de l’action la plus souhaitable ou la moins dommageable à poser. Aucune ne lui apparaît comme étant optimale ou manifestement meilleure. L’extrait suivant est un exemple de dilemme :

[J’étais] complètement bouche bée devant ce dilemme éthique. « Devions-nous lui permettre de voir son [proche] une dernière fois, afin de lui permettre de confirmer qu’il était bien mort et de peut-être entamer plus facilement son deuil? Était-elle trop jeune? » (...) je persiste à me demander si son deuil aurait été facilité ou empiré par cette dernière rencontre avec son [proche] décédé (PART-F-18).

Il arrive au contraire que l'infirmière soit *certaine* de l'option à privilégier, mais que d'autres personnes estiment qu'une option différente serait souhaitable ou tout aussi adéquate ou acceptable. Ce **désaccord** est alors vécu comme une certitude de l'infirmière quant à la meilleure option à privilégier, en s'appuyant sur un principe, un droit ou un déterminant de SST alors qu'un autre acteur prône une option alternative, lui aussi justifiant son action en fonction d'un autre principe, droit ou déterminant, tout autant défendable. L'infirmière vit alors un désaccord avec ses patients, avec ses collègues, avec ses gestionnaires ou avec une mesure ou une loi qu'elle doit mettre en application. Les extraits suivants illustrent des situations de désaccord, entre deux principes éthiques ou avec l'application d'une loi :

À mon avis, il y avait une seule décision à prendre et un seul principe à respecter. Je crois que l'autonomie des parents aurait dû primer sur la bienfaisance et le paternalisme de la part de l'équipe médicale (PART-D-03).

Ils faisaient preuve de bienfaisance en voulant poursuivre les traitements de maintien de vie du bébé, toutefois leurs [l'équipe médicale] croyances étaient distinctes de celles des infirmières (PART-D-03).

Selon moi, le patient a été amené à tort au centre hospitalier (...), et il ne présentait pas réellement un danger pour lui-même ou pour autrui. J'ai donc dû continuer l'application de cette loi [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui], alors que cette situation était contraire à mes valeurs (PART-F-10).

Des infirmières ont consacré leurs récits à ce qui a été décrit, suivant l'analyse, comme un **manquement** qu'elles ont observé ou subi. Le manquement est aussi vécu avec *certitude*, mais devant une option qui n'est pas « défendable » éthiquement, déontologiquement, légalement ou selon un déterminant de SST. Par exemple, dans le dernier extrait (PART-F-10), étant donné que la décision d'hébergement du patient était soutenue par une ordonnance de la cour, elle est justifiée au plan légal : l'infirmière vit ce qui a été catégorisé comme étant un désaccord. Ce qui distingue le manquement du désaccord, c'est que le manquement ne peut pas, aux yeux des infirmières, être justifié puisqu'il est indéfendable, inacceptable. Ces manquements peuvent être commis par des médecins, des gestionnaires, d'autres infirmières, des patientes ou des patients et des proches. Ils consistaient par exemple à duper un patient, à lui mentir, à rire de son apparence physique, à imposer des traitements ou à faire pression en ce sens. Par exemple, le déterminant de SST - manifestations de violence (tant psychologique que physique, qu'elles soient subies par un patient ou une infirmière) - sous-tend aussi un manquement puisqu'il est décrit par l'infirmière comme étant inacceptable. Le manquement illustré dans l'extrait suivant a trait à la violence psychologique contre une infirmière participante et certaines de ses collègues :

(...) mon rôle dans cette situation a été d'être victime de violence psychologique. Je réalise rétrospectivement que je n'étais pas la seule à vivre cette problématique éthique. Les CEPI et les nouvelles infirmières étaient particulièrement les cibles de certaines infirmières et médecins qui les dénigraient allègrement (PART-G-13).

Une autre infirmière résume ainsi sa certitude lors d'un manquement, sans avoir pu réagir, à savoir des mensonges formulés par des intervenants afin d'imposer un soin à une patiente :

Moi, je continue encore de croire que le médecin et les infirmières soignantes auraient pu agir autrement auprès de cette patiente (PART-D-06).

L'analyse permet également d'explorer la complexité des sources des situations éthiques. En effet, plusieurs situations montrent des fondements combinés où une même situation comporte deux fondements, le premier ayant entraîné le second. Il s'agit d'une part, de dilemmes suivant un manquement ou un désaccord et, d'autre part, d'un désaccord suivant un manquement.

Précisément, devant un manquement, certaines infirmières se disent incertaines quant à l'action la plus souhaitable à poser. Les fondements de ces situations sont qualifiés de dilemmes à la suite d'un manquement. Les dilemmes portent alors sur leur réaction aux manquements.

Par exemple, une participante résume une situation où les infirmières accordent un privilège à un patient parce qu'il menace de frapper le personnel si on le lui refuse; privilège qu'elles ne concèdent évidemment pas aux autres patients :

Je spécifie néanmoins que j'ai le même malaise à maintenir une ligne dure dans un cas, que de permettre un accommodement raisonnable dans un autre cas (PART-F-16).

Certaines infirmières confient aussi s'être questionnées à savoir si elles devaient « collaborer », c'est-à-dire contribuer elles aussi au manquement ou encore « exécuter » les ordres d'un gestionnaire, même si elles perçoivent ce qui a été catégorisé comme un manquement. D'autres rapportent s'être demandées si elles devaient s'interposer ou dénoncer le manquement dont elles étaient témoins et, le cas échéant, de quelle manière elles devaient procéder puisqu'elles risquaient de subir des représailles.

Dans la même ligne de pensée, lorsqu'elles subissent elles-mêmes un manquement, elles hésitent entre le tolérer ou s'en protéger; vivant ainsi un dilemme quant à l'action à poser. Dans l'extrait suivant, l'infirmière a fait part d'un dilemme au regard de la réaction à privilégier suivant un manquement qu'elle avait subi de la part d'un patient :

(...) connaissant les antécédents de ce patient et son agitation au téléphone, je me sens inconfortable et anxieuse à le voir seule. De plus, je le connais bien, il est costaud et plus grand que moi. Il a clairement démontré des signes d'agressivité verbale et je crains l'agressivité physique. D'un autre côté, il me semble inacceptable de refuser l'accès à des soins de santé à cet homme en raison de la peur et il a besoin de soins (...) (PART-G-23).

Des infirmières ont également discuté de dilemmes à la suite de désaccords. Dans ces cas, les infirmières participantes indiquent d'abord qu'elles désapprouvaient une décision prise dans leur milieu de travail. Lorsqu'on leur demande de se conformer, elles décrivent un dilemme quant à leur réaction à cette exigence. L'extrait suivant illustre ce genre de situation où l'infirmière vit d'abord un désaccord quant aux nouvelles exigences du CLSC qui mènent ensuite au dilemme concernant la meilleure intervention à faire :

[Devant l'obligation d'inscrire officiellement une participante à un programme, obligation à laquelle s'oppose la participante], (d)evrons-nous cesser des services à une jeune mère, qui se sent soutenue dans l'exercice de son rôle parental, mais qui refuse d'être suivie dans un programme spécifique, pour des raisons de reddition de compte? Ou, devons-nous l'inscrire dans un programme qu'elle juge « stigmatisant » et sans son consentement éclairé (lorsqu'un suivi est déjà entamé avec une intervenante de ce programme), afin d'agir dans le meilleur intérêt de son enfant? (PART-B-12).

D'autres infirmières ont discuté de désaccords à la suite de manquements. Par exemple, un patient menace la participante de violence physique (manquement). La participante estime insuffisantes les mesures de protection prises par l'employeur. Elle demande alors l'exclusion du patient de l'établissement, mais le gestionnaire défend l'accès aux soins du patient dans cet établissement (désaccord) :

Il est irréfutable de constater qu'il y a un conflit entre mes valeurs personnelles et professionnelles et celles de l'institution. La direction mettait le bien-être du client [fautif] sur un plateau d'or en s'appuyant sur la Charte des droits et libertés (...). Il est triste de constater que les concepts des droits et libertés soient polarisés du côté des bénéficiaires du système de la santé. (...) un conflit émergeait entre mes valeurs et celles de l'institution suite à ma décision ferme de préserver ma sécurité et celle de mes collègues (PART-G-05).

Suivant l'analyse des données, il appert que les situations éthiques ont pour source un désaccord, qu'il soit seul (69 situations), suivant un manquement (3) ou encore un désaccord qui a mené à un dilemme (3). Ainsi, dans une majorité de cas, il semble donc que l'infirmière avait un sentiment de certitude quant à ce qu'elle observait ou vivait. L'analyse des données montre également qu'un désaccord n'entraîne pas nécessairement un dilemme, ce qui n'est pas le cas des manquements. En effet, lorsqu'un manquement constitue le fondement d'une situation, l'infirmière risque fort de vivre un dilemme puisque 21 des 32 manquements identifiés ont entraîné un dilemme, tel qu'en témoigne la figure 6. Quant aux dilemmes, comme seul fondement, ils demeurent somme toute peu nombreux et touchent particulièrement des situations ayant pour objet les soins. Lorsqu'ils sont combinés, ils touchent tant des objets de soins que de SST (Annexe D). Ces objets sont présentés à la section suivante. Rappelons qu'avec les fondements, les objets sont les éléments constitutifs des sources des situations éthiques.

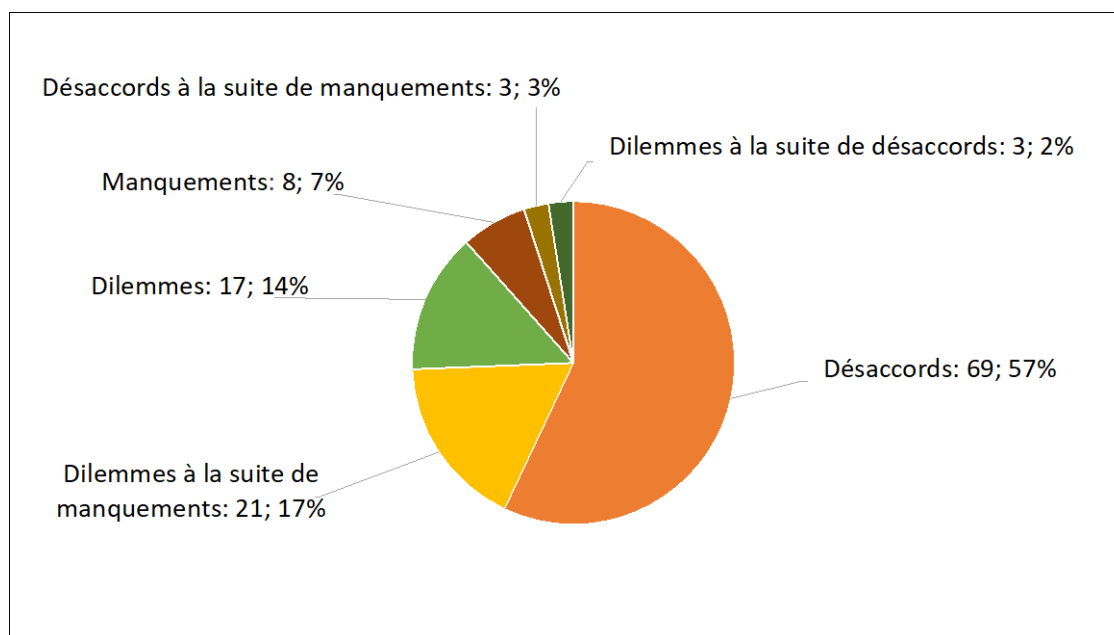


Figure 6. La répartition des situations éthiques (nombre de situations; proportion) selon leur fondement.

5.2.2 Les objets des situations éthiques

Ces dilemmes, manquements ou désaccords portent sur ce qui a été décrit suivant l'analyse comme étant un objet, à savoir ce qui pose problème (voir Annexe D). Les objets sont de diverses natures : droits fondamentaux et principes éthiques ainsi que déterminants de la SST. Ils sont présentés dans cette section.

D'abord, le travail étant réalisé dans un contexte d'évaluation certificative dans le cadre d'un cours d'éthique clinique, il demeure cohérent que la majorité des situations ait pour objet des droits et principes inhérents à la prestation des soins de santé (en clinique) donc qu'elles touchent les patients. Ainsi, plusieurs situations ont pour objet des droits ou des principes liés à ces soins.

5.2.2.1 Les droits et principes liés aux soins de santé en tant qu'objets

De nombreuses situations éthiques ont trait aux droits fondamentaux, à savoir les droits à la vie, à l'intégrité, à la liberté et à la vie privée. Ces droits sont ceux de patients, de proches ou de membres de la population en lien avec la prestation de soins de santé. L'extrait suivant témoigne d'une situation menaçant le droit à l'intégrité d'une patiente :

[La patiente] m'a avoué avoir par contre peur de la réaction de son [proche] qui avait déjà été violent dans le passé. Il l'avait déjà frappée au visage à un moment donné. De ne pas dénoncer son [proche] garderait l'équilibre familial plus intact, mais à quel prix? Il est possible que le [proche] de [la patiente] lui profère de nouvelles menaces ou qu'il passe à l'acte et devienne physiquement violent avec elle (PART-D-05).

Certaines infirmières ont décrit des situations relevant de la protection de la jeunesse, plus spécifiquement les droits des enfants au développement et à l'accès aux services de santé :

(...) ma problématique éthique vient du fait que [la patiente] a refusé les consultations (...) pour son enfant (...) alors que les médecins de [mon établissement] et moi-même jugions qu'une évaluation par des spécialistes était nécessaire afin d'assurer le bon développement de [l'enfant de la patiente] qui présentait clairement des retards au niveau de son développement psychomoteur (PART-F-08).

D'autres situations ont trait aux droits en matière de services de santé et de services sociaux. Divers droits constituent ainsi l'objet de situations éthiques : à l'information, à la confidentialité, à des soins de qualité, à l'accès aux soins, les droits reproductifs et périnataux, d'être accompagné par un proche et au refus d'un soin de santé (consentement libre et éclairé). Dans l'extrait suivant, une infirmière décrit d'ailleurs une situation en lien avec le consentement :

[L'infirmière] a commencé à hausser le ton et à dire que l'équipe savait qu'il ne prenait pas ses médicaments, qu'il consommait des drogues, qu'il n'était pas un bon patient et qu'il allait finir à l'urgence avec des contentions et une ordonnance de traitement s'il continuait ainsi. Elle disait le tout d'une façon très agressive en gesticulant sans arrêt et en pointant [le patient] du doigt. (...) la situation éthique découle principalement du fait que [l'infirmière] a menacé le patient et a insisté pour que celui-ci nous rencontre et prenne sa médication, malgré son refus (PART-G-20).

Des principes éthiques sont également l'objet de certaines situations, plus précisément ceux de bienfaisance, de non-malfaisance, d'autonomie et de justice. L'extrait suivant aborde une situation problématique quant au principe de non-malfaisance :

Une semaine après la rencontre [la patiente] a eu son traitement (...) qui a provoqué l'apparition de plusieurs effets secondaires dont des nausées, vomissements, des diarrhées et une neutropénie. Son état s'est détérioré davantage. Elle (...) ne mangeait plus, ne se mobilisait plus et avait des douleurs insoutenables. Elle est décédée une semaine plus tard dans des conditions qui, selon moi, auraient pu être meilleures si les soins palliatifs avaient été impliqués... (PART-E-10).

Ainsi, une majorité de situations ont pour objet un (ou plusieurs) droit(s) fondamental(aux) ou principe(s) éthique(s) liés aux soins de santé. Ces objets sont présentés dans la figure 6.

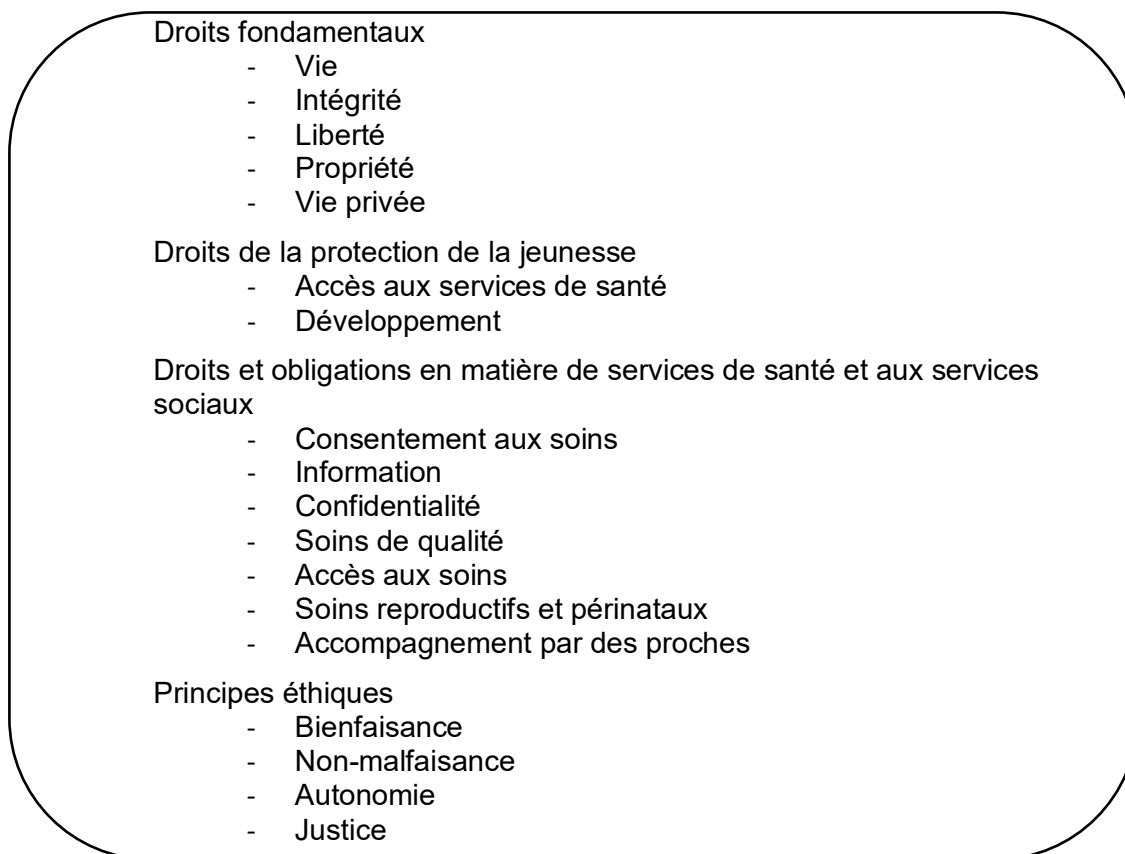


Figure 7. Les droits, les obligations et les principes liés aux soins de santé en tant qu'objets des situations éthiques.

5.2.2.2 Les déterminants de SST en tant qu'objets

Les déterminants, définis dans la section méthodologie, sont les suivants :

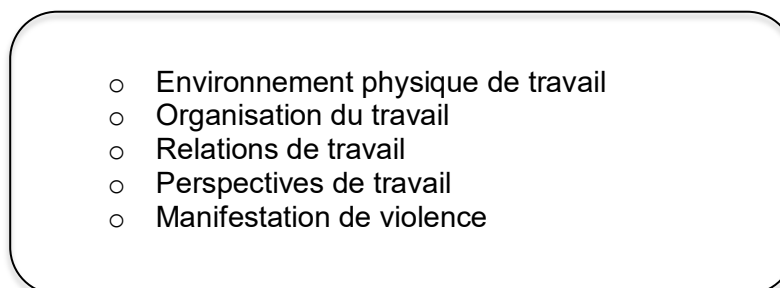


Figure 8. Les déterminants de SST.

Des situations éthiques ont pour objet un déterminant de SST, comme ici, où l'objet a trait aux relations de travail.

On m'a également ouvertement dit de me plier à ce qui avait été décidé par ces personnes sans m'inclure dans le processus. Ce fut l'un des aspects les plus difficiles à gérer pour moi : j'avais l'impression que je ne « méritais » pas d'être assise autour de la table des négociations, mais je devais appliquer ce qui était décidé par d'autres sans recevoir de soutien quant aux difficultés que je rencontrais. Comme si, une fois le plan d'action décidé, il n'y aurait pas de problèmes pour l'appliquer. Pour moi, c'est de l'abus de pouvoir (PART-D-09).

D'autres situations, par contre, ont pour objet des droits ou des principes liés aux soins de santé (encadré 1) et un déterminant de SST : elles exigent en fait des infirmières qu'elles choisissent entre leur santé au travail et les droits des patients. Cet exemple illustre cette interaction entre les deux objets (accès aux soins et environnement de travail) :

(...) la problématique éthique dans cette situation provient essentiellement du fait que l'employeur ne fournit pas à l'équipe soignante les moyens de protection adéquats et qu'en dépit de ce fait [la gestionnaire] insiste pour que l'équipe soignante prenne soin des patients présentant un risque de contagiosité sérieux afin de garantir la sécurité et la santé de ceux-ci alors que l'équipe soignante de soir refuse de prendre soin de ces patients, s'ils n'ont pas de moyens de protection adéquats afin d'assurer leur sécurité et leur santé ainsi que celle du public (PART-E-03).

Ou encore entre ces droits et les relations de travail :

L'environnement de travail¹⁰ deviendra-t-il plus hostile si je fais une dénonciation? (...) je trouve que de dénoncer ou pas il s'agit d'un choix déchirant puisque je promeus la qualité des soins équitable sans stigmatisation, mais aussi la relation de confiance avec mes collègues (PART-B-04).

Ces derniers extraits illustrent comment les deux objets interagissent pour générer la situation. La figure 8 montre la répartition des objets des situations éthiques.

¹⁰ À noter que bien que la participante utilise le terme « environnement de travail », cet extrait ne relève pas du déterminant SST « Environnement de travail » tel que défini lors de l'analyse. Les propos, pris dans leur contexte, réfèrent plutôt au déterminant « Relations de travail ».

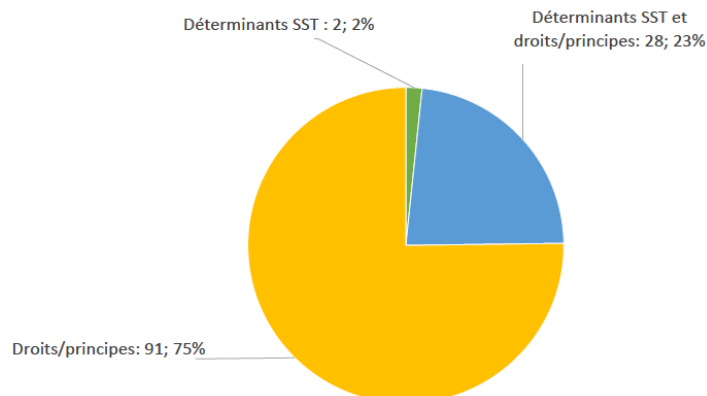


Figure 9. La répartition des objets des situations éthiques.

Si les déterminants de SST peuvent être l'objet d'une partie des situations décrites, ces déterminants les ont plutôt, pour bon nombre d'entre elles, influencées, voire, dans certains cas, précipitées ou exacerbées.

5.3 L'influence des déterminants de la santé et de la sécurité au travail sur les situations éthiques

Lors de l'analyse, il a été remarqué que près du deux tiers des travaux mentionnaient des aspects de SST, touchant un ou plusieurs déterminants. Ils peuvent en être l'objet ou l'influencer de manière indirecte. Contrairement aux objets, les déterminants influents ne constituent pas les éléments centraux des situations éthiques, mais des facteurs périphériques modulant les situations. Par exemple, une situation pourrait avoir pour objet le déterminant concernant l'organisation du travail - une surcharge de travail exigée par une gestionnaire (temps supplémentaire obligatoire) afin de maintenir la continuité des soins. Cette surcharge est alors l'objet de la situation puisqu'elle est au cœur de la situation. Dans une autre situation, la surcharge de travail pourrait être abordée par l'infirmière de manière externe à la situation, comme dans ce cas-ci, faisant partie de contexte de la situation, mais n'étant pas, *per se*, l'objet de la situation :

Les ressources infirmières manquantes, les heures supplémentaires obligatoires, les coupures budgétaires, l'engorgement créant un surplus de patients, l'accroissement de la complexité des soins amènent souvent une surcharge de travail qui nous pousse à faire des choix et établir des priorités, adapter nos soins qui souvent ne respectent pas les valeurs auxquelles nous adhérons (PART-C-02)

Les déterminants de SST exercent ainsi une influence sur les situations, soit en contribuant à l'apparition de la situation, à la précipiter ou l'exacerber. Ces influences sont pour la plupart délétères alors que quelques-unes sont plutôt bénéfiques.

D'abord, l'environnement de travail peut contribuer aux situations. À cet égard, des infirmières ont indiqué que des risques biologiques et des risques pour leur sécurité étaient présents au moment de la situation. L'extrait suivant est un exemple de risque pour leur sécurité :

J'étais très inconfortable et je ne me sentais pas en sécurité, car l'escalier était usé, rouillé et difficile à gravir. Arrivées à [l]a porte [du domicile du patient], nous étions toutes deux [infirmières] très coincées, la balustrade ne semblait pas sécuritaire et le sac contenant le matériel nécessaire aux visites gênait mes mouvements (PART-G-20).

Ou relié à la salubrité des lieux :

À cause du domicile encombré, malpropre et infesté par les [animaux], nous avons un défi de taille touchant la prévention des infections : avoir accès à un environnement de travail propre et désencombré sans être dérangé par les [animaux] (PART-D-13).

D'autres déterminants ont également contribué à l'apparition de la situation. C'est le cas de manifestations de violence. Les propos de cette infirmière sont un exemple de deux formes de violence. D'abord celle, explicite, d'un patient et ensuite celle, implicite, d'un gestionnaire :

Le commis surgit en catastrophe dans mon local en me suppliant de sortir immédiatement. Il me dit que le client était en direction vers mon bureau en promettant de mettre sa menace de m'étrangler à exécution. (...) Apeurée, je verrouillai la porte afin que le client furieux ne puisse y pénétrer. (...) Je pouvais entendre les coups violents portés à la porte et les injures que lançait l'utilisateur à mon égard. (...) Mon supérieur a suggéré que mon horaire de jour soit modifié par un quart de soir. De plus, il m'a conseillé de changer d'étage lors du rendez-vous du client si je préférais conserver mon horaire. J'étais estomaquée par les propositions. J'avais l'impression que la direction minimisait l'impact du comportement agressif du client sur la sécurité du personnel. De plus, elle excusait son agissement violent à sa condition qui le rendait plus vulnérable. Selon moi, il y avait une normalisation de la violence. Fallait-il que j'y laisse ma peau pour que les dirigeants puissent prendre des mesures plus rigoureuses pour assurer la sécurité de ses employés (PART-G-05)?

Ou ici, spécifiquement de la part d'un patient :

L'infirmière se met debout devant la porte, PATIENT-C-01 manifeste son mécontentement de façon verbale et menace de donner des coups de canne à l'infirmière. Le client, lors d'une discussion mouvementée, s'exprime de façon colorée en utilisant plusieurs blasphèmes. Il exprime ainsi son désaccord avant de retourner à sa chambre. L'option a été ici d'empêcher le patient de sortir. J'ai agi ici, en voulant protéger le patient. C'était la seule option à ce moment, qui m'est venu en tête. Après la situation je me pose la question suivante, qu'est-ce que j'aurais fait s'il m'avait donné un coup de canne? (PART-C-01).

Ces manifestations de violence explicites ne sont pas fréquemment décrites parmi les situations. Cependant, plusieurs situations font état de relations de travail ou de perspectives de travail menacées qui pourraient s'apparenter à une certaine forme de violence insidieuse (intimidation ou loi du silence qui prévaut par exemple), bien que les participantes n'aient pas utilisé ces termes pour les décrire¹¹.

¹¹ Étant donné le type d'analyse choisi pour cette recherche (AQD), c'est ce qui explique pourquoi ces propos ne sont pas catégorisés dans le thème « Manifestations de violence ».

Les relations de travail qui sont décrites comme étant problématiques sont, dans certains cas, reliées au niveau de formation de l'infirmière :

(...) j'ai présenté, à ces deux préceptrices, une étude expérimentale qui comparait les deux techniques et qui recommandait [la pratique préconisée par la participante]. Une altercation est survenue entre les deux préceptrices qui ont mis la faute sur moi quant aux causes de cette dispute. La première préceptrice m'a dit : « On le sait bien, toi avec ton bacc et ta maîtrise, tu sais tout : donc va nous montrer que tu sais tout on te regarde aller ». La seconde m'a dit : « C'est pas vrai ce que toutes les études disent, quand t'arrives dans la pratique ça change et c'est normal » (PART-G-18).

La peur d'être identifiée comme le fauteur de trouble et d'en subir les représailles est également présente, comme dans le cas de cette infirmière qui ne voulait pas dénoncer un manquement observé :

Le danger d'être ciblée comme délatrice et de devoir endurer cette stigmatisation me semblait important à l'époque. J'avais peur de me retrouver dans le rôle du mouton noir et le faible appui de mes gestionnaires n'aidait pas à me rassurer (PART-G-03).

Ou encore pour celle-ci, qui exprime ainsi le fait que personne n'ose parler lors de situations problématiques :

(...) au bloc opératoire, il n'est pas rare que les infirmières se taisent et laissent l'expert prendre les décisions. Je crois que cette notion a également freiné une potentielle intervention de ma part. Aucun professionnel n'a exprimé verbalement son malaise et son désaccord, mais une incompréhension de la situation était notable (PART-F-19).

Toujours en ce qui concerne les relations de travail, le manque de collaboration ou de considération influence également de manière négative la situation pour 39 d'entre elles. Certaines ont indiqué que le respect absolu de la hiérarchie, l'absence d'écoute des autres professionnels de la santé, surtout des médecins, ou encore être exclues du processus décisionnel ont eu ce type d'influence :

La nuit suivante, je suis allée demander des explications à [ma gestionnaire]. Elle m'a répondu : « Nous testons, pour le moment vous le faites et c'est tout. (...) j'avais l'impression que mon jugement clinique ne valait rien et qu'il fallait seulement passer les pilules parce que [la gestionnaire] l'avait décidé ainsi (PART-D-07) ».

Elle m'a ensuite lancé que je n'étais pas appréciée de mes collègues de travail et que la plupart d'entre eux refusaient de travailler en dyade avec moi parce que je n'étais pas assez rapide et trop "by the book" (PART-G-13).

Ces types de situations touchent aussi les infirmières novices ou en période de probation, surtout lorsqu'il est question d'écart des pratiques entre le terrain et ce qui est enseigné à l'université. L'infirmière qui a remis en question les pratiques du milieu poursuit :

À partir de cet événement, les infirmières ont cessé de répondre à mes questions (oui, toutes les infirmières!). Les gens avaient peu d'estime envers moi. Au moment où l'assistante-infirmière-chef a annoncé à une troisième préceptrice que j'étais jumelée avec

elle, cette dernière a manifesté une certaine réticence à laquelle s'ajoutaient des manifestations comportementales exprimant un dédain. Elle a dit : « Ah non ! Pas elle. Tu es sérieuse? » (PART-G-18).

Quant à l'ambiguïté de leur rôle, elle contribuerait, pour un plus petit nombre d'entre elles, à rendre la situation encore plus problématique :

J'étais très mal à l'aise dans cette situation, car je savais que [le patient] (...) n'était pas dupe et qu'il me poserait des questions à ce sujet. De plus, je savais que, n'ayant pas le droit d'annoncer des nouvelles, je ne pourrais pas répondre à ses questions et j'anticipais beaucoup son retour sur l'étage. (...) Je me sentais prise dans mon rôle, car je voulais conserver la relation de confiance que j'avais avec le patient, mais je n'avais pas le droit de lui dire (PART-G-09).

Ce déterminant, relations de travail, est par ailleurs le seul qui puisse aussi être relié, dans la présente étude, à un impact positif sur les situations contrairement aux autres déterminants entraînant, précipitant, ou exacerbant une situation. En effet, le soutien, l'entraide, l'écoute, le respect, la confiance mutuelle sont les termes employés par les participantes qui décrivent des relations propices à la résolution de la situation. Dix-neuf infirmières réfèrent à ces relations de travail rapportées comme ayant facilité la résolution de la situation, dont voici deux exemples :

(...) en discutant avec ma collègue TS [travailleuse sociale], je crois avoir été capable de voir les choses avec un peu de recul (...). De faire front commun avec cette collègue m'a permis de me sentir moins seule dans cette situation (...) (PART-D-09).

Dans ce cas-ci [la situation], il ne m'a pas été difficile d'agir rapidement afin d'affirmer à mon patron que je n'étais pas d'accord avec sa directive. Comme mentionné plus haut, la culture organisationnelle de [l'établissement] permet et favorise le dialogue et les débats d'idées. Nous avons pu avoir une discussion ouverte et franche et la conclusion fut que [mon gestionnaire] continuerait de préférer fortement [une intervention], mais qu'il respecterait les décisions des [personnes] qui feraient un autre choix (PART-G-01).

Des infirmières ont discuté de la peur de la perte d'emploi puisqu'au moment des situations, elles perçoivent leurs perspectives de travail comme étant menacées; contribuant ainsi à exacerber les situations. Les extraits suivants en sont des exemples :

Certains médecins (...) émettent des plaintes et griefs. Tous ces facteurs amplifient l'anxiété de ces situations contribuant à favoriser mon malaise (PART-E-13).

Quelques jours plus tard, j'ai été convoquée dans le bureau de la [gestionnaire] qui m'a clairement dit que si je ne m'adaptais pas aux procédures [peu sécuritaires] de l'hôpital, je pouvais "prendre la porte" (PART-G-13).

Un autre exemple de cette préoccupation quant au maintien à l'emploi est celui des infirmières dites employées contractuelles. L'une d'entre elles résume avec éloquence les raisons qui font en sorte qu'elle n'ose pas dénoncer une situation où un patient apte à consentir se voit imposer un soin qu'il a refusé :

Étant une employée contractuelle, si je ne m'y conforme pas [à donner le soin malgré un refus] je peux facilement être remplacée et retirée sans préavis du milieu. Autrement dit, si les gestionnaires des équipes de soins considèrent que je ne possède pas l'expertise, les qualifications ou même les comportements et attitudes préconisées pour cette unité, il est possible que le CH décide de me retirer de l'unité durant mon service, ou de ne plus jamais me réaffecter sur cette unité ou même de tout autres secteurs cliniques (PART-C-02).

L'organisation du travail a également une influence sur les situations. D'abord, certains ont souligné que le milieu de travail lui-même qui serait en partie responsable de la situation décrite par l'infirmière, tel que l'illustre l'extrait suivant :

L'obstétrique est un domaine où les poursuites en justice sont courantes autant pour les médecins que les infirmières (...). C'est dans ce contexte qu'une mauvaise compréhension d'une situation, des facteurs de risques associés peuvent entraîner des poursuites judiciaires. C'est pour cette raison, je crois, qu'on a tendance à insister un peu plus que nécessaire dans ces situations afin de prévenir les « on aurait dû » (PART-E-18).

En ce qui a trait à cette organisation, ce sont toutefois la charge de travail excessive ou le nombre élevé d'heures de travail consécutives exigées sans temps de repos qui contribuent aux situations. Sans surprise, le temps supplémentaire obligatoire est identifié comme étant un élément exacerbant les situations. L'extrait suivant illustre bien la nature des propos tenus à ce sujet par les participantes qui en ont discuté, en plus d'exposer certaines conséquences¹² sur l'infirmière.

J'ai alors avisé la coordonnatrice que je ne pouvais pas rester pour la nuit. J'étais très fatiguée, je n'étais plus apte à continuer, ma concentration n'y était plus (...) J'étais au bout du rouleau. La coordonnatrice m'a alors avisée qu'il n'y avait aucune autre solution, que c'était à mon tour d'être obligée puisque mes collègues avaient elles aussi dû être obligées pendant la semaine. Elle m'a menacée que si je ne restais pas pour la nuit, des sanctions et peut-être même une suspension allaient s'en suivre. (...) J'ai donc été obligée de rester travailler pour la nuit malgré tout. La nuit a été très difficile. J'ai combattu la fatigue sans cesse. Toutes mes interventions et réflexions me demandaient deux fois plus de concentration qu'à l'habitude afin d'éviter les erreurs (PART-F-03).

Elles ont également estimé que leur charge de travail était trop complexe considérant le manque d'expérience et d'habiletés des infirmières en poste. Ces surcharges, complexité ou contraintes temporelles, ont été mentionnées par respectivement 19, huit et six infirmières.

Quelques infirmières ont par ailleurs discuté des frontières entre leur travail et leur vie personnelle. Ces frontières auraient contribué à exacerber les situations vécues, tel que l'illustrent ces exemples :

Je me rends compte que j'ai peur de perdre mon amitié [avec ma collègue] et c'est ce qui explique mon silence [à dénoncer un geste répréhensible posé par la collègue] (PART-G-10).

¹² Les conséquences seront davantage discutées à la section 5.4

C'est à ce moment que je reçois un message sur mon téléphone via la plateforme de médias sociaux Facebook de la part de [la patiente]. Au premier abord, je suis surprise, car j'avais apporté des modifications à mon profil personnel pour garder mon identité privée. Cela, dans le but d'éviter ce genre de situation qui implique une intrusion à ma vie personnelle et des enjeux déontologiques (...) [mais] Puis-je ignorer sa question et attendre de la voir lundi? Et cela, tout en sachant que [la patiente] s'expose à un risque [d'ici ce moment] (PART-G-11).

En résumé, l'analyse met en lumière la présence de la SST au sein des situations. Qu'elle soit partie prenante (objet) ou périphérique, cette SST apparaît comme étant non dissociable des situations rapportées soit majoritairement en les précipitant ou, moins souvent, en permettant de les résoudre plus facilement. Les consignes du travail demandaient aux infirmières de discuter d'une situation ayant eu ou ayant toujours un impact sur elles et sur leur travail. La section suivante présente ces impacts ici appelés conséquences.

5.4 Les conséquences des situations éthiques

Presque toutes les infirmières ont mentionné des conséquences : fatigue, préoccupations, détresse, peur, etc. (voir Annexe D). Il importe d'abord de souligner que les conséquences rapportées ne peuvent pas être reliées à un type de fondement ou d'objet. Ainsi, l'analyse ne permet pas de conclure que par exemple, un manquement amène telle ou telle conséquence spécifique ou qu'un dilemme a des conséquences plus « graves ». Elle permet plutôt de décrire que, généralement, les conséquences peuvent être regroupées en fonction de trois thèmes : sur leur personne (santé physique, psychologique), sur leurs relations de travail ou sur la qualité des soins.

De façon marquée, plusieurs infirmières estiment que les situations éthiques avaient entraîné chez elles un épuisement, une fatigue, une souffrance, sans toutefois élaborer sur le sujet :

Elle [la patiente] a causé beaucoup de fatigue, voire d'épuisement chez les membres de l'équipe (y compris moi) (PART-D-09).

(...) je dois dire que j'éprouvais désormais de la peur et de l'anxiété envers [le conjoint]. Après tout, il avait démontré de la violence envers une collègue de travail (PART-C-06).

Cette détresse a entraîné une certaine souffrance interne qui a affecté mon état mental et a engendré une grande fatigue par la suite (PART-F-18).

Ce dernier extrait mentionne le terme détresse, sans la qualifier de morale. La détresse morale est d'ailleurs explicitement mentionnée par 25 participantes. Toutefois, la grande majorité d'entre elles l'a soit uniquement reliée à un risque potentiel, soit expliquée de manière théorique. Seuls cinq l'ont contextualisée à leur situation :

Dans la situation de [la patiente], c'est exactement ce que j'ai ressenti [de la détresse morale]. La vulnérabilité de la patiente, les facteurs externes m'empêchant de faire ce qui est mieux pour le patient et la conviction de ne pas avoir de contrôle sur la situation ont fait en sorte que j'ai développé une détresse morale (PART-F-15).

Sans parler de détresse morale, plusieurs ont plutôt confié que les situations avaient provoqué chez elles et chez leurs collègues des sentiments d'incompétence, ce qui a entraîné une diminution de leur confiance ou d'estime d'elles-mêmes :

(...) je ne peux nier l'effet destructeur que ce [dénigrement] a eu sur ma confiance et mon estime de moi. (...) tel que j'ai vécu la situation, mon sentiment d'incompétence a atteint mon estime envers moi-même (PART-G-18).

Ou, pour d'autres participantes, des préoccupations ou une tristesse tellement grandes qu'elles interféraient avec les soins à donner :

Lorsque cette situation s'est déroulée, j'avais beaucoup de questions sans réponses dans ma tête, mais j'étais incapable de les analyser correctement pendant le restant de la nuit étant donné que j'étais sur l'adrénaline de réussir à prodiguer tous les soins nécessaires au patient (PART-F-01).

J'ai demandé à changer de patient en plein milieu d'une journée de travail puisqu'il était difficile pour moi de ne pas pleurer lorsqu'il [le jeune enfant patient] me faisait de grands signes de tête confirmant qu'il avait peur. J'étais inefficace dans les soins que je lui donnais. Depuis, plusieurs infirmières refusent de s'en occuper et de même entrer dans la chambre parce qu'elles ressentent un profond malaise (PART-B-05).

D'autres types de sentiments persisteraient également bien au-delà de la situation éthique. Particulièrement, la culpabilité semble perdurer et se retrouve à plusieurs reprises lorsque les infirmières disent ne pas avoir dénoncé une situation d'abus dont elles ont été témoins. C'est le cas de l'auteure de l'extrait suivant :

Je ressentis à ce moment une vaste impuissance et la culpabilité commença alors à me ronger chaque fois que j'étais à nouveau témoin de maltraitance, me disant que mon inaction me rendait aussi responsable que les auteurs de ces déplorables agissements (PART-G-03).

Par ailleurs, les situations ont, pour plusieurs infirmières, des conséquences sur les relations de travail. À cet égard, des infirmières ont exprimé ainsi les perturbations de ces relations entraînées par la situation décrite :

Une situation bien désagréable, car d'une façon ou d'une autre, il y a des critiques et du mécontentement de la part des infirmières et parfois même des gestionnaires, peu importe la position prise (PART-F-16).

Ces perturbations pouvaient mener à une attitude négative face au travail :

L'estime que j'avais pour ce milieu, contre toute attente, a drastiquement chuté et j'ai douté de mon avenir sur cette unité de soins. J'ai songé à quitter l'organisation ou à demander un changement d'unité (PART-G-18).

Ou encore, avoir un impact sur la qualité des soins :

Dans cette situation, je me suis sentie tellement déstabilisée par le comportement du [collègue] que j'ai complètement mis de côté l'évaluation [du patient]. Je n'ai donc pas discuté avec lui de ses problèmes (...) ni des solutions possibles. D'une certaine façon, j'ai négligé sa condition en omettant de lui offrir toutes les informations nécessaires afin qu'il prenne une décision libre et éclairée concernant sa situation (PART-G-04).

Enfin, seule une infirmière, dont quelques propos ont été présentés précédemment, a parlé de perte d'emploi comme résultante de la situation :

L'opérationnalisation de mon congédiement a été simple. (...) Après avoir critiqué mon manque de connaissance, de compétence et d'expérience, l'équipe de direction et d'encadrement m'a signifié que j'étais la seule responsable de ce qui m'arrivait présentement (PART-G-18).

En résumé, les situations ont entraîné des conséquences sur les infirmières. Les conséquences au niveau psychologique s'avèrent particulièrement présentes et auraient eu un impact sur plusieurs aspects du travail de soins. Afin de prévenir ces conséquences ou d'en atténuer la portée, les infirmières ont proposé diverses pistes de solution.

5.5 Les pistes de solution

Les consignes des travaux étudiants demandaient de formuler des solutions aux situations décrites. Ainsi, la majorité des infirmières ont conclu leurs travaux en suggérant brièvement de telles pistes. Plusieurs présentent d'abord des solutions très spécifiques à la prestation de soins ou à la situation elle-même, comme cette infirmière souhaitant soutenir sa collègue, dont les difficultés personnelles affectaient le travail :

(...) je devrais encourager [ma collègue] à joindre un programme d'aide aux employées.
(...) les collègues de [ma collègue], ni même sa supérieure ne seront pas avisés de son problème (...) (PART-G-10).

De nombreuses solutions spécifiques ont trait au respect de l'autonomie et de la vie privée des patients. En effet, thème récurrent parmi les situations, les pistes de solution inhérentes aux difficultés qu'amènent l'obligation de consentement libre et éclairé et au maintien de la confidentialité se sont vues abondamment discutées. Ainsi, plusieurs infirmières proposent de mettre en place des conditions permettant un plus grand respect des droits fondamentaux des patients et des principes éthiques. Les solutions ont trait aux aspects suivants : la participation des patients et de leurs proches aux décisions les concernant, leurs ressources et capacités, leur sensibilité aux droits et aux principes en soins de santé et l'information détenue par le personnel soignant au sujet des patients. Les infirmières estiment que ces solutions permettraient aux patients, aux proches ainsi qu'aux infirmières de participer davantage et de manière plus outillée et informée à la prise de décision en plus de considérer l'ensemble des droits et principes interpellés. Un résumé de ces pistes de solution proposées en lien avec le contexte de prise de décision du patient est présenté à l'Annexe C. L'extrait suivant illustre l'une de ces pistes :

J'aurais aussi pu me demander si sa [proche] l'influçait dans sa décision. [La patiente] était assurée par la régie d'assurance maladie du Québec. Par contre, elle aurait pu vouloir le moins d'interventions possible si elle n'avait pas été assurée et qu'elle devait payer de sa poche. Cette hypothèse aurait pu être bonne vu qu'elle était d'origine [d'un autre pays] et qu'elle était au Québec depuis peu (PART-D-20).

Lorsqu'il est question de droits des patients, ce sont ces types de solutions qui sont les plus fréquentes. Les droits et principes, autres que ceux reliés au consentement aux soins, ne semblent pas avoir interpellé des pistes de solution aussi précises. En effet, mieux respecter l'allocation des ressources (justice), ou maintenir la confidentialité du dossier du patient (vie privée) sont des exemples de solutions proposées spécifiques aux situations, mais qui demeurent très génériques. Bref, des infirmières ont ainsi proposé de mieux respecter, défendre ou concilier des droits et des principes interpellés par les situations décrites, sans expliquer de quelle façon.

D'autres pistes sont reliées à la SST. Plusieurs infirmières ont indiqué ce qui aurait pu ou pouvait¹³ être fait différemment afin de mieux réagir aux situations. À cet égard, les solutions proposées visent à agir sur les déterminants de SST pour qu'ils deviennent favorables à la santé.

Les pistes de solution avancées consistent à évaluer les risques infectieux (environnement physique de travail), à augmenter leur latitude décisionnelle quant aux décisions sur les traitements, à favoriser une équité dans la répartition des tâches, à diminuer la charge de travail et arrimer sa complexité à la compétence des infirmières (organisation du travail), à fournir des occasions de développement professionnel (perspectives de travail), à favoriser un meilleur soutien et la collaboration interdisciplinaire (relations de travail) et enfin à prévenir et éliminer la violence. Ces pistes sont dans certains cas, appliquées directement à la situation alors que d'autres sont proposées plus largement, comme dans le récit de cette infirmière participante :

En analysant la situation, le manque de temps associé à une surcharge de travail sur l'unité du [secteur de pratique] de mon [établissement] a été identifié comme une importante contrainte institutionnelle nous empêchant d'agir selon le principe éthique de *caring*¹⁴. Une solution possible à cette contrainte serait de diminuer le nombre de patients [s] par infirmière sur l'unité afin de diminuer la charge de travail et ainsi leur permettre d'accorder davantage de temps aux soins directs pour chacun de leur [s] patient [s] (PART-F-12).

Quelques pistes de solution ont trait au climat éthique. Ce thème a été défini afin d'englober les propos mentionnant des conditions favorisant la réflexion éthique dans les milieux. Plusieurs infirmières ont estimé que les milieux de travail devraient procurer diverses occasions de

¹³ Certaines infirmières ont discuté de situations qui étaient toujours en cours au moment de la rédaction des travaux. Elles ont donc formulé les pistes de solution à ces situations au présent.

¹⁴ Le « *caring* » s'inscrit dans le modèle humaniste préconisé par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Il se définit comme suit selon le document institutionnel présentant l'approche humaniste : « Le *caring* origine d'un engagement conscient et renouvelé d'aider et d'accompagner la Personne à être et à devenir ce qu'elle est. Il consiste à développer des liens de réciprocités avec la Personne afin de favoriser sa santé. Le *caring* s'appuie sur des valeurs humanistes qui influencent les attitudes, lesquelles guident les comportements des infirmières (Cara, Roy, et Thibault, 2015, p. 4) ».

développement professionnel quant aux connaissances éthiques et sur les situations et les enjeux sociaux propices à l'apparition des problèmes éthiques en soins de santé. Les infirmières seraient ainsi mieux outillées si ces problèmes devaient se présenter. L'extrait suivant en est un exemple :

(...) afin de développer davantage ma compétence éthique et ma capacité à intervenir au sein d'une équipe aux prises avec des problématiques éthiques, il serait pertinent que je me familiarise davantage avec les différents enjeux, les difficultés et les controverses auxquels font face les infirmières du domaine de la santé et comment est-ce que je peux y répondre adéquatement (PART-F-03)?

Plusieurs infirmières ont exprimé qu'elles souhaiteraient prendre part à des réunions interdisciplinaires à la suite des problèmes éthiques en vue de mieux se préparer aux problèmes à venir. L'extrait suivant en témoigne :

Une autre piste de solution pourrait être l'élaboration d'activité de rétroaction (...) à la suite d'un problème d'ordre éthique survenu sur un département (...). Cette activité de pratique réflexive permettra à l'équipe de revenir sur ce qui a été fait, ce qui aurait dû être fait et trouver des pistes de solution afin de mieux intervenir dans des situations similaires (PART-F-15).

Permettant une collaboration et un retour réflexif sur les problèmes éthiques, cette réunion constituerait à la fois une occasion de développement professionnel et une manière d'établir des relations de soutien.

En somme, les fondements des situations vécues par les infirmières participantes consistent en des dilemmes, des désaccords, des manquements ou en des fondements composés. Les situations relatées dans les récits ont soit pour objet des droits ou des principes liés aux soins de santé, soit des déterminants de santé et de sécurité au travail ou les deux objets à la fois. Les déterminants de la santé et de la sécurité au travail influencent également les situations décrites, soit en les précipitant ou les exacerbant, ou encore, dans une moindre mesure, en favorisant leur résolution. Les infirmières indiquent que les situations avaient provoqué chez elles diverses perturbations, tant sur leur santé au travail que sur leur travail de soins. Certaines perturbations en ont entraîné d'autres. Les infirmières suggèrent surtout des pistes de solution spécifiques à la situation, en améliorant le processus décisionnel des patients par exemple ou encore en suggérant des pistes permettant de favoriser la réflexion éthique dans leur milieu.

6. DISCUSSION

Dans le cadre d'un cours d'éthique de deuxième cycle, des infirmières devaient rédiger un récit d'une expérience problématique d'un point de vue éthique de leur choix. Leurs descriptions semblaient comporter plusieurs aspects relevant de la santé et sécurité au travail. L'impression de cette récurrence de la SST au fil des récits a soulevé un questionnement sur la relation entre les aspects de SST et les situations vécues. Afin d'explorer cette relation, une analyse qualitative descriptive de ces récits a été réalisée. Cette section s'attardera d'abord sur la méthode pour ensuite discuter des résultats obtenus.

6.1 Discussion sur la méthode et ses impacts sur les résultats obtenus

La méthode utilisée est certainement novatrice pour l'étude des situations éthiques vécues dans le cadre de la pratique en santé. En fait, au moment de l'élaboration de la présente recherche, seule une étude de méthode similaire a été recensée (Hopia, Lottes et Kanne, 2016) pour l'étude des situations éthiques (dilemmes éthiques) vécues par les professionnels de la santé. Ces chercheuses ont analysé des situations problématiques décrites par des professionnels de la santé dans le cadre d'une activité pédagogique d'un cours de maîtrise, à savoir un forum de discussion en ligne. Cependant, leur recherche diffère de la présente étude en ce sens que les forums de discussion étaient interactifs et que les participants avaient été informés dès le départ de l'utilisation des descriptions comme données de recherche. La construction du devis de la présente étude a exigé une souplesse afin de tenir compte du fait qu'il s'agissait d'analyser, a posteriori, des travaux universitaires. Des aspects comme la propriété intellectuelle des travaux et l'accès à ces derniers ou encore le recrutement et le respect de l'anonymat des participants ont nécessité une réflexion approfondie afin d'assurer l'acceptabilité éthique du projet. Par ailleurs, une étude a été publiée après la finalisation de l'analyse des données de cette recherche (Tsuruwaka et Ashahara, 2018). Elle présente les résultats d'une analyse qualitative descriptive de 90 récits narratifs d'étudiants gradués en sciences infirmières réalisés dans le cadre d'un cours d'éthique avec, toutefois, le but d'explorer l'efficacité pédagogique d'une telle rédaction. Ce but était connu des participants avant la rédaction. Le contexte propre à la présente recherche est certainement différent de ceux privilégiés par ces deux études.

Les descriptions des situations analysées dans la présente recherche s'avéraient substantielles (12 à 15 pages chacune – pour un total de près de 1500 pages) et faisaient l'objet d'une évaluation certificative de pondération non négligeable (entre 45 et 60 % selon les sessions). Cette évaluation a probablement eu un impact sur les données. Ainsi, à l'image de la désirabilité sociale rencontrée en recherche psychosociale, à savoir lorsque, par exemple, les participants répondent aux questions posées selon ce qui est acceptable ou souhaitable socialement et non selon ce qu'ils pensent réellement (Grimm, 2010), les données reflètent probablement une certaine « désirabilité professorale ». En effet, il y a lieu de croire que le choix des situations elles-mêmes ou encore de certains termes aient été faits en fonction de ce que « la professeure souhaite lire » et ce, pour obtenir une note élevée. Dans la même ligne de pensée, le choix de la situation a également pu être motivé parce que telle situation permettait de réaliser le travail demandé plus facilement qu'une autre; les concepts éthiques s'y rapportant ayant été vus à diverses reprises durant le cours. Par exemple, quelques séances du cours étant consacrées au respect de l'autonomie des patients, il est probable qu'elles aient

« provoqué » les réflexions sur le consentement aux soins, ce qui expliquerait pourquoi plusieurs situations traitaient de cet aspect. Il est probable également que les explications verbales des consignes en classe aient eu un impact sur les données. En effet, une insistance de la professeure sur un aspect plutôt qu'un autre, en fonction des questions posées par les étudiantes par exemple, peut avoir orienté les propos des participantes.

Par ailleurs, contrairement aux recherches exploratoires où généralement les données ne sont pas connues avant leur réalisation, ici, les données potentielles l'étaient de la chercheuse principale puisqu'elle avait déjà lu les travaux. C'est en fait cette connaissance qui a en partie motivé le développement de cette étude. Plusieurs situations pouvant être qualifiées de très sensibles ou extrêmes¹⁵ au regard de la santé et de la sécurité de l'infirmière étaient ainsi déjà connues, mais elles n'ont pas été incluses dans l'analyse puisque les étudiantes concernées n'ont pas donné suite au courriel d'invitation. En effet, si 311 invitations ont été envoyées aux participantes potentielles, il n'est pas possible de savoir pourquoi 196 d'entre elles n'ont pas participé à l'étude. Outre des raisons pragmatiques, tels le courriel non reçu, une amertume quant à la note obtenue au travail ou un manque d'intérêt, qui pourraient l'expliquer, il y a lieu de postuler que les étudiantes ayant vécu des situations qu'elles ont décrites comme étant extrêmement difficiles à vivre n'aient pas souhaité qu'elles soient connues.

Des limites inhérentes aux données elles-mêmes sont également relevées. D'abord, parce qu'il s'agissait d'un travail évalué, une partie non négligeable de ce dernier était consacrée à l'énumération de concepts théoriques tels les articles de loi, de déontologie, les principes éthiques, donc non reliés à la situation elle-même; diminuant du même coup la longueur du texte consacré à la situation. De plus, les travaux ne reflètent pas tous un même approfondissement de la réflexion de l'infirmière sur la situation. Par exemple, un grand nombre d'infirmières se sont limitées à mentionner des mots ou des expressions, sans les définir ou les expliciter. Des expressions telles « c'est contre mes valeurs », « ça va à l'encontre de l'éthique », « je me suis sentie mal », mentionnées sans autre explication, demeurent assez vagues. Il en est de même pour le concept de détresse morale. En effet, lors du développement de la présente recherche, ce concept avait été retenu puisqu'il est abordé de manière récurrente dans la littérature donc vu durant le cours, comme étant une conséquence des dilemmes éthiques vécus par les infirmières. Lors de l'analyse toutefois, il a été constaté que s'il a été mentionné par plusieurs participantes, il n'a généralement pas été expliqué ni relié au contexte de la situation. Cela limite la profondeur de l'analyse des données; la méthode ne permettant pas de les interroger sur la signification de ces termes ou expressions qu'elles leur accordent. Toutefois, parce qu'il s'agissait d'un travail écrit, il est loisible de croire que ces infirmières ont eu l'occasion de revoir et vérifier leurs propos. Cette réflexion sur les propos tenus étant difficile à pleinement réaliser lors d'une entrevue, généralement faute de temps et de recul, elle ajoute ici de la cohérence (Miles, Huberman, et Saldaña, 2014) aux données recueillies.

Cette recherche se voulait avant tout exploratoire. Recueillies dans un tout autre but que la recherche, ces données présentent l'avantage certain de ne pas avoir été orientées par les objectifs de cette étude. En fait, au moment de réaliser le travail, les étudiantes ignoraient qu'elles pourraient éventuellement participer à une recherche dont l'accent serait mis sur la

¹⁵ Les situations ne seront pas davantage explicitées puisqu'elles ne font pas partie de l'étude.

SST. L'influence des chercheurs dans la collecte des données *per se* est donc minimisée,¹⁶ ce qui contribue à l'authenticité de ces résultats (Sandelowski, 2000 ; 2010) : lorsqu'elles discutent de SST, elles le font de manière non directement sollicitée. Qui plus est, les données étant sous forme écrite et ayant d'abord été produites dans un contexte totalement extérieur à la recherche, elles ne sont pas influencées par les interactions entre les participantes et un interviewer, comme dans le cas d'entrevues (Fontana et Fray, 2005), par un questionnaire qui aurait déjà préclassé et nommé les problématiques éthiques susceptibles d'être rencontrées ou encore par l'objectif de recherche lui-même. Les données qualitatives analysées ont donc comme caractéristiques d'être détachées du contexte de recherche, ce qui contribue à la confirmabilité des résultats (Miles, Huberman, et Saldaña, 2014).

6.2 Les situations éthiques, leur source et les déterminants de SST

Les résultats de cette étude proposent une description des sources des situations en fonction de leur objet et de leur fondement. Ces thèmes, définis de manière inductive durant l'analyse, se sont avérés porteurs puisqu'ils permettaient de décrire et de distinguer ce sur quoi portait la situation (l'objet) et la façon dont cet objet menait à la problématique (fondement).

Une grande majorité de situations éthiques ont pour objet des droits ou des principes éthiques impliquant une interaction infirmière-patient, ce qui demeure cohérent avec les consignes du travail demandé dans le cadre de ce cours d'éthique clinique et d'écrits recensés (Park, 2009; 2014). Les participantes ont ainsi exprimé ce qui pourrait être qualifié d'éthique de tous les jours imbriquée dans la pratique clinique (Hamric, 2000) et relevant de la microéthique, à savoir une éthique quotidienne qui s'articule à travers certains comportements impliquant des principes éthiques, tels l'expression des préférences du patient ou du professionnel quant à un soin ou encore le choix de l'information à présenter au patient (Truong *et al.*, 2015).

Quant aux fondements, c'est à travers l'analyse de l'interaction entre cette certitude/incertitude au regard de ce qui est acceptable ou non que la situation a été catégorisée et décrite comme étant un manquement, un désaccord ou un dilemme (fondement). Cette étude permet ainsi de nuancer la source d'une situation éthique. En effet, si la confusion et le manque de consistance de la terminologie employée pour décrire les problématiques (dilemmes, conflits, problèmes, etc.) ont été soulevés par Rainer, Schneider et Lorenz (2018), cette étude présente l'avantage de proposer un autre regard sur les sources des situations en les définissant par cette interaction. Les résultats ont ainsi permis de souligner que de « réels » dilemmes seraient moins fréquents; la certitude des infirmières quant aux actions qu'elles devraient ou auraient dû poser étant très présente à travers leurs propos. Aucune étude répertoriée ne définit par ailleurs en fonction de quoi cette certitude/incertitude est vécue. Cette recherche permet ainsi de distinguer si une certitude vécue par l'infirmière l'était en fonction d'un élément acceptable ou non; l'acceptabilité étant définie par rapport à un droit, un principe éthique ou un déterminant de SST.

L'angle d'exploration de cette étude étant, dès le départ, la santé et sécurité au travail de l'infirmière, elle a ainsi permis de s'attarder à ces déterminants de SST. Ils ont été définis lors de l'analyse afin de décrire ces aspects présents au sein des situations éthiques. Ces

¹⁶ La chercheuse principale a certainement eu une influence sur la rédaction des travaux. Toutefois, les aspects de SST ne faisaient pas partie des consignes et le cours ne portait pas sur ces derniers.

déterminants, s'ils ne sont le seul objet que d'une minorité de situations, influencent toutefois ces dernières, ce qui est cohérent avec les propos de Falco-Pergueroles *et al.* (2016) qui soutiennent que les problématiques éthiques sont très sensibles aux conditions de travail. Faisant référence aux limites mentionnées précédemment quant à la méthode, cette étude n'a toutefois pas permis de distinguer finement les éléments relevant de la SST. En fait, pour la plupart des situations, les aspects de SST étaient mentionnés, sans toutefois être largement expliqués, ce qui limite la description qui peut en être faite. Ces mentions d'aspects de SST ont été regroupées selon cinq catégories. Elles ont trait à l'environnement physique, à l'organisation du travail, aux relations et perspectives de travail et aux manifestations de violence.

Pour une majorité de situations éthiques où ils sont abordés, les déterminants de SST auraient eu un effet délétère sur la situation, contribuant à l'exacerber ou à la précipiter. Quelques situations font référence au risque d'infection encouru par l'infirmière ou dû au manque de salubrité d'un milieu (environnement physique de travail); impactant la prestation de soins. Ce résultat s'apparente à ce que Hopia, Lottes et Kanne (2016) identifient comme pouvant entraîner un dilemme éthique, c'est-à-dire opposant la sécurité des professionnels aux droits des patients. Ces auteurs n'incluent toutefois pas ce type de risque. Aucune autre étude n'a d'ailleurs identifié celui-ci comme prenant part à un dilemme éthique.

L'analyse a permis de décrire d'autres éléments de SST qui influencent la situation éthique. Ainsi, à l'instar d'autres études (Aubry, 2012; Ball *et al.*, 2014; Haahr, Norlyk, Martinsen et Dreyer, 2019; Humphries et Woods, 2016; Ingwiller et Molinier, 2010; Koskenvuori, Numminen et Suhonen, 2017; Rainer, Schneider et Lorenz, 2018), l'organisation du travail, particulièrement la surcharge de travail, la complexité des tâches ou le manque de personnel qui ont été décrits influencent les situations affectant la qualité des soins fournis. Cette étude lance également une piste de réflexion quant à la l'organisation du travail en lien avec les frontières privées/professionnelles et l'utilisation des médias sociaux, qui peuvent contribuer aux situations, puisque ces éléments ne sont pas identifiés dans la littérature sur le sujet.

Les relations de travail sont également abordées dans plusieurs écrits comme pouvant influencer des situations éthiques. En fait, tout comme certaines études recensées, des relations de travail ne permettant pas à l'infirmière de faire preuve d'*advocacy* (DeWolf Bosek, 2009) ou de dénoncer des pratiques non sécuritaires ou non conformes aux meilleures pratiques (Ahern et McDonarld, 2002) contribuent aux situations. Cette difficulté quant à la dénonciation se retrouve également lors de situations abusives à l'égard de l'infirmière ou d'un autre membre du personnel. Edward, Ousey, Warelou et Lui (2014) expliquent ce silence par le manque de soutien des gestionnaires, ce que les participantes à cette recherche ont mentionné tant lors de situations de manquement à l'égard d'un patient ou lorsqu'elles étaient la cible d'agressions.

Le manque de latitude décisionnelle (Arnetz, Hamblin, Sudan et Arnetz, 2018) ou de reconnaissance (Bolmsjö, Sandman et Andersson, 2006) en raison de la position hiérarchique subordonnée de l'infirmière (Burston et Tuckett, 2012; Tankdjklfj) ou encore l'isolement (Sasso *et al.*, 2016) et l'ostracisme (Gkorezis, Panagiotou et Theodorou, 2016) ont été illustrés par les participantes. Ces éléments ne sont pas sans rappeler certains comportements violents en milieu de travail tels l'intimidation (Zimmerman et Amori, 2011) ou le harcèlement (Côté et St-Pierre, 2012). Cette analyse n'a toutefois pas permis, sauf pour une participante qui avait explicitement associé son expérience à de la violence psychologique, de décrire si ces

situations rapportées ont été perçues par les participantes comme étant une forme de violence au travail; les propos n'étant généralement pas assez étoffés sur ce sujet. C'est d'ailleurs ce qui explique que, dans le cadre de cette étude, seules les expressions de violence manifestes ont été associées à un sous-thème propre, ce qui fait écho aux résultats d'Hopia, Lottes et Kanne (2016) quant aux composantes des dilemmes éthiques; les autres écrits recensés concernant ces dilemmes demeurant peu loquaces à ce sujet. Quant aux perspectives de travail menacées, elles semblent surtout contribuer à un climat de travail négatif (Koskenvuori, Numminen et Suhonen, 2017), ce qui demeure cohérent avec les propos des participantes : sans avoir été identifiées comme la source de la situation, ces perspectives ont influencé cette dernière.

6.3 Les conséquences des situations et la détresse morale

Suivant la recension des écrits réalisée pour l'élaboration du protocole de cette recherche, il est apparu que le concept de détresse morale s'avère étroitement lié aux situations vécues par les infirmières lorsqu'il est question d'éthique. Cette détresse mène aux impacts physiques ou psychologiques chez ces dernières.

D'abord, cette étude ne permet pas d'identifier si, effectivement, les participantes ont « réellement » vécu une telle détresse, et ce, bien que plusieurs infirmières l'aient mentionnée. Il est difficile, à partir des résultats de déterminer si ce terme aurait été mentionné spontanément, n'eût été du cours suivi qui abordait ce concept. Cependant, les résultats ne permettent pas non plus de conclure que cette détresse est absente des situations. Les résultats laissent ainsi supposer, à l'instar de Varcoe et al (2012) expliquant ce type de détresse, qu'elles ont vécu une expérience compromettant leur intégrité ou leur identité professionnelle et personnelle. En effet, diverses conséquences relevées lors de l'analyse font écho aux écrits portant sur la détresse morale.

L'élément-clé de la définition de la détresse morale est la certitude de l'infirmière quant aux actions à poser, sans qu'il ne lui soit possible de le faire. Ce sentiment d'impuissance dû au manque de pouvoirs qu'elle détient ou aux actions qui lui sont imposées (Barlem et Ramos, 2015) a été évoqué par les participantes. En fait, les participantes se reprochant de ne pas avoir agi, d'être demeurées passives peut rejoindre ce que certains auteurs qualifient de manque de « courage moral » qui peut entraîner de la détresse morale (Bickhoff, Sinclair et Levett-Jones, 2017; Varcoe, 2012). Les résultats laissent également entendre que le fait de ne pas pouvoir fournir des soins acceptables amène, tout comme le soulignent Nilsson, Rasmussen et Edvardsson (2016), le sentiment d'être incompétente. D'autres sentiments ont également été décrits par les participantes tels que la culpabilité, la peur, l'anxiété, la fatigue ou l'épuisement, l'évitement. Ces sentiments sont récurrents au sein des écrits portant sur la détresse morale et ses impacts sur la santé de l'infirmière (Barlem et Ramos, 2015; Edward *et al.*, 2014). Les résultats de cette recherche exploratoire laissent ainsi entendre que cette détresse pourrait être présente. Enfin, des infirmières qui ont spécifiquement mentionné la détresse l'ont reliée à une souffrance qui n'est pas sans rappeler les résultats obtenus par Fillion *et al.* (2013) en contexte de soins palliatifs. Par ailleurs, toujours en lien avec la détresse morale, les résultats n'ont pas pu explicitement identifier son effet crescendo, c'est-à-dire une accumulation de la détresse au fil du temps (Epstein et Hamric, 2009). Ils laissent toutefois entendre que les situations vécues laisseraient un résidu moral qui modifie la vision qu'a l'infirmière d'elle-même (Epstein et Delgado, 2010) : comme l'ont indiqué certaines participantes, la situation a entraîné une baisse de leur estime de soi ou de leur confiance en elles-mêmes.

6.4 Pistes de réflexion et recommandations

Les pistes de solution proposées par les participantes au regard des situations de soins touchent, en grande partie, au respect de l'autonomie du patient. En effet, suivant le constat effectué par les infirmières, au fil de leur récit, que le processus de consentement libre et éclairé comportait d'importantes lacunes, beaucoup ont suggéré des pistes de solution afin de l'améliorer; pistes qu'elles ont identifiées à partir du contenu du cours. De plus, la proportion élevée de désaccords parmi les sources des situations, à savoir cette certitude qu'a l'infirmière quant à la bonne action à poser en fonction d'un droit, d'une règle déontologique, d'un principe éthique, par opposition à celle préconisée par un autre acteur en fonction d'un droit, règle ou principe différent, laisse entendre que ces concepts se doivent d'être bien compris. Les manquements observés ont quant à eux, dans plusieurs cas, amené des interrogations chez les infirmières concernant les actions à poser; interrogations menant parfois à un dilemme puisqu'elles ignoraient ce qu'elles pouvaient entreprendre comme action au vu de cette situation.

D'ailleurs, une revue intégrative de 89 articles sur le sujet présente les composantes de la compétence éthique (Lechasseur, Caux, Dollé et Legault, 2016) : la sensibilité éthique, la connaissance éthique, la réflexion éthique, la prise de décision éthique, l'action éthique, et le comportement éthique¹⁷. Elle ne fait toutefois pas mention d'aspects inhérents à la SST de l'infirmière. Sachant que cette SST, à la lumière des résultats de la présente étude, fait partie intégrante de la compréhension des situations éthiques qu'ont les infirmières, détacher cette compétence du contexte pourrait s'avérer réducteur, voire contreproductif. Cette idée rejoint d'ailleurs celle de Bank (2012, cité dans Hopia, Lottes et Kanne, 2016) qui affirme que l'enseignement de l'éthique est souvent décontextualisé, s'attardant peu aux émotions, aux motivations, et aux complexités associées aux relations des personnes qui se trouvent dans des situations posant un défi éthique. En fait, les résultats de cette recherche soulèvent que, dans plusieurs cas, ce sont les déterminants de SST qui forment, précipitent ou exacerbent la situation éthique, les composantes de la compétence devraient tenir compte des dimensions de SST et non pas uniquement se diriger vers le patient et les soins. L'une des avenues de recherche à explorer serait sans doute d'approfondir la réflexion sur la façon d'agir sur la sensibilité éthique, composante de la compétence qui permet d'identifier et de reconnaître une situation « éthique », pour qu'elle inclue également le contexte dans l'articulation de la situation. Ainsi, pour reprendre la suggestion de Hopia, Lottes et Kanne (2016), davantage de formation serait nécessaire, non seulement sur les principes éthiques et droits fondamentaux, mais également sur la santé et sécurité au travail et ce, afin de développer davantage la compétence éthique des infirmières.

¹⁷ Un bref aperçu de ces dernières : Ethical sensitivity (la capacité de reconnaître les zones de tensions éthiques); Ethical knowledge (la connaissance éthique – philosophique, théorique, pratique); Ethical reflection (processus itératif d'analyse), Ethical decision-making (faire des choix responsables et raisonnables); Ethical action (action, motivée par l'accompagnement du patient, adaptée en fonction du contexte et résultante de la réflexion); Ethical behavior (une attitude de modération et de respect des autres).

Dans la même ligne de pensée, les différents outils, grilles ou cadres d'analyse des situations éthiques devraient, eux aussi, intégrer ces dimensions. Plusieurs de ces outils sont disponibles¹⁸, mais aucun de ceux recensés ne mentionne explicitement la prise en compte de la SST dans la problématique. Seule la démarche proposée pour la prise de décision éthique par Hamric et Deslgado (2014) tient compte, indirectement, de la SST à l'étape de l'identification du problème à analyser puisqu'elle réfère à la détresse morale; cette détresse pouvant entraîner des impacts physiques ou psychologiques. Cette mention fait écho aux résultats de la présente recherche puisque, dans plusieurs cas, le « problème » n'était pas relié aux soins, mais bien à une détresse de l'infirmière, qu'elle soit due à un désaccord, un manquement ou à un dilemme. Une avenue de recherche à explorer serait donc le développement et l'évaluation de telles grilles ou outils afin de déterminer si l'utilisation d'outils ou de grilles d'analyse « éthiques » qui incluraient explicitement une ou des étapes d'identification des aspects de SST seraient plus efficaces ou pertinentes pour résoudre, voire prévenir, les situations problématiques.

Suivant cette idée et en s'inspirant des écrits de Fourez (2002) et Fourez et Larochelle (2009) discutant de l'influence des termes utilisés sur les représentations que se construisent les personnes des concepts, il y a lieu de s'interroger sur l'impact qu'entraîne le libellé « éthique » accolé aux termes utilisés. Par exemple, est-ce que le fait de parler de dilemmes « éthiques », limite la réflexion des acteurs en la cantonnant à ce qui est traditionnellement rattaché à l'éthique (la réflexion sur les valeurs, les principes (Durand, 2005)), occultant ainsi une partie non négligeable de la situation vécue (SST)?

Les résultats de cette recherche mènent également vers des recommandations au regard du contexte de travail des infirmières. Contrairement aux données obtenues par Hopia, Lottes et Kanne (2016), qui soulignent que les infirmières sont davantage conscientes des droits des patients que des leurs, la présente étude laisse plutôt entendre qu'elles n'oublient pas nécessairement leurs droits, ou qu'elles ont des droits, même si elles ne savent pas toujours comment les exercer. En effet, leurs réflexions sur le type de solutions qu'elles proposent afin de prévenir les situations problématiques d'un point de vue éthique ne s'avèrent pas majoritairement centrées sur le patient, mais bien sur leur contexte de travail et s'inscrivent principalement dans une perspective d'amélioration du climat éthique de l'organisation.

Le climat éthique, pour reprendre les propos de Numminen, Leino-Kilpi, Isoaho, Meretoja (2015) empruntés à Olson (1995), est décrit comme étant « la perception, qu'ont les infirmières, de la gestion (*handling*) des problèmes éthiques dans leur milieu de travail » (traduction libre, p.847). Les résultats de cette recherche laissent entendre qu'un climat propice à la prévention et résolution des problèmes éthiques passe, entre autres, par un meilleur contrôle sur son travail, le soutien, des échanges et une clarification des rôles de chacun. Couplés aux suggestions concernant une meilleure organisation du travail (charge et complexité, mais aussi exempt de menaces à la santé (physique et psychologique)), ces éléments rejoignent les caractéristiques d'un climat éthique positif. En effet, un tel climat comporte des caractéristiques comme le soutien mutuel (incluant celui de l'administration) et le travail d'équipe (interdisciplinarité et collaboration) (Silén, Kjellström, Christensson, Sidenvall et Svantesson, 2012), la présence d'espaces d'échange sur l'éthique (Poisson, Alderson et Caux, 2014) et d'une politique guidant

¹⁸ Par exemple (liste non exhaustive), les outils d'analyse de St-Arnaud (2009), de Durand (2005), de Jonsen, Siegler et Winslade (2010); Park (2012).

les pratiques lors de cas complexes éthiquement (Corley, 2002). Les résultats de cette étude abondent en ce sens.

Cependant, ces résultats, compte tenu des limites discutées précédemment inhérentes à l'instrument de collecte de données, ne permettent pas de développer abondamment sur ce que serait un climat éthique positif dans le contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Des recherches devraient donc approfondir la réflexion à ce sujet, en ayant une vision « large » de l'éthique, c'est-à-dire une éthique qui met l'accent, aussi, sur la santé et sécurité au travail des acteurs impliqués.

7. CONCLUSION

La présente étude avait une visée exploratoire. Elle s'intéressait à mieux comprendre quels sont les liens entre les situations éthiques vécues par les infirmières et leur santé et sécurité au travail. Déjà, plusieurs études traitaient des dilemmes éthiques rencontrés durant leur pratique et des impacts de ces dilemmes sur leur travail et leur santé, en raison, entre autres, de la détresse morale que les dilemmes peuvent engendrer. Cette recherche s'avérait être la première mettant l'accent sur les aspects de santé et sécurité au travail pour l'étude des situations éthiques vécues par les infirmières. Il s'agissait donc d'aborder l'étude des situations sous un angle nouveau, en plaçant l'infirmière au cœur de la situation vécue. L'étude était aussi novatrice par la méthode privilégiée, soit l'analyse de travaux universitaires.

En mettant l'accent sur les aspects de santé et sécurité au travail inhérents aux situations vécues par les infirmières, cette recherche a permis de nuancer et de bonifier la compréhension de ces situations. Elle tend également à confirmer que ce qui est perçu comme étant une situation éthique peut en fait se révéler davantage tributaire du contexte qu'il n'y paraît. Elle montre également que les infirmières ne vivent pas uniquement des dilemmes tel que peut le laisser entendre la littérature sur le sujet; leur réflexion comportant une grande part de certitude. Ces situations ne sont certainement pas sans impacts sur elles, d'où la nécessité de mettre en œuvre des moyens afin de mieux prévenir, gérer et résoudre ces situations.

Des pistes d'actions, soutenues par des activités de recherche, pourraient être explorées. La formation infirmière pourrait tenir compte de cette interdépendance de l'éthique et la SST pour le développement de la compétence éthique de ces dernières. De plus, faciliter la contextualisation de l'éthique par les acteurs impliqués serait certainement aidante pour ces derniers lorsque surviennent des situations problématiques. Enfin, ces actions visant les individus ne peuvent être envisagées seules. Ces actions devraient être, aussi, systémiques. D'autres études sont certainement nécessaires afin de définir et mettre en œuvre de telles actions dans le contexte actuel du réseau de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Ahern, K. et McDonald, S. (2002). The beliefs of nurses who were involved in a whistleblowing event. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 303–309.
- Arnetz, J., Hamblin, L. E., Sudan, S., et Arnetz, B. (2018). Organizational determinants of workplace violence against hospital workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(8), 693-699.
- Aubry, F. (2012). Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante : conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec. *Temporalités*, 16, 1-18. doi: 10.4000/temporalites.2237
- Ball, J., Murrells, T., Rafferty, A., Morrow, E. et Griffiths, P. (2014). Care left undone during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *British Medical Journal on Quality and Safety*, 23(2), 116–125.
- Barlem, E. L. D., et Ramos, F. R. S. (2015). Constructing a theoretical model of moral distress. *Nursing Ethics*, 22(5), 608–615. doi: 10.1177/0969733014551595
- Beauchamp, T. L. et Childress, J. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7^e éd.). Oxford, Angleterre: Oxford University Press.
- Bickhoff, L., Sinclair, P. M. et Levett-Jones, T. (2017). Moral courage in undergraduate nursing students: A literature review. *Collegian*, 24(1), 71-83. doi: 10.1016/j.colegn.2015.08.002
- Blackstock, S., Salami, B. et Cummings, G. G. (2018). Organisational antecedents, policy and horizontal violence among nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 972-991. doi: 10.1111/jonm.12623
- Bolmsjö, I. A., Sandman, L. et Andersson, E. (2006). Everyday ethics in the care of elderly people. *Nursing Ethics*, 13(3), 249-263. doi: 10.1191/0969733006ne875oa
- Burston, A. S. et Tuckett, A. G. (2012). Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics*, 20(3), 312-324. doi: 10.1177/0969733012462049
- Callister, L. C., Luthy, K. E., Thompson, P. et Memmott, R. J. (2009). Ethical reasoning in baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics*, 16(4), 499-510.
- Cara, C., Roy, M. et Thibault, L. (2015). *Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM : synopsis du modèle pour son opérationnalisation*. Tiré de: http://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele_humaniste.pdf
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.
- Côté, K. et St-Pierre, S. (2011). Le harcèlement psychologique chez les infirmières : une réalité troublante. *Médecine sciences Amérique*, 1, 1-18.
- Cutcliffe, J. R. et Links, P. S. (2008). Whose life is it anyways?: An exploration of five contemporary ethical issues that pertain to the psychiatric nursing care of the person who is suicidal: Part two. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(4), 246-254.
- DeWolf Bosek, M. S. (2009). Identifying ethical issues from the perspective of the registered nurse. *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 11(3), 91-99.
- Durand, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*. Montréal, QC: Fides.
- Edward, K. I., Ousey, K., Warelow, P. et Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: A systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), 653-659.
- Elpern, E. H., Covert, B. et Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.

- Epstein, E. G. et Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330-342.
- Epstein, E. G. et Delgado, S. (2010). Understanding and addressing moral distress. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 15(3), 1. doi: 10.3912/OJIN.Vol15No03Man01
- Falco-Pegueroles, A., Lluch-Canut, M. T., Martinez-Estalella, G., Zabalegui-Yarnoz, A., Delgado-Hito, P., Via-Clavero, G. et Gardia-Olmos, J. (2016). Levels of exposure to ethical conflict in the ICU: Correlation between sociodemographic variables and the clinical environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 12-20. doi: 10.1016/j.iccn.2015.10.004
- Fillion, L., Truchon, M., L'Heureux, M., Gélinas, M., Bellemare, M., Langlois, L. et Robitaille, M. A. (2013). *Amélioration des services et des soins de fin de vie : mieux comprendre les effets sur la satisfaction et le bien-être des infirmières* (Rapport n° R-794). Montréal, QC :IR SST. Tiré de: <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIR SST/R-794.pdf>
- Fontana, A. et Frey, J. H. (2005). The interview. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (Édit.), *The sage handbook of qualitative research* (3^e éd., p. 695-727). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Førde, R. et Vandvik, I. H. (2005). Clinical ethics, information, and communication: Review of 31 cases from a clinical ethics committee. *Journal of Medical Ethics*, 31(2), 73-77.
- Fourez, G. (2002). *La construction des sciences : introduction à la philosophie et à l'éthique des sciences*. Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Fourez, G. et Larochelle, M. (2009). *Apprivoiser l'épistémologie*. Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Fry, S. T. et Damrosch, S. (1994). Ethics and human rights issues in nursing practice: A survey of Maryland nurses. *The Maryland Nurse*, 13(7), 11-12.
- Gkorezis, P., Panagiotou, M. et Theodorou, M. (2016). Workplace ostracism and employee silence in nursing: The mediating role of organizational identification. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2381-2388. doi: 10.1111/jan.12992
- Gouvernement du Québec. (s.d.). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Tiré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/l-8,%20R.%209.pdf>
- Grimm, P. (2010). *Social desirability bias: Part 2: Marketing research*. doi: 10.1002/9781444316568.wiem02057
- Guevara-López, U., Altamirano-Bustamante, M. M. et Viesca-Treviño, C. (2015). New frontiers in the future of palliative care: Real-world bioethical dilemmas and axiology of clinical practice. *BMC Medical Ethics*, 16(1), 11.
- Gutierrez, K. M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), 229-241.
- Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B. et Dreyer, P. (2019). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics*, 27(1), 194-206.
- Hamric, A. B. (2000). Moral distress in everyday ethics. *Nursing Outlook*, 48(5), 199-201. doi: 10.1067/mno.2000.110564
- Hamric, A. B. (2012). Empirical research on moral distress: Issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum*, 24(1), 39-49.
- Hamric, A. B. et Delgado, S. A. (2014). Ethical decision making. Dans A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy, et E. T. O'Grady (Édit.), *Advanced practice nursing* (5^e éd., p. 328-358). St-Louis, MO: Elsevier.
- Hopia, H., Lottes, I. et Kanne, M. (2016). Ethical concerns and dilemmas of Finnish and Dutch health professionals. *Nursing Ethics*, 23(6), 659-673. doi: 10.1177/0969733015579311
- Hosseini, E., Mansoure, N., Fatemeh, O. et Fazlollah, A. (2015). Ethical behavior of nurses in decision-making in Iran. *Iran Journal of Nursing Midwifery Research*, 20(1), 147-155.

- Humphries, A. et Woods, M. (2016). A study of nurses' ethical climate perceptions: Compromising in an uncompromising environment. *Nursing Ethics*, 23(3), 265-276.
- Ingwiller, S. et Molinier, P. (2010). «On ne va pas prendre les patients en otage...» : souffrance éthique et distorsion de la communication dans un service de nuit en gériatrie. *Travailler*, 1(23), 59-75. doi: 10.3917/trav.023.0059
- Jonsen, A. R., Siegler, M. et Winslade, W. J. (2010). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (7^e éd.). New York, NY: McGraw-Hill Medical.
- Johnstone, M. J., Da Costa, C. et Turale, S. (2004). Registered and enrolled nurses' experiences of ethical issues in nursing practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 24-30.
- Kälvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P. et Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Sciences and Medicine*, 58(6), 1075-1084. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00279-X
- Koskenvuori, J., Numminen, O., et Suhonen, R. (2017). Ethical climate in nursing environment: A scoping review. *Nursing Ethics*, 26(2), 327-345.
- Langeland, K. et Sorlie, V. (2011). Ethical challenges in nursing emergency practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14), 2064-2070.
- Langlois, L., Dupuis, R., Truchon, M., Marcoux, H. et Fillion, L. (2009). Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs. *Éthique publique*, 11(2), 20-30. doi: 10.1007/S11839-011-0321-7
- Lechasseur, K., Caux, C., Dollé, S. et Legault, A. (2018). Ethical competence: An integrative review. *Nursing Ethics*, 25(6), 694-706.
- Mandal, J., Dinoop, K. P. et Parija, S. C. (2014). Microethics in medical education and practice. *Tropical Parasitology*, 5(2), 86-87.
- McCarthy, J. et Deady, R. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*, 15(2), 254-262. doi: 10.1177/0969733007086023
- McLennon, S. M., Uhrich, M., Lasiter, S., Chamness, A. R. et Helft, P. R. (2013). Oncology nurses' narratives about ethical dilemmas and prognosis-related communication in advanced cancer patients. *Cancer Nursing*, 36(2), 114-121.
- Meltzer, L. Z. et Huckabay, L. M. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and burnout. *American Journal of Critical Care*, 13(3), 202-208.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis a methods sourcebook* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Neergaard, M., Olesen, F., Andersen, R. S. et Sondergaard, J. (2009). Qualitative description: The poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology*, 9(52). doi: 10.1186/1471-2288-9-52
- Nilsson, A., Rasmussen, B. H. et Edvardsson, D. (2016). A threat to our integrity: Meaning of providing nursing care for older patients with cognitive impairment in acute care settings. *Scandinavian Journal of Care Sciences*, 30(1), 48-56. doi: 10.1111/scs.12220
- Noureddine, S. (2001). Development of the ethical dimension in nursing theory. *International Journal of Nursing Practice*, 7(1), 2-7.
- Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H. et Meretoja, R. (2015). Ethical climate and nurse competence: Newly graduated nurses' perceptions. *Nursing Ethics*, 22(8), 845-859.
- Olson, L. (1995). Ethical climate in health care organizations. *International Nursing Review*, 42(3), 85-90.
- Olson, L. L. (1998). Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 345-349.
- Park, M. (2009). Ethical issues in nursing practice. *Journal of Nursing Law*, 13(3), 68-77.

- Park, E. (2012). An integrated ethical decision-making model for nurses. *Nursing Ethics*, 19(1), 139-159.
- Park, M. (2014). A comparison of ethical issues in nursing practice across nursing units. *Nursing Ethics*, 21(5), 594-607.
- Piers, R. D., Azoulay, E., Ricou, B., Ganz, F. D., Decruyenaere, J., Max, A., . . . Depuydt, P. (2011). Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA*, 306(24), 2694-2703.
- Poisson, C., Alderson, M., Caux, C. et Brault, I. (2014). La détresse morale vécue par les infirmières : état des connaissances. *Recherche en soins infirmiers*, 2(117), 65-74.
- Rainer, J., Schneider, J. K. et Lorenz, R. A. (2018). Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3446-3461. doi: 10.1111/jocn.14542
- Rathert, C., May, D. R., et Chung, H. S. (2016). Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 39-49.
- Redman, B. K. et Fry, S. T. (2000). Nurses' ethical conflicts: What is really known about them?. *Nursing Ethics*, 7(4), 360-366.
- Robinson, L., Dickinson, C., Bamford, C., Clark, A., Hughes, J. et Exley, C. (2012). A qualitative study: Professionals' experiences of advance care planning in dementia and palliative care, «a good idea in theory but...». *Palliative Medicine*, 27(5), 401-408.
- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé : guide pour une intégration de l'éthique dans les sciences infirmières*. Montréal, QC: Chenelière éducation.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description. *Research in Nursing and Health*, 23(4), 334-340.
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name?: Qualitative description revisited. *Research in Nursing and Health*, 33(1), 77-84.
- Sasso, L., Bagnasco, A., Bianchi, M., Bressan, V. et Carnevale, F. (2016). Moral distress in undergraduate nursing students: A systematic review. *Nursing Ethics*, 23(5), 523-534. doi: 10.1177/0969733015574926
- Silén, M., Kjellström, S., Christensson, L., Sidenvall, B. et Svantesson, M. (2012). What actions promote a positive ethical climate?: A critical incident study of nurses' perceptions. *Nursing Ethics*, 19(4), 501-512.
- Shannon, S. E., Mitchell, P. H. et Cain, K. C. (2002). Patients, nurses, and physicians have differing views of quality of critical care. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 173-179.
- Strandas, M. et Fredriksen, S. T. (2014). Ethical challenges in neonatal intensive care nursing. *Nursing Ethics*, 3, 1-12.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. doi: 10.1177/1098214005283748
- Truong, R. D., Brown, S. D., Browning, D., Hundert, E. M., Rider, E. A., Bell, S. K. et Meyer, E. C. (2015). Microethics: The ethics of everyday clinical practice. *Hasting Center Report*, 45(1), 11-17.
- Tsuruwaka, M. et Asahara, K. (2018). Narrative writing as a strategy for nursing ethics education in Japan. *International Journal of Medical Education*, 9, 198-205. doi: 10.5116/ijme.5b39.d5d2
- Ulrich, C., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M. et Grady, C. (2007). Ethical climate, ethics stress, and job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science and Medicine*, 65(8), 1708-1719. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.050

- Ulrich, C., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M. et Grady, C. J. (2010). Everyday ethics: Ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2510-2519.
- Varcoe, C., Pauly, B., Webster, C. et Storch, J. (2012). Moral distress: Tensions and springboards for action. *HEC Forum*, 24(1), 51-62.
- Whitehead, P. B., Herbertson, R. K., Hamric, A. B., Epstein, E. G. et Fisher, J. M. (2015). Moral distress among healthcare professionals: Report of an institution-wide survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 117-125.
- Wilkinson, J. M. (1987). Moral distress in nursing practice: Experience and effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16-29.
- Wlodarczyk, D. et Lazarewicz, M. (2011). Frequency and burden with ethical conflicts and burnout in nurses. *Nursing Ethics*, 18(6), 847-861.
- Zimmerman, T. et Amori, G. (2011). The silent organizational pathology of insidious intimidation. *Journal of Healthcare Risk Management*, 30(3), 5-15.

ANNEXE A : LES OUTILS DE RECRUTEMENT

A.I L'invitation générale à participer (Publication sur Facebook)

Participation à une étude !

Vous avez déjà suivi le cours **SOI 6202 — Éthique de la santé et pratique infirmière** à la FSI?

Vous souhaitez contribuer à l'avancement des connaissances sur la santé au travail des infirmières, et ce, en moins de 15 minutes?

Si oui, participez au projet de recherche en cours Exploration des dilemmes éthiques vécus par les infirmières en lien avec la santé et sécurité du travail.

Intéressée? Cliquez sur ethique-sst@scinf.umontreal.ca pour rejoindre l'équipe de recherche. Vous n'avez qu'à nous faire part de votre intérêt et nous communiquerons avec vous.

A.I.I L'invitation individuelle à participer (courriel)

Objet : Participation à un projet de recherche en éthique

Bonjour *Prénom*,

Nous vous écrivons aujourd'hui, car à la session E20XX, vous avez suivi le cours *SOI6202 Éthique de la santé et pratique infirmière*. Durant ce cours, vous avez réalisé une analyse d'un cas (travail final). Votre travail représente une ressource unique afin de mieux comprendre la diversité et la complexité des dilemmes éthiques vécus par les infirmières, particulièrement en lien avec ses dimensions de santé et sécurité au travail (SST). C'est pourquoi nous aimerions inclure votre travail à un projet de recherche, subventionné par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), qui se déroule actuellement. Il s'agit en fait pour vous d'une occasion unique de participer à un projet original qui permettra de bonifier la formation en éthique des infirmières, entre autres, en permettant de mieux comprendre l'importance de la SST dans les dilemmes éthiques vécus.

Nous ne pouvons toutefois pas accéder à votre travail sans votre consentement. Soyez assurée que toute l'information incluse à ce dernier sera traitée de façon anonyme. Ainsi, votre nom, la session durant laquelle vous avez suivi le cours ou toute autre combinaison d'information pouvant potentiellement mener à votre identification ou à celle d'un tiers (personnes ou établissements), sera retiré. À cet effet, vous trouverez toute l'information quant à ce projet et à l'utilisation qui serait faite de votre travail dans le formulaire joint à ce courriel.

Si vous acceptez que votre travail soit inclus au projet, veuillez l'indiquer en ajoutant un X sur la ligne ci-dessous et nous retourner le courriel. Si vous refusez, veuillez ignorer ce message.

_____ J'accepte que mon travail soit inclus au projet de recherche cité en objet.

Nous vous remercions sincèrement de l'attention que vous porterez à notre demande, cordialement,

Équipe de recherche

Exploration des dilemmes éthiques vécus par les infirmières en lien avec la santé et sécurité du travail

P.-S. Veuillez nous excuser et ignorer ce message si vous n'avez pas suivi le cours SOI6202 Éthique de la santé et pratique infirmière.

A.I.II Le formulaire d'information

FORMULAIRE D'INFORMATION

Exploration des dilemmes éthiques vécus par les infirmières en lien avec la santé et sécurité du travail

Chercheure principale **Chantal Caux, PhD**
Professeure agrégée
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Téléphone : (514) 343-6385
Courriel : chantal.caux@umontreal.ca

Co-chercheuses **France Dupuis, Inf., PhD. Université de Montréal.**
Kathleen Lechasseur, Inf., PhD. Université Laval

Ce projet est financé par l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail (IRSST)

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Description du projet

Dans le cadre du cours *SOI6202 Éthique de la santé et pratique infirmière* que vous avez suivi à l'Université de Montréal, vous avez réalisé une analyse d'un cas vécu (le travail final). Ce travail, de même que ceux de vos collègues, représente une ressource unique afin de mieux comprendre les dilemmes éthiques vécus par les infirmières. Ils illustrent également, dans plusieurs cas, comment les dimensions de santé et sécurité au travail (SST) de l'infirmière peuvent avoir un impact sur les dilemmes. Ce projet de recherche vise donc à mettre en évidence cette diversité et la complexité des dilemmes vécus par les infirmières et les dimensions de SST sous-jacentes. Cette meilleure connaissance des dilemmes permettra de bonifier la formation en éthique des infirmières et de mieux intégrer les aspects de SST dans la prévention des dilemmes éthiques.

Méthode

Uniquement si vous acceptez de participer à ce projet, nous accèderons à votre travail final en version non évaluée qui a été déposé sur la plateforme StudiUM. Après y avoir retiré toutes les informations permettant d'identifier des individus (incluant vous-même) ou des lieux, votre travail « Analyse d'un cas vécu » sera analysé de manière qualitative. L'analyse portera principalement sur le type de dilemme vécu et sur les aspects permettant de mieux cerner le contexte de SST de l'infirmière.

Inconvénients et bénéfices

Il n'y a aucun inconvénient à participer à cette recherche. De plus, si vous avez récemment suivi le cours, que vous acceptiez ou refusiez de participer à ce projet n'aura aucun impact sur votre cheminement académique.

Votre implication est minimale puisqu'elle se limite à indiquer si vous acceptez que votre travail soit inclus au projet. Si tel est le cas, vous contribuerez à une meilleure compréhension de la diversité et la complexité des dilemmes éthiques ainsi que leurs liens avec la santé et sécurité au travail.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la chercheuse principale, et ce, par simple avis verbal ou par courriel.

Protection de la confidentialité

Toute l'information incluse aux travaux sera traitée de façon anonyme et ne servira qu'aux seules fins de cette recherche. Aucune identification individuelle ne sera effectuée. Ainsi, votre nom, la session durant laquelle vous avez suivi le cours ou toute autre combinaison d'information pouvant potentiellement mener à votre identification ou à celle d'un tiers (personnes ou établissements), sera retiré. Les données seront conservées dans un fichier informatique protégé par un mot de passe connu uniquement par la chercheuse principale et par la personne qui coordonne le projet. Les fichiers informatiques seront conservés pendant sept ans et seront détruits ensuite.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : Chantal Caux, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Téléphone : 514-343-6385. Courriel : chantal.caux@umontreal.ca.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel : ceres@umontreal.ca

Téléphone au (514) 343-6111, poste 2604

Site Web : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9 h et 17 h.

ANNEXE B : LES OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

B.I Les consignes du travail¹⁹

SOI6202 -- Éthique de la santé et pratique infirmière

« Ma réflexion personnelle sur un cas vécu »

Consignes du travail

Description du travail et apprentissages visés.

Vous avez probablement, voire certainement, vécu, durant votre pratique infirmière, une ou plusieurs situations problématiques. Vous devez choisir l'une de ces situations. Privilégiez une situation sur laquelle vous souhaitez vous attarder tout au long de la session et qui a eu (ou qui a encore) un impact sur vous ou votre travail.

Ce travail de réflexion personnelle sur un cas vécu vous permettra d'une part de vous approprier les concepts vus en classe. D'autre part, il vous permettra d'acquérir une façon de structurer votre réflexion qui vous sera utile pour l'analyse des problématiques éthiques spécifiques à votre milieu de pratique. Enfin, ce travail, parce qu'il aborde tous les éléments de la compétence visée par le cours (voir le plan de cours pour cette compétence et ses éléments constitutifs), se veut intégrateur de l'ensemble du cours.

Ce travail vous accompagnera donc durant toute la session. Il comprend deux volets :

Premier volet :

Il s'agit, dans un premier temps, de décrire la situation que vous avez choisie sous forme de récit. Cette description doit être cohérente et, tout en préservant l'anonymat des protagonistes de votre récit (sauf le vôtre évidemment), inclure les éléments contextuels qui permettent de bien saisir la situation problématique. Ainsi, de façon générale, puisqu'il s'agit de votre récit, ce premier volet ne comporte pas de références. Vous terminez cette description en indiquant ce qui est la source de la problématique éthique. Par exemple : « Bref, selon moi, la problématique éthique découle principalement du fait que le patient refuse de prendre sa médication alors que sa famille insiste pour qu'il le fasse ».

Présentation :

- Au maximum deux pages
- 1,5 interligne

¹⁹ Les consignes pouvaient légèrement différer en fonction des sessions. L'essentiel du travail demeurerait toutefois le même.

- Toutes les marges à 2,5 cm
- Format Times New Roman 12
- Inclure page titre et pagination
- Pas de table des matières
- Enregistrer le travail en utilisant la formulation suivante : Nom Prénom Travail 1

Remise de cette partie le 22 mai (avant 17 h) dans la boîte prévue à cet effet sur le site du cours

Pondération de 10 %

Deuxième volet

Le deuxième volet consiste à réaliser une analyse rigoureuse du cas présenté de même qu'à proposer des pistes de solution. De plus, il inclut un exercice de pratique réflexive sur le développement de la compétence éthique.

Analyse

Cette analyse sera réalisée en fonction des éléments vus au cours (échanges en classe, lectures, forums de discussion, etc.) et d'autres références pertinentes. Ainsi, tout au long de la session, nous aborderons divers contenus et questionnements qui vous permettront de structurer, d'appuyer et d'approfondir votre analyse. Évidemment, il se peut (il est même très probable) que d'autres éléments contextuels, questions ou aspects nécessitent que vous les exploriez dans le cadre du travail. N'oubliez pas de discuter de votre rôle en tant qu'acteur de cette situation.

Réflexivité

En conclusion de ce volet 2, en une page maximum, vous devez répondre aux deux questions suivantes :

- 1) À la lecture des éléments de compétence (voir le plan de cours), quelle est l'évolution/le développement de ma compétence éthique?
- 2) Que pourrais-je faire afin de poursuivre ce développement (vous pouvez discuter de la compétence dans sa globalité ou encore cibler certains éléments de compétence)?

Présentation :

- Joindre le premier volet **corrigé en suivi de modifications** à votre travail, incluant la grille de correction de ce dernier (bref, le volet 1 au complet). Ne pas mettre ce premier volet en annexe, mais bien au début de votre travail final (volet 2).
- Inclure une page titre, table des matières, références et pagination

- **Maximum** de 12 pages (excluant le premier volet, la page titre, la table des matières et les références)
- 1,5 interligne
- Toutes les marges de 2,5 cm
- Format Times New Roman 12
- Enregistrer le travail en utilisant la formulation suivante : Nom Prénom Travail 2

Remise le 28 juin (avant 17 h) dans la boîte prévue à cet effet sur le site du cours

Pondération de 50 %.

Attention

Pour les deux volets :

À moins de respecter les indications à cet effet mentionnées au plan de cours, tout travail remis en retard entraîne la baisse d'un cran de la note. Si le retard est trop important ou si le travail n'est jamais remis, la note F* sera attribuée.

Le non-respect des consignes, de l'APA, ou encore une orthographe ou syntaxe rendant difficile la compréhension du texte, entraînent la baisse d'un cran de la note. Les baisses d'un cran peuvent être cumulées.

B.1.1 Le courriel envoyé pour obtenir les informations manquantes

Bonjour [Prénom],

Nous vous remercions encore une fois de votre participation à l'étude « Exploration des dilemmes éthiques vécus par les infirmières en lien avec la santé et la sécurité au travail ». Dans cette étude, nous analysons le travail final que vous avez réalisé à la session E20XX pour le cours *SO16202 — Éthique de la santé et pratique infirmière*. Ce travail consistait à effectuer une analyse éthique d'une situation vécue au travail. À titre de rappel, voici un résumé de la situation que vous aviez décrite dans votre travail :

[Insérer un résumé de la situation].

Étant donné le nombre élevé de participants, nous aimerions dresser un portrait plus précis de l'ensemble des situations. Nous aimerions donc connaître certaines informations qui n'étaient pas demandées dans le travail. Ainsi, il serait grandement apprécié si vous pouviez répondre à cette — ces questions :

[Insérer, parmi les suivantes, la ou les questions dont la réponse est manquante]

1) Au moment de la situation, quel était votre degré d'expérience comme infirmière?

- a. Stagiaire;
- b. Candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI); ou
- c. Infirmière depuis ____ années.

2) Dans quel type d'établissement s'est déroulée la situation décrite?

- a. CLSC;
- b. CHSLD;
- c. Hôpital
 - i. Spécialisé ; ou
 - ii. Général;
- d. Clinique;
- e. Pharmacie;
- f. Établissement hors du réseau de la santé; ou
- g. Autre à préciser.

3) Dans une ville de quelle taille s'est déroulée la situation décrite?

- a. Ville québécoise de moins de 10 000 habitant-e-s;
- b. Ville québécoise de 10 000 à 100 000 habitant-e-s;
- c. Ville québécoise de plus de 100 000 habitant-e-s;
- d. Ville canadienne hors Québec; ou
- e. Ville hors Canada.

Nous vous remercions à l'avance de votre réponse.

Équipe de recherche

Exploration des dilemmes éthiques vécus par les infirmières en lien avec la santé et la sécurité
du travail

ANNEXE C : LES PISTES DE SOLUTION PROPOSÉES EN LIEN AVEC LE CONTEXTE D'INFORMATION AUX PATIENTS

Déterminants du respect des droits et des principes en soins de santé	Pistes de solution proposées
Participation des patients et des proches aux décisions les concernant	Inclure les patients de même que les proches à l'ensemble des décisions et de manière continue
	Proposer des options respectant les motifs de refus de traitement des patients
	Proposer des solutions mitoyennes pour concilier les droits et les principes privilégiés par les différents acteurs concernés par la situation
Ressources et capacités des patients et des proches	Soutenir émotivement les patients ainsi que leurs représentantes et représentants lors de la divulgation d'informations difficiles
	Accorder un temps de réflexion aux patients
	Diminuer la médication pour permettre la lucidité nécessaire à la décision
	Fournir de l'information supplémentaire aux patients Offrir une traduction indépendante de la famille des patients
Sensibilité des patients et des proches aux droits et principes en soins	Discuter des options et des risques avec les patients, et le cas échéant, leur faire part de ses désaccords sur leurs décisions
	Tenter de convaincre les patients d'accepter un traitement optimal
Informations du personnel soignant sur les patients	Évaluer les risques des options envisagées pour résoudre les situations
	Observer le langage non verbal des patients
	Vérifier si le consentement est contraint en posant des questions spécifiques aux patients
	Évaluer l'aptitude au consentement de manière complète et continue Demander aux patients les motifs de leur refus de traitement

ANNEXE D : LES THÈMES ET SOUS-THÈMES D'ANALYSE

Situation éthique : Ensemble d'évènements et l'expérience décrits par les infirmières dans les travaux qui constituent une problématique d'un point de vue éthique.

Situation particulière : Situation circonscrite à un moment précis et touchant un nombre limité de personnes, typiquement quelques membres du personnel soignant, un patient ou une patiente et une ou quelques personnes proches.

Situation sociale : Relative à un ensemble important de personnes et de problématiques, typiquement relative à un système, à une société ou à un groupe de la société.

Source : Assise de la situation. Elle se compose de deux éléments : le fondement et l'objet.

Fondement : Caractéristique d'une situation la positionnant selon deux axes : certitude/incertitude et acceptabilité/non-acceptabilité (éthique ou légale ou déontologique ou en fonction de déterminants de SST).

Dilemme : Fondement caractérisant une situation où l'infirmière hésite entre plusieurs options jugées acceptables ou inacceptables.

Désaccord : Fondement caractérisant une situation où l'infirmière est certaine de l'option à privilégier, mais où d'autres acteurs impliqués dans la situation estiment qu'une option différente est préférable. Les deux options sont acceptables sur le plan déontologique, légal, éthique ou en fonction d'un déterminant de SST.

Manquement : Fondement caractérisant une situation où l'infirmière est certaine que les actions qu'elle subit ou observe ne devraient pas être posées. Ces actions ne sont pas acceptables sur le plan déontologique, légal, éthique ou en fonction d'un déterminant de SST.

Objet : Élément central sur lequel porte une situation éthique.

Droits et principes : Ce qui guide et structure la pratique et la réflexion sur les actions à adopter en soins de santé. Il s'agit généralement de principes éthiques. Les droits sont des prérogatives reconnues à une personne dans son intérêt, également codifiés dans des textes juridiques et les codes de déontologie.

Droits fondamentaux – selon la Charte des droits et libertés de la personne (Québec)

- Vie
- Intégrité
- Liberté
- Propriété
- Vie privée

Droits de la protection de la jeunesse – selon la Loi sur la protection de la jeunesse

- Accès aux services de santé
- Développement de l'enfant

Droits (et obligations) en matière de services de santé et de services sociaux -- selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

- Consentement aux soins
- Information
- Confidentialité
- Soins de qualité
- Accès aux soins
- Soins reproductifs et périnataux
- Accompagnement par des proches

Principes éthiques – selon le principisme de Beauchamp et Childress (2013)

- Bienfaisance
- Non-malfaisance
- Autonomie
- Justice

Déterminant de la santé et de la sécurité au travail : Facteurs influençant l'état de santé des populations, sans nécessairement en être la cause directe – selon l'Institut national de santé publique du Québec. La population visée est celle des infirmières et les déterminants sont donc ceux pouvant avoir une influence sur leur santé au travail.

- Environnement physique de travail : ce déterminant réfère à la qualité de l'air ou la salubrité des lieux de travail. Il inclut les propos faisant état des risques encourus par l'infirmière de contracter une infection sur le lieu de travail et le port d'équipements de protection.
- Organisation du travail : regroupe ce qui a trait à la planification et la réalisation du travail. Il englobe ainsi les propos quant à la charge de travail à effectuer, aux horaires de travail (incluant le temps supplémentaire obligatoire) ou encore les tâches (et leur complexité) à accomplir. Ce thème inclut également l'interaction entre la vie privée de l'infirmière et son travail.
- Relations de travail : regroupe les propos qui font état des interactions entre l'infirmière et d'autres personnes de son milieu de travail, excluant les patients. Il peut s'agir des médecins, d'infirmières,

d'autres professionnels de la santé, de préceptrices. Ces relations ont trait à la collaboration, au soutien, à la définition des rôles de chacun, aux interactions hiérarchiques et à la latitude décisionnelle que la participante s'attribue par rapport aux autres personnes.

- Perspectives de travail : englobe les propos qui touchent à l'emploi lui-même à savoir son maintien, ses opportunités, incluant ce qui est mentionné comme pouvant modifier ces perspectives à savoir les sanctions ou les plaintes visant l'infirmière.
- Manifestations de violence : regroupe les termes soulevés par les participantes qui sont qualifiés de « violents » telles l'agressivité (coups, injures) et les menaces. Ce déterminant inclut également la violence psychologique, identifiée comme telle, par les participantes.

Conséquences : Impacts des situations consistant en un état indésirable détériorant le bien-être au travail et le fonctionnement des infirmières ou de leurs collègues.

Sur la personne (santé physique et mentale)

- Tristesse
- Colère
- Peur
- Détresse morale
- Impuissance
- Dévalorisation
- Ambivalence
- Persistance au-delà de la situation
 - Culpabilité
- Fatigue
- Épuisement
- Fébrilité
- Stress

Relations de travail

- Congédiement
- Tensions et conflits -- ont un impact sur

La qualité des soins (incluant l'accessibilité aux soins)

Pistes de solution : Suggestions proposées en vue de résoudre ou prévenir la situation

Agir sur des principes éthiques et des droits en soins de santé

- Favoriser la participation accrue des patients et des proches aux décisions les concernant
- Développer les capacités des patients et des proches à prendre des décisions
- Sensibiliser les patients sur les principes et droits en soins de santé
- Informer le personnel soignant sur les droits des patients

Améliorer le climat éthique et agir sur des déterminants de la santé et de la sécurité au travail

- Accroître le contrôle sur son travail
- Définir l'interaction travail et vie privée
- Définir les rôles de chacun
- Revoir/diminuer la charge de travail
- Améliorer l'environnement de travail
- Favoriser le développement professionnel
- Améliorer les relations de travail