

La souffrance éthique et l'évolution professionnelle infirmière

Margot Phaneuf, inf., PhD.

Novembre 2014

«La prise de conscience des besoins du malade sans moyen d'action, engendre la frustration et le sentiment d'impuissance.»

Depuis longtemps, dans de nombreux contextes, les infirmières réalisaient l'insuffisance de leurs moyens pour prendre soin des malades. Elles se rendaient compte des limites économiques et organisationnelles en cause et prenaient progressivement conscience de l'état de dépendance dans lequel elles travaillaient. Elles réalisaient également, le peu de possibilités dont elles disposaient pour le faire reconnaître. Leur voix non soutenue par des principes bien étayés et par des forces professionnelles organisées était peu entendue.

Il est intéressant de jeter un regard rétrospectif sur les décennies qui nous ont précédées et de constater comment au fil du temps les contraintes, autant des ressources financières



que des ressources humaines, sont venues changer l'environnement et les conditions de travail en milieu de soins. Les augmentations successives du ratio infirmière-clients modifiaient la tâche soignante, mais influaient aussi sur la perception des infirmières quant à la qualité des soins et à la qualité de l'environnement de leur pratique professionnelle.

Petit regard rétrospectif

Il y a à peine quelques décennies, centrées sur les besoins du corps, les infirmières apportaient aux patients le réconfort de l'accompagnement et le soulagement de leurs gestes attentifs. Des soins que l'on qualifiait alors de « globaux » étaient entièrement offerts par les infirmières qui voyaient à tous les besoins du malade afin de lui assurer une prise en charge complète et continue.¹ Dès lors, bien que sans cerner leur malaise de manière claire et sans le verbaliser de façon formelle, elles demeuraient conscientes de

¹. Danielle D'Amour et Carl-Ardy Dubois (2009). Des modèles d'organisation pour de meilleurs résultats de soins :

https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/colloque_cii_2009/CII2009_B6.pdf

certaines insuffisances de leurs moyens et du temps qui leur était imparti pour chacun.² Plusieurs exprimaient leur regret de ne pas avoir le loisir de s'occuper davantage de malades ayant particulièrement besoin de présence et de réconfort. Afin de pallier ces inconvénients, des changements organisationnels successifs ont été mis en place avec un succès variable. On a vu par exemple apparaître divers jumelages infirmière/infirmière auxiliaire ou infirmière/préposée aux bénéficiaires, ou encore travail d'équipe ou travail en équipe interprofessionnelle.

Le travail en équipe

Au cours des années 1960 et 1970, on instaura un système d'équipe qui persista pendant plusieurs décennies. Dans ce mode organisationnel, l'infirmière était secondée par des infirmières auxiliaires ou des préposés, ce qui permettait de mieux couvrir les besoins en personnel et pouvait laisser espérer de meilleures possibilités de soins. Cependant pour être fonctionnel un tel système doit comporter une cible commune, une tâche à mener à bien avec les ressources de chacune des participantes et cela dans la convergence des

Le système de travail en équipe suppose une cible commune à toutes les intervenantes, une tâche à réaliser avec les ressources de chacune et la convergence des efforts de l'ensemble.

efforts de toutes. Ce qui suppose à la fois communication, confiance mutuelle et bonne entente.³ Des conditions pas toujours réunies, car comme aujourd'hui, la cohésion et le succès de ce mode de travail reposaient sur la bonne volonté des participantes et sur la qualité du leadership exercée par le chef de l'équipe.⁴

Dans certains cas, se réalisait une véritable synergie d'action et l'infirmière se sentait épaulée, ce qui permettait de couvrir les besoins les plus immédiats de la clientèle⁵. Mais dans d'autres, les conflits de rôle et les responsabilités partagées créaient des situations où l'infirmière et l'infirmière auxiliaire faisaient la même chose, travaillant tout simplement chacune de leur côté. Alors, ce travail ne donnait pas toujours les effets attendus, car *« dans un contexte d'alourdissement des clientèles et de réduction des temps de séjour, les clients comme les infirmières exprimaient leurs insatisfactions, car les soins étaient de plus en plus fragmentés, discontinus et dépersonnalisés. »*^{6,7}

². Témoignage d'une infirmière du temps.

³. Margot Phaneuf (2012). Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/Le-travail-dequipe-.pdf>

⁴. Groupement des directrices et directeurs de soins infirmiers des régions 14 et 15. « Intégration des rôles infirmiers d'hier à demain. Les leçons de l'histoire : https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/1_ordre/ordres_regionaux/ORIILL/evenements/integrati on_des_roles_infirmiers_d_hier_a_demain_mai2010.pdf

⁵. Mills P., Neily J. & Dunn E. (2008). Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety. *Journal of the American College of Surgeons* 206, 107–112.

⁶. Idem, p. 13.

Le travail en équipe interprofessionnelle

Puis, une autre réorganisation intervint en 2002 avec l'arrivée de la Loi 90.⁸ Dans un souci de reconnaissance des rôles,⁹ le législateur définit le travail de soins à partir d'équipes interprofessionnelles impliquant pour les soins infirmiers le partage horizontal et vertical des tâches à la manière tayloriste. Il répartissait de façon formelle les interventions entre l'infirmière, l'infirmière auxiliaire et la préposée aux bénéficiaires.

Ce système conférait à l'infirmière un rôle élargi, mais les besoins auxquels elle doit répondre depuis, se trouvent grandement modifiés. Bien qu'elle soit toujours responsable

Les conditions de pratiques actuelles touchent l'identité même de l'infirmière comme soignante consciente de ses devoirs de soins.

des clients, ce découpage des soins rend son contact avec eux beaucoup plus distancié. De plus, même si les données empiriques indiquent que la composition du personnel soignant a une incidence sur les résultats dans les milieux de soins, il y a peu de données probantes montrant la valeur de ces équipes mixtes pour la qualité des soins.¹⁰

Cette nouvelle culture organisationnelle prenait place dans un contexte de pénurie de personnel infirmier et voulait répondre aux pressions économiques et structurelles d'un système sous tension en raison du vieillissement des clientèles, de la progression continue des maladies chroniques et de l'augmentation faramineuse des divers coûts des technologies et des soins. Cette organisation supposait dans cette foulée, une rationalisation des effectifs et de ce fait une augmentation des ratios infirmières-clients. Ces changements ont directement influencé non seulement la qualité des soins, mais aussi la satisfaction des infirmières au travail, suscitant chez elles des interrogations quant au sens de la qualité de leurs interventions.¹¹

Une rationalisation préoccupante

Cette rationalisation n'est pas sans conséquence. Des données issues de la recherche indiquent qu'au Québec les ratios infirmières-clients sont nettement supérieurs à ceux

⁷ Beatrice, J. & Kalisch, (2009). Nurse and Nurse Assistant Perceptions of Missed Nursing Care: What Does It Tell Us About Teamwork? *Journal of Nursing Administration*, 39(11), 485-493.

⁸ Margot Phaneuf (2008). La loi 90 et le plan thérapeutique infirmier : http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/10/La_loi_90_et_le_plan_therapeutique_infirmier.pdf

⁹ Margot Phaneuf (2008). Changement professionnel : revalorisation ou dévalorisation des rôles : http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Un_changement-professionnel-profond-revalorisation-ou-dévalorisation-des-rôles.pdf

¹⁰ Linda McGillis Hall (2006). http://cna-aiic.ca/~media/CNA/Page-Content/PDF-FR/Research_Summaries_All_f.pdf

¹¹ Gèneviève Beaudet (2007). Le travail en équipe. Relation entre le ratio infirmières-patients, la composition des équipes soignantes et la perception de l'environnement des pratiques infirmières. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences en sciences infirmières. P.3-4, 22-30

recommandés par les études californiennes.¹² Ils se situeraient, pour le quart horaire de jour à 9 patients pour 1 infirmière et la nuit, à un ratio de 12 pour une infirmière.¹³¹⁴ Sans compter que les lignes de ces règles de calcul de la charge en soins demeurent floues et changeantes selon les milieux.

Il est à regretter que les répercussions de cette lourdeur du travail de soins sur les équipes et sur la qualité de leur performance demeurent peu documentées. On ne peut s'en étonner puisque « *La dotation infirmière est un des rares volets des soins de santé au Canada qui ne tient pas compte des données probantes lors des décisions.* »¹⁵ Aussi, des questions se posent : dans un tel système les *compétences de soins* des infirmières sont-elles utilisées à bon escient? Ou si, mobilisées par la gestion de l'équipe, elles se trouvent limitées dans leur propre travail?

La responsabilité est la juste contrepartie de la liberté comme principe d'action, l'homme n'étant libre que pour autant qu'il assume les conséquences de ses actes
Svandra, 2009, p. 11

On peut aussi se demander quelles sont les répercussions de ces ratios élevés sur la qualité des soins. Nous avons peu de données récentes et peu d'information pour le Québec, mais une recherche de 2002, faite aux États-Unis dans 799 hôpitaux, donnait des réponses claires, montrant déjà qu'en cas d'augmentation des ratios infirmière-clients on avait recensé une augmentation des pneumonies, des infections urinaires, des septicémies, des plaies par pression, des chutes, des erreurs diverses et un allongement des séjours hospitaliers.¹⁶¹⁷

Des résultats à nuancer

Néanmoins en l'absence de données probantes, l'observation courante montre que cette fragmentation des interventions, parfois même ce conflit des rôles, laisse des besoins importants des clients sans réponse, oubliés dans les dédales de ces fonctions de travail compartimentées. De plus, pour toutes les soignantes le temps est toujours compté,

¹². Cité par le Groupement des directrices et directeurs de soins infirmiers des régions 14 et 15.

« Intégration des rôles infirmiers d'hier à demain. Les leçons de l'histoire (2010).

https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/1_ordre/ordres_regionaux/ORIILL/evenements/integration_des_roles_infirmiers_d_hier_a_demain_mai2010.pdf En Californie ces ratios seraient de 1 : 6

¹³. Danielle D'Amour et Carl-Ardy Dubois (2009). Des modèles d'organisation pour de meilleurs résultats de soins :

https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/colloque_cii_2009/CII2009_B6.pdf.

¹⁴. Idem : en Californie on recommande 1 infirmière pour 6 malades sur tous les quarts de travail.

¹⁵. Linda McGillis Hall (2006) . http://cna-aiic.ca/~media/CNA/Page-Content/PDF-FR/Research_Summaries_All_f.pdf p.32

¹⁶. J. Needleman et coll. (2002). dans Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers au Canada

https://fcsii.ca/sites/default/files/2012.01.04_workload_popular_french_0.pdf

¹⁷. Philippe Svandra (2009). Éloge du soin une éthique au cœur de la vie. Paris Estem (2009). Le soignant et la démarche éthique., Paris Estem, p. 11

toujours insuffisant pour bien répondre aux nécessités du traitement de personnes demandant des soins aussi complexes en raison de leurs pathologies sérieuses et de leur âge. Ainsi, le bel objectif de départ s'avère-t-il difficile à réaliser, car la transition et l'ajustement entre les ressources agissantes dans l'équipe ne sont pas toujours au rendez-vous.

Par ailleurs, lorsque le travail est bien coordonné et que les tâches sont réparties selon les

Les frustrations concernant les soins peuvent traduire la sensibilité de l'infirmière aux aspects moraux de sa pratique, de même que sa compréhension de la vulnérabilité des patients. Ces frustrations peuvent favoriser un éveil éthique et donner une nouvelle orientation à ses soins.

nécessités du moment et dans la bonne volonté de toutes, les rôles s'exercent avec flexibilité et répondent efficacement aux besoins du malade.¹⁸

De plus avec les progrès de la société et de la formation infirmière, en présence d'une organisation des soins toujours en évolution, toujours renouvelée au fil du temps, s'est opéré un changement de paradigme voulant que les soins infirmiers puissent se structurer en plaçant le malade et la qualité des soins au cœur des préoccupations soignantes, rendant ainsi les infirmières de plus en plus conscientes de l'importance de leur rôle de protectrice du client,

mais aussi des divers aléas menaçant la qualité de leurs soins.¹⁹

De fréquentes frustrations

Aussi, nombreuses sont les infirmières qui vivent un sentiment de frustration concernant le leadership²⁰ qu'elles doivent exercer en dépit des limites qui leur sont imposées et de la constatation de la qualité des soins parfois « questionnable » dispensés dans leur équipe en raison des conditions de pratique actuelles. Contraintes dans leur propre travail par les exigences de la gestion des dossiers, par l'insuffisance des ressources en personnel et en temps, elles vivent à certains moments un fort sentiment d'insatisfaction, de responsabilités mal assumées et certaines parlent même de perte de sens, de travail qui a perdu son âme. Elles déplorent, dans ce climat sous haute tension où

Le devoir infirmier est d'agir par respect du malade, mais aussi par respect de soi.

¹⁸. Mario Roy et coll. (2009). Travailler en équipe , Oui!

https://www.usherbrooke.ca/ceot/fileadmin/sites/ceot/documents/Publications/Articles/Perspective_Infirmiere_Mroy_MAudet_al_juin2011_Organisation.pdf

¹⁹. Margot Phaneuf (2013). **Le concept d'advocacy en soins infirmiers :**

<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-concept-dadvocasy-en-soins-infirmiers-Copie.pdf>

²⁰. Margot Phaneuf (2006). **Le leadership infirmier entre humanisme et pragmatisme :**

<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-leadership-infirmier-entre-humanisme-et-pragmatisme.pdf>

tout est urgent, où la charge émotive est souvent très lourde, de manquer de disponibilité pour des malades qui nécessiteraient plus de présence affective pour leur apporter assistance et réconfort, et avec le temps, certaines entrent en dissonance avec leur milieu et en ressentent une véritable souffrance.²¹

Une souffrance de mieux en mieux identifiée

À travers cette évolution organisationnelle, l'idéal du soin s'est transformé, mais la préoccupation fondamentale d'aide et de qualité est demeurée le fil rouge orientant le travail infirmier, alors que se fait aussi jour un éveil de plus en plus prégnant quant à sa qualité. Le malaise de l'infirmière à reconnaître ses limites de temps et de moyens, à constater l'écart qui se creuse toujours entre ses valeurs professionnelles et la réalité du quotidien, devient de plus en plus tangible et des voix s'élèvent pour le faire connaître et le mettre en mots. Les infirmières savent maintenant que ce mal-être professionnel, ces tiraillements de conscience sont bien réels, qu'ils ne sont pas uniques à leur profession, puisque d'autres professionnels de la santé les éprouvent aussi et qu'ils s'appellent « souffrance ou le désarroi éthique. »²²

Un mal parfois difficile à cerner

Aborder le sujet de la souffrance au travail nous met en contact avec divers aspects difficiles du réel de la pratique infirmière. Bien que les soignantes soient toujours à l'œuvre, répondant à des demandes constamment renouvelées, à des besoins toujours prégnants, nombreuses sont celles qui présentent une détresse psychologique préoccupante et pas toujours facile à identifier. Une des raisons évoquées concerne la charge de travail qui se révèle souvent pénible et les manifestations prennent alors figure de fatigue, voire d'épuisement professionnel,²³ mais il appert que le phénomène de souffrance éthique est beaucoup plus complexe.

« Le désarroi éthique concerne des situations dans lesquelles l'infirmière ne peut respecter ses obligations et ses engagements professionnels ou qui ne respectent pas ce qu'elle croit être la bonne ligne de conduite, ou qui entraînent un manquement à ses exigences en matière d'éthique. »

Le désarroi éthique dans les milieux de santé : http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics_pract_ethical_distress_oct_2003_f.pdf?la=fr

²¹. Margot Phaneuf (2012). La souffrance des soignants un mal invisible... Jalons pour une réflexion : <http://www.prendresoain.org/wp-content/uploads/2013/01/La-souffrance-des-soignantes-.pdf>

²². Christian Genest (2012). La souffrance éthique des médecins http://www.crievat.fse.ulaval.ca/fichiers/site_crievat/documents/Essai_memoire_these/These_Genest_Christian.pdf

²³. Margot Phaneuf (2007). L'épuisement professionnel : perdre son âme pour gagner sa vie : <http://www.prendresoain.org/wp-content/uploads/2014/05/epuisement-professionnel.pdf>

Il ne faut pas oublier que le contexte émotionnel du travail de soins, le contact avec la souffrance et avec la mort, avec ce que l'on peut parfois interpréter comme des injustices de la vie, devient avec le temps épuisant. Sans compter les situations humaines difficiles à gérer et leur lot de tension, les exigences du travail toujours de plus en plus élevées

Identifié en 1984 par le philosophe Andrew Jameton, ce désarroi éthique prenait pour lui deux formes : une forme initiale faite de colère, de frustration et d'anxiété face aux obstacles institutionnels et une forme secondaire, réactionnelle où la personne devenue blasée ne fait plus rien pour combattre la situation.
http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics_pract_ethical_distress_oct_2003_f.pdf?la=fr

avec les attentes des clients et les demandes des autorités, les risques d'erreurs professionnelles, de même que l'harmonisation travail-famille pas toujours évidente à réaliser. Dans cette organisation, les infirmières se plaignent de l'impossibilité dans laquelle elles sont de s'occuper des patients de manière complète et humaine, car les séjours sont courts, les pathologies complexes et le personnel déjà insuffisant pour les besoins, tourne dans un roulement incessant, tout cela obéissant à une logique comptable plutôt qu'à des incitatifs professionnels. Il ne faut pas

nous étonner que ces éléments pèsent lourd dans une journée d'infirmière.²⁴

La souffrance éthique

Mais la souffrance de certaines soignantes, bien, qu'elle soit alimentée par les sources de pénibilité précitées, est d'une autre nature et ses manifestations physiques ou caractérielles sont des symptômes d'un mal beaucoup plus profond, qui réfère à des tiraillements entre la volonté d'agir et l'impuissance de le faire en raison du manque de temps, de moyens, mais aussi de l'insuffisance d'autonomie qui caractérise leur condition. Cette incapacité d'agir en temps voulu, à la hauteur de leur volonté, crée un désarroi une *souffrance éthique*.

Le terme éthique n'a que la valeur de ce qu'on en fait.

Ce mal-être se manifeste chez certaines soignantes particulièrement engagées, sensibles et attentives à leurs responsabilités, ce sont des sujets « *sentinelles* » qui vivent un conflit de valeurs lorsqu'elles ne peuvent faire ce qu'elles croient devoir faire, ce qu'elles pensent être conforme aux normes de leur profession et qu'elles jugent nécessaire dans la situation. Cette différence entre leur idéal de fonctionnement et ce qui leur est exigé par les conditions actuelles, crée chez elles des tensions, qui avec le temps deviennent de véritables blessures de conscience.

²⁴. Le désarroi éthique dans les milieux de soins de santé. : http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics_pract_ethical_distress_oct_2003_f.pdf?la=fr

Dans une profession historiquement portée par des valeurs d'humanité et de compassion comme les soins infirmiers, ces contradictions soutenues par des volontés administratives pragmatiques renvoient au sens même de notre profession. Les préoccupations de ces soignantes sentinelles dépassent le simple désir du travail bien fait et touchent leur sens de la droiture personnelle et de la fidélité au patient. Pour elles, c'est la finalité même des soins infirmiers qui est remise en question.

Le travail occupe une place centrale dans la construction de notre personnalité. Par le développement du sens des responsabilités, de l'engagement personnel et social, il nous confère un sentiment d'accomplissement de soi qui donne une signification à notre existence.

Une atteinte profonde

Les tensions que vivent alors ces infirmières sont non seulement épuisantes sur le plan physique, mais elles sont aussi démoralisantes. Certaines deviennent fatalistes, d'autres pensent même à l'abandon de la profession. L'atteinte est profonde, car chez l'être humain, le travail occupe une place centrale dans la construction de la personnalité. Par le développement du sens des responsabilités, de l'engagement personnel et social, il nous confère un sentiment d'accomplissement de soi qui donne une signification à notre existence.

Mais si l'infirmière prend conscience qu'elle est l'instrument d'un système dépersonnalisé qui n'est plus au service du malade, si la réalisation de son travail entre en conflit avec ses valeurs professionnelles, sociales ou morales, les injonctions paradoxales d'une tâche qui a perdu son sens, peuvent avoir pour elle un effet destructeur.

Des mécanismes de défense

Afin de continuer à fonctionner dans de telles conditions, à tolérer leur souffrance éthique ou à se protéger, certaines infirmières développent divers mécanismes de défense. L'un

Vivre c'est s'engager.

Albert Camus

d'eux est le *retrait apathique* où la soignante, en phase réactionnelle, est déçue et démoralisée et se dit : « à quoi bon s'en faire, on n'y peut rien! ». Il arrive aussi qu'elle fasse de l'*évitement* en se centrant uniquement sur les tâches matérielles, ce qui l'empêche de réfléchir et de se préoccuper de la qualité réelle de ce qu'elle fait. La *généralisation* est un autre mécanisme qui peut lui permettre de traiter tous les patients de la même manière, rapide, impersonnelle, sans s'arrêter à penser à leurs besoins ou à leurs souffrances particulières; elle évite ainsi de se culpabiliser. L'*intellectualisation* l'aide aussi à s'évader dans des considérations idéalistes détachées de la réalité et la *rationalisation* lui permet de chercher des justifications logiques à cette situation. Mais ces mécanismes ne sont guère efficaces, ils ne font que lui cacher la situation réelle.

Cependant, chez certaines infirmières, la souffrance éthique les porte plutôt à un surinvestissement et ce mal-être devient d'une certaine manière constructif, car ces soignantes se montrent encore plus humaines, plus dédiées et plus à l'écoute du malade afin de satisfaire leur soif d'accomplissement. C'est pour elles une manière de se déculpabiliser et de pouvoir continuer à vivre la situation où, en l'absence de moyens de cultiver la sérénité, cette blessure de la conscience qu'est la souffrance éthique, finit par les rattraper avec le temps.²⁵

Les moyens d'aide

Devant des difficultés aussi grandes, les moyens d'aide ne sont malheureusement pas légion. Il y a toujours le recours à des spécialistes en éthique, mais leurs possibilités d'action sur le plan organisationnel et de la disponibilité des effectifs demeurent limitées. Leur utilité se révèle néanmoins lors d'échanges éthiques possiblement sécurisants.

Reconnaître la souffrance éthique

Il est d'abord important de reconnaître pour soi et pour les autres les signes de la souffrance éthique et de ne pas juger les collègues en les croyant faibles, mais aussi de ne pas se culpabiliser soi-même de vivre ces émotions et cette remise en question de sa manière de fonctionner. Ce mal-être n'est que le signe d'un engagement professionnel qui ne peut se réaliser pleinement. Le fait de le reconnaître permet souvent de chercher des solutions utiles et surtout d'éviter l'évasion dans la dépression, l'épuisement professionnel ou les moyens illusoire tels que les médicaments, l'alcool ou les drogues.

Des échanges au sein de l'équipe

Toutefois, l'un des moyens aidants pour les infirmières perturbées par les conditions de pratique qui leur sont imposées est d'en parler dans l'équipe, de rompre le silence du stoïcisme et d'exprimer leurs émotions, d'exposer leur point de vue sur la qualité des soins dispensés et d'expliquer leurs réactions d'opposition aux conditions du contexte d'exercice qui a cours dans leur unité de soins. Sans juger les autres, sans se culpabiliser, rechercher le soutien des collègues et tenter de créer des synergies efficaces peut s'avérer réconfortant.

Les rencontres pluridisciplinaires

L'organisation de rencontres pluridisciplinaires peut également se révéler bénéfique. Ces moments d'échanges peuvent créer un climat de travail plus agréable et permettre un dialogue constructif évoquant les contraintes professionnelles et la recherche de moyens

²⁵. Margot Phaneuf (2014). Efficacité, sérénité et empathie – des opposés irréconciliables en soins infirmiers ? <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/06/Efficacite-et-empathie-en-soins-infirmiers.pdf>

de planifier des soins correspondant mieux aux préoccupations des soignantes. Ainsi une des mesures de prévention possible de cette crise qu'est la souffrance éthique est de créer un espace de délibération pluridisciplinaire sur l'exploration des valeurs du travail, des normes éthiques propres au monde de la santé et à la profession infirmière, de même que les limites du contexte de la pratique actuelle.^{26, 27}

Le soutien des autorités en place

Il ne faut pas non plus oublier le soutien des personnes en autorité. L'encouragement et la reconnaissance du travail par les chefs sont toujours un réconfort précieux. Le fait que ces personnes comprennent le contexte de travail et que, tout en reconnaissant les limites professionnelles et éthiques imposées, elles se rendent compte des difficultés du personnel, possède un effet bénéfique sur les perceptions des infirmières au sujet de la qualité de ce qu'elles font. C'est d'autant plus vrai que ces personnes en autorité peuvent aussi se joindre aux infirmières pour dénoncer les conditions qui minent la qualité de leur vie au travail et le caractère dépersonnalisé des soins.

Dénoncer les contraintes inacceptables

Il est aussi important d'exprimer ces insatisfactions aux autorités en place, de faire connaître cette souffrance éthique qui est le symptôme d'insuffisances sérieuses concernant les soins afin de les sensibiliser aux difficultés des soignantes et des malades. Le personnel infirmier est souvent une main d'œuvre soumise, peu habituée à faire connaître ses opinions et ses besoins, comptant sur l'OIIQ ou sur les syndicats pour véhiculer ses critiques et ses demandes. Si les soins qui ont cours dans un service ne correspondent pas aux exigences professionnelles reconnues, cette condition, en accord avec notre Code de déontologie,²⁸ devient un manquement que l'infirmière devrait dénoncer. Dans les services, les soignantes *sentinelles* qui en souffrent et le font savoir, sont des baromètres de la qualité des soins. Il faut nous rappeler que rien de ce qui concerne la qualité du service offert aux malades ne devrait nous laisser indifférentes.

Conclusion

Tout au long de l'évolution des soins et de l'organisation professionnelle du travail infirmier, les soignantes ont été conscientes des difficultés de leurs tâches, mais aussi des

²⁶. Alexia Eychenne (06-03-2014). La souffrance éthique se retrouve dans beaucoup de métiers. http://www.lexpress.fr/emploi/gestion-carriere/la-souffrance-ethique-se-retrouve-dans-beaucoup-de-metiers_1314991.html#MZxhwfAJmmxkYOt.99

²⁷. Marie-Andrée Tremblay (2013). Dialogue éthique outil de développement, de qualité et de sécurité : http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/evenements/colloque2013/P11_MATremblay.pdf

²⁸. Code de déontologie : Processus thérapeutique. Art. 42. OIIQ : http://www.infoiiq.org/reglementation/modifications-au-code-de-deontologie-des-infirmieres-et-infirmiers/2014?utm_source=InfOIIQ&utm_campaign=infOIIQ+++1+mai+2014++Public&utm_medium=email

défaillances du système dans lequel elles avaient part. Mais ces dernières années avec la pénurie d'infirmières que nous avons connue au Québec, avec la pression du vieillissement de la population, de la croissance des maladies chroniques et des coupes budgétaires générées par un système sous tensions économiques majeures, elles s'interrogent et vivent parfois un malaise devant la qualité des soins dispensés.²⁹

À travers la progression de la formation et de la croissance professionnelle actuelle, les infirmières sont devenues plus conscientes de l'importance de leur travail et de la nécessité de le faire reposer sur des principes essentiels de qualité, d'équité et d'humanité. Mais gérer un milieu de soins c'est gérer le paradoxe de conserver en même temps les dépenses sous contrainte et d'offrir à tous les malades des soins complets, sécuritaires et humains. En raison de cela, les infirmières se voient obligées de travailler dans des limites de moyens et d'effectifs parfois inacceptables et le travail, généralement porteur de sens, devient alors dénaturé.

La surcharge de la tâche est *autant de nature quantitative, lorsqu'il y a trop de travail ou trop peu de temps ou de ressources pour le faire, que de nature qualitative, lorsque les exigences de rapidité et de productivité dépassent les capacités de la soignante. Cette souffrance provient non seulement des charges de travail physique et mental, mais aussi de la charge émotionnelle due à la nécessité de gérer l'expression de ses émotions pour répondre aux exigences du service.*³⁰

Ces situations ont des répercussions négatives sur les malades et créent chez les soignantes un désarroi éthique, une souffrance qui avec le temps devient difficile à tolérer parce qu'elle touche leurs valeurs profondes, leur personnalité, voire leur identité d'infirmière. Ce désarroi provoque des malaises physiques qui génèrent un absentéisme couteux et possède des effets démoralisateurs qui affectent leur travail et les incitent même à le quitter.

Les solutions sont souvent hors de portée des soignantes puisque leur source est en amont, là où se prennent les grandes décisions. Les rencontres d'échange et de questionnement sur les valeurs éthiques, la ventilation des émotions et la recherche de solidarités peuvent toutefois alléger les tensions et apporter le réconfort de l'entraide.

Cette souffrance des infirmières sentinelles n'a pas que des côtés négatifs, elle a aussi le mérite de resserrer les équipes autour de leurs responsabilités et de la recherche de moyens pour les exercer de manière lucide et efficace. Ce désarroi éthique est bien présent dans nos rangs, il est le symptôme d'une profession en quête de sens, dont les revendications s'ouvrent peut-être sur d'autres imaginaires plus humains.

²⁹. E. M. Morin et J. Forest, « Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail », *Gestion*, vol. 32, n°2, 2007, p. 31-36.

³⁰. Diane Girard (2009), conflit de valeurs et souffrance au travail. *Éthique publique*. Vol. 11, no 2 Le travail en crise, p. 129-138