
LE RELIEF

JANVIER 2016 | VOLUME 2 - N° 1

L'ÉTHIQUE DANS LES MILIEUX DE VIE : QUELLES VALEURS POUR QUELLES PRATIQUES?

PRISE DE POSITION

Soins aux résidents :
donner les soins attendus ou donner
les bons soins? Une réflexion entre
les valeurs et l'éthique appliquée
TERRAIN

La confiance incertaine : des zones
de tensions dans les relations
de partenariat

EXPERTISE

Le code sans éthique...

RECHERCHE

La souffrance morale au travail :
enjeux pour les intervenants en RI



© Shutterstock



ASSOCIATION DES
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES
D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC

Partenaire pour des milieux de vie de qualité

À PROPOS DE L'ARIHQ

L'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) est un organisme à but non lucratif reconnu officiellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour représenter les ressources intermédiaires d'hébergement pour adultes au Québec. Les ressources intermédiaires (RI) offrent leurs services aux divers établissements du réseau de la santé et deviennent leurs partenaires dans leur mission d'hébergement, de soutien et d'assistance.

En tant qu'Association partenaire tant de ses membres que du gouvernement et des établissements, l'ARIHQ se donne pour mission de promouvoir des milieux de vie de qualité pour les personnes hébergées en ressources intermédiaires. Elle négocie l'ensemble des conditions nécessaires au fonctionnement et au développement durable des ressources. À ce titre, elle promeut les intérêts professionnels, sociaux et économiques de ses membres et les soutient concrètement dans leur mission par des services-conseils variés.

RÉDACTRICE EN CHEF :

Annie GAUTHIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

Françoise COURCHESNE, responsable affaires publiques et communications, ARIHQ
Annie GAUTHIER, responsable recherche et qualité, ARIHQ
Johanne PRATTE, directrice générale, ARIHQ
Luc VALLERAND, directeur du service aux membres et des communications, ARIHQ
René VILLEMURE, éthicien

MISE EN PAGE :

Créations Karine Charlebois

RÉVISION LINGUISTIQUE ET DIFFUSION :

Françoise COURCHESNE, responsable affaires publiques et communications, ARIHQ
Anne JUANCO, responsable affaires publiques et communications, ARIHQ

COLLABORATION À LA PRÉSENTE ÉDITION :

Annie GAUTHIER, responsable recherche et qualité, ARIHQ
Johanne PRATTE, directrice générale, ARIHQ
Stéphane RICHARD, Professeur adjoint à l'École de Service Social et chercheur en éthique et déontologie professionnelle, Université Laurentienne
Luc VALLERAND, directeur du service aux membres et des communications, ARIHQ
René VILLEMURE, éthicien

VENTES PUBLICITAIRES :

Anne JUANCO, responsable affaires publiques et communications, ARIHQ

ISSN 2368-7711

Titre : Le Relief (Montréal. 2014)



L'ÉTHIQUE OU UN SENS À NOTRE TRAVAIL

Éditorial | Johanne Pratte

Dans leur mandat d'offrir des milieux de vie à des personnes parmi les plus vulnérables de notre société, le personnel travaillant en ressource intermédiaire affronte des questions éthiques, des dilemmes parfois complexes auxquels même les balises socioprofessionnelles ne semblent pas toujours pertinentes pour y répondre sans équivoque. Que faire lorsque la même décision ne peut être appliquée pour tous? Comment faire différemment? Que faire lorsque nous avons l'impression de perdre le sens même de notre travail? Que faire lorsqu'on ne peut faire ce que l'on croit devoir faire? Dans ces zones grises où doivent s'exercer le jugement et le libre arbitre, l'éthique demeure nécessaire. Elle est toujours d'actualité où que l'on soit.

Le défi de vivre ensemble dans des milieux partagés soulève des questions et comporte des enjeux sérieux. Si les moyens de rendre la coexistence agréable et sécuritaire semblent plus raffinés avec la mise au point des nouveaux médicaments psychotropes, si les techniques d'intervention sont plus respectueuses des personnes avec des approches personnalisées et non-violentes, et si les environnements sont mieux adaptés, les défis reliés à l'établissement d'espaces de vie empreints d'éthique ne s'en trouvent pas pour autant résolus. Ainsi, l'éthique de la vie quotidienne, celle qui se pratique sur le terrain concret à partir de trajectoires de vie souvent rudes et accidentées, reste le plus souvent dans l'ombre des discussions officielles. Force est de constater que la réponse d'aujourd'hui ne sera peut-être pas celle de demain, ni la même avec une autre personne et que la règle édictée en pareille circonstance ne répondra pas entièrement à notre questionnement.

Le présent numéro de la revue Le Relief ne prétend pas faire le tour de l'ensemble des questions éthiques qui se posent dans les ressources intermédiaires. Il ne cherche pas davantage à porter un jugement sur les pratiques des uns et des autres, ni à répondre unilatéralement à ce qui devrait prévaloir en cette matière. Les textes proposés apportent plus simplement des repères qui peuvent servir à baliser, à enrichir et à pousser plus loin le développement de la réflexion dans ce domaine si exigeant. Chaque semaine, à l'ARIHQ, des situations complexes et des cas inédits nous sont communiqués et nous obligent à repousser les limites de notre pensée en matière d'éthique.

Dans ce contexte, les cadres de références en vigueur offrent certes des balises et une certaine guidance. De plus, les processus de contrôle de la qualité et de la sécurité des services peuvent contribuer au respect des normes de pratique qui sont établies. Cependant, il arrive que toutes bien intentionnées qu'elles soient, ces lignes directrices entraînent elles-mêmes des questions d'ordre éthique en lien avec leur mise en œuvre dans les milieux visés. Dans ce contexte, l'espace qu'on accepte de donner au dialogue qui surgit toujours comme réponse privilégiée, incontournable en matière d'éthique, constitue en lui-même un réel défi. Dialoguer peut requérir que l'on redéfinisse autrement les rapports entre les personnes afin de permettre l'expression et l'autonomie dans un cadre qui doit, par ailleurs, être respecté. Cela peut également supposer de surmonter les tensions propres aux dynamiques interpersonnelles pour se laisser interpeller par l'expérience et des objectifs qui sont compatibles avec le maintien d'un milieu de vie.

À titre de directrice générale de l'ARIHQ, je suis particulièrement sensible au fait que les textes rédigés visent essentiellement à mettre en lumière ce que seraient les meilleures pratiques ou les aspirations en matière d'éthique des uns et des autres. Ils interpellent ainsi la responsabilité de tout un chacun, quels que soit sa fonction et son statut, dans ce que j'appellerais une éthique des milieux de vie. À cet égard, l'article de M. Stéphane Richard parle de climat éthique, une notion qui éclaire sous un jour renouvelé les milieux de vie. Les différents articles rappellent plus généralement l'importance de lieux de parole où les questions et les difficultés des personnes sont prises en considération. Ils soulignent les défis moraux que comporte la relation d'aide.

Je tiens à remercier personnellement les différentes personnes qui ont contribué au présent numéro de notre revue Le Relief, avec une matière riche et rigoureuse. Leur apport nous aide à prendre un recul pour mettre en perspective la diversité des réalités et ainsi inaugurer un chantier d'idées ouvert et élargi, avec comme seul objectif « *le bien faire* ». ■

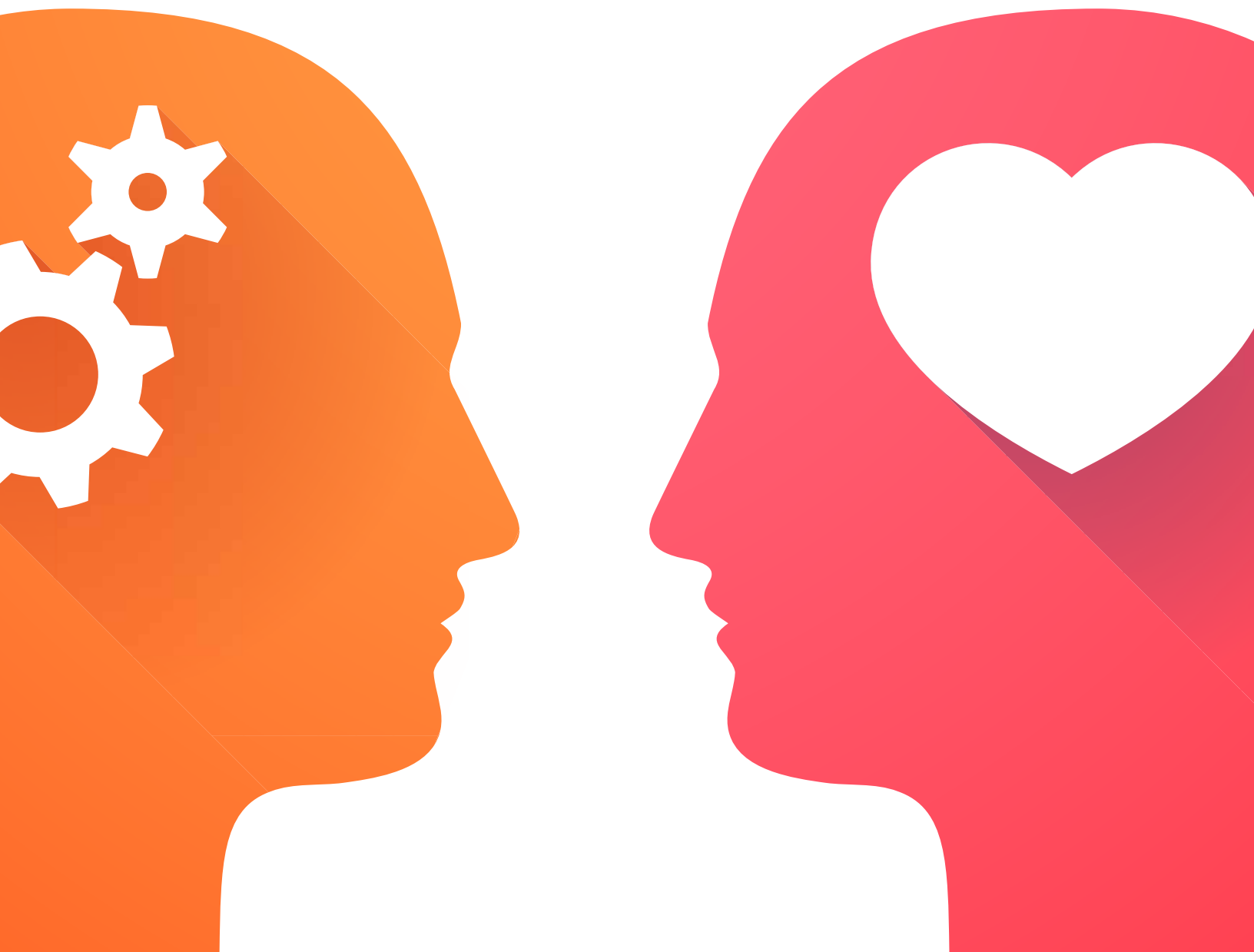


PRISE DE POSITION

La rubrique « Prise de position » exprime la perspective de l'ARIHQ sur les enjeux reliés au thème en question. Il est rédigé à partir des propos recueillis lors d'une séance de discussion regroupant les membres de l'équipe.

Luc Vallerand | ARIHQ

SOINS AUX RÉSIDENTS : DONNER LES SOINS ATTENDUS OU DONNER LES BONS SOINS? UNE RÉFLEXION ENTRE LES VALEURS ET L'ÉTHIQUE APPLIQUÉE



Depuis plusieurs années, l'ARIHQ s'est employée à répondre aux besoins d'accompagnement, de services conseils, de formation, de professionnalisation et d'information de ses membres. L'Association a travaillé à fortifier de façon durable la place des ressources intermédiaires au Québec, et à valoriser la diversité des milieux de vie tout en promouvant des standards de qualité auxquels les citoyens sont en droit de s'attendre dans les ressources intermédiaires.

Mais est-ce que des standards, des normes, des règles, etc. peuvent à eux seuls être garants d'un mieux-vivre pour les personnes hébergées en ressource intermédiaire? Le milieu de la santé et des services sociaux est fortement normé, codifié et même largement règlementé en matière de prestation de services. Est-ce que cela suffit pour s'assurer du bien-être et du bon traitement des citoyens recevant des services? De même, la présence d'un code d'éthique suffit-elle pour que soient posés des gestes éthiques dans les milieux de vie ou de soins?

Depuis quelques années, nos organisations publiques et privées sont régulièrement traversées par des inquiétudes d'ordre éthique suscitées notamment par la forte médiatisation de pratiques faisant état de dérives éthiques ou morales. La commission Charbonneau, mais aussi le scandale des compteurs d'eau à la Ville de Montréal, ou encore le scandale des commandites au début des années 2000, sont-ils les symptômes ou les indices d'une société en panne d'éthique et de morale?

Comme le rapporte René Villemure, les manquements à l'éthique font souvent la une des journaux et des médias. Ces manquements font référence à l'absence d'éthique plutôt qu'ils ne présentent un état des lieux sur ce que serait une culture de l'éthique. La mise en scène de la nouvelle insiste davantage sur les manquements plutôt qu'elle ne met en perspective les valeurs organisationnelles en soulignant l'écart entre ces valeurs et les gestes réellement posés. Pour se donner les moyens de répondre à d'éventuels manquements à l'éthique, nous croyons essentiel de nous pencher, d'abord et avant tout, sur l'écart entre les valeurs affichées par les organisations et les valeurs appliquées par celles-ci.

Ainsi, parler d'un conflit entre les valeurs et les pratiques, c'est chercher à résoudre un dilemme éthique de manière concrète, c'est parler d'éthique appliquée et faire état des malaises perçus dans des situations particulières.

Au quotidien, le personnel procurant du soutien et de l'assistance aux résidents est principalement motivé par la bienveillance avec pour objectif le bien-être des personnes hébergées. Mais qu'est-ce que le bien-être? Est-ce une valeur partagée? Ayant le même sens pour tous? Est-ce que désirer le bien de la personne est une référence suffisante et applicable en toute circonstance? Selon le Petit Robert, le bien-être est la « sensation agréable procurée par la satisfaction de besoins physiques, l'absence de tensions psychologiques ». On le constate ici, le bien-être est une notion subjective. Ce qui fait du bien à l'un ne fait pas nécessairement du bien à l'autre. C'est pourquoi nous souhaitons parler du bien-être et du «prendre soin» dans le respect de la personne, c'est-à-dire en prenant l'autre en considération et en veillant à ne pas porter atteinte à son intégrité telle que lui-même la conçoit et l'éprouve. Évidemment, cela va bien au-delà du respect des normes de sécurité et d'hygiène.

La dignité de la personne, le respect et la qualité des soins sont autant de valeurs donnant des raisons d'agir et faisant du sens pour le personnel. Toutefois, prendre soin dans le respect de la personne exige nécessairement de prendre soin en tenant compte aussi du point de vue du « soigné » dans ce qu'il peut dire ou suggérer au « soignant » comme étant ce qui protège ou ce qui le met sur la voie de son mieux-être. La valeur appliquée des pratiques de soins dans le respect du soigné exige du soignant une réflexion éthique, à savoir un souci et un questionnement en regard de ce que signifie prendre soin du point de vue de la personne soignée. Il doit y avoir un « partage » de sens entre les personnes impliquées dans l'action de prendre soin.

De manière plus explicite, prenons l'exemple d'une personne en situation de dépendance à l'égard des soins de la vie quotidienne (ex. : habillage, bain, toilette). Imaginons que cette personne vive certains soins comme des agressions, et ce même si les gestes à son endroit sont posés de manière délicate. On peut aussi imaginer que cette personne puisse sentir que son intimité est bafouée lors de certains soins

© Shutterstock

d'hygiène ou d'examen, et ceci indépendamment de la bonne volonté de celui ou celle qui lui donne ces soins. L'éthique appliquée dans cette situation devra prendre en compte le souhait de l'autre et éviter autant que possible d'imposer des actions de soins unilatérales « pour son bien ».

En effet, ce n'est pas parce qu'un geste est bien intentionné qu'il est forcément assimilable à de la bienveillance. Du point de vue de la personne soignée, par exemple, un long bain thérapeutique avec massage peut être considéré comme une atteinte à son intégrité si elle ne sent pas en contrôle et n'aime pas les bains prolongés. L'intention de « prendre soin » peut devenir une vraie souffrance psychologique pour la personne soignée qui vit le bain thérapeutique comme une expérience inconfortable. Le partage de sens dans cette situation, entre le soignant et le soigné, permettrait de résoudre le dilemme éthique entre la nécessité de donner des soins d'hygiène corporelle et celle de prendre soin dans le respect d'autrui en ajustant ces soins aux préférences de la personne. Ainsi, le défi de l'éthique appliquée est de tenir compte de la personne impliquée dans la relation de soins à titre de sujet. L'éthique appliquée à de « bons soins corporels » n'est pas écrite d'avance une fois pour toute.

À l'ARIHQ, nous croyons que la réflexion éthique est une voie d'accès privilégiée pour soutenir la qualité des services de soutien et d'assistance et surtout, pour induire progressivement des changements de pratiques concrets et durables dans les milieux de vie. Le Cadre de référence ministériel et le Code d'éthique d'un établissement public ne suffisent pas à eux seuls à assurer « le bien agir » ou « la juste traitance » envers les personnes hébergées en ressource intermédiaire. Les milieux de vie qui constituent les ressources intermédiaires

doivent s'approprier une éthique appliquée tenant compte non seulement du point de vue des valeurs « affichées » et des valeurs « appliquées » du personnel soignant, mais aussi des valeurs des personnes soignées, autrement dit, de ce qui compte pour elles.

La « juste traitance » consiste à nommer ce qui a du sens de part et d'autre. Il ne s'agit pas uniquement d'exécuter les conduites attendues selon telle norme, telle directive ou telle règle. Appliquer une règle d'un bain par semaine par usager en ressource intermédiaire ne veut pas nécessairement dire « bien prendre soin ». Il ne s'agit pas non plus, essentiellement, de réfléchir sur « comment » on donne les soins, mais de faire le pas vers une pratique, soit des paroles et des gestes de bienveillance dispensés dans le respect et la dignité.

Une prestation de soins et d'assistance de qualité dans nos milieux de vie ne peut être uniquement le fait de règles, de normes et de directives qui toutes réfèrent au concept de « conformité » à une structure. Cette prestation de services doit s'appuyer fondamentalement sur une « culture » de l'éthique appliquée qui réfère constamment au sens donné au geste quotidien dans le « bien faire ». ■



Morneau Shepell : un nouveau partenaire majeur de l'ARIHQ!

Nouvellement partenaire de l'ARIHQ en matière de santé et sécurité au travail, Morneau Shepell est heureuse d'élargir son offre de services aux membres de l'ARIHQ.

Morneau Shepell offrira dorénavant les avantages suivants aux membres :

- **Un mois de service gratuit** pour toute nouvelle adhésion à la mutuelle de prévention de Morneau Shepell
- **Un escompte de 10 %** pour les formations suivantes :
 - prévention des maux de dos
 - gestion administrative des dossiers de lésions professionnelles
 - comité de santé et sécurité au travail
 - le travailleur et la santé et sécurité
 - le superviseur et la santé et sécurité au travail

Demandez dès aujourd'hui une analyse entièrement gratuite et sans obligation de votre part de votre dossier CSST.

Notre but : vous aider à valoriser vos ressources humaines, à améliorer leur rendement, à réduire vos coûts en tant qu'employeur et à demeurer concurrentiel.

Téléphone : **514.848.9899** ou **1.800.565.4343** (sans frais)
infoSST@morneaushepell.com
morneaushepell.com

5 : 1
rendement
sur capital
investi

35 % à 40 %
de réduction de vos
cotisations à la CSST

**MORNEAU
SHEPELL**



TERRAIN

La rubrique « Terrain », comme son nom l'indique, donne la parole à des acteurs issus du terrain, qu'il s'agisse de gestionnaires de ressource intermédiaire, de résidents ou d'intervenants du réseau public de santé et de services sociaux.

Annie Gauthier | ARIHQ

LA CONFIANCE INCERTAINE : DES ZONES DE TENSIONS DANS LES RELATIONS DE PARTENARIAT

Les relations de partenariat qui s'établissent entre les ressources intermédiaires (RI) et les établissements du réseau de la santé sont dites « de bonne foi », ce qui présuppose une commune intention d'offrir un suivi et des services de qualité aux usagers qui font appel à leurs services. On peut penser que cette intention dispose les parties à coopérer, donc à instaurer des relations de confiance. À cet égard, le Cadre de référence RI/RTF (2014) mentionne qu'une valeur centrale à cultiver dans les relations de partenariat est l'intégrité, qui implique l'honnêteté et la cohérence entre le discours et les actions afin de préserver la confiance et le respect. Toujours selon cette définition, une personne est intègre lorsqu'elle agit avec cohérence, de façon honnête et en présumant que l'autre est de bonne foi.

Cet article propose des éléments de réflexion sur la confiance dans les relations qui se tissent entre les gestionnaires de RI et le personnel des établissements du réseau de la santé. Notre abord de la notion de confiance est basée sur les propos recueillis auprès de dix responsables de RI situées dans les régions de Québec, Montérégie et Montréal, principalement dans le cadre de deux groupes de discussion.

Les rencontres avaient pour but de partager les impressions spontanées, les expériences particulières, et d'explorer ce qui facilite l'établissement de relations de confiance et ce qui peut venir y faire obstacle.

Aux fins de cet article, les principaux thèmes ayant émergés de l'analyse qualitative ont été regroupés sous les rubriques suivantes qui renvoient à des zones de tensions dans les relations : 1) des enjeux de crédibilité, de reconnaissance et de transparence dans la communication entre le personnel des ressources et celui des établissements; 2) des aires d'incertitudes et de soupçons reliés à la vérification systématique de la qualité des services dans les RI; 3) la problématique de la rumeur comme source d'affaiblissement des relations de confiance. Enfin, nous avons colligé les facteurs facilitants tels qu'ils nous ont été suggérés par les participants.

Des zones de tensions

De façon générale, les propos recueillis offrent une vision parfois mitigée des rapports de confiance avec les partenaires.

La communication

Une première zone de tension concerne la crédibilité et la reconnaissance entre le personnel des ressources et celui des établissements. Les responsables de RI trouvent que la communication est problématique à divers niveaux. D'abord, ils expriment le sentiment de n'être pas pris au sérieux et de devoir justifier la pertinence de ce qu'ils font : « En 20 ans, nous avons développé une sensibilité et une compétence dans notre domaine de pratique, mais quand on discute avec nos partenaires, ils sont perplexes. Par exemple, lorsqu'on leur dit

« IL FAUT S'ALLIER À FRAYER
DANS L'IMPERFECTION
LE CHEMIN LE PLUS PARFAIT ».

UNE GESTIONNAIRE



TERRAIN

que le temps de soins qui est requis est souvent plus long que ce qu'ils pensent, on a l'impression qu'ils nous soupçonnent d'exagérer. ». D'après quelques gestionnaires de RI rencontrés, cette sorte de mise en doute semble assez fréquente. Une gestionnaire mentionne que pour elle, c'est l'effet répétitif de la critique qui se révèle le plus pénible : « Quand ce type de commentaires se multiplie, psychologiquement c'est dur. On ne peut pas endurer longtemps la critique et la méfiance quand on est sensible au sort des résidents qu'on héberge. ».

Un autre problème de communication soulevé semble être relié à l'absence de consultation lors des décisions. Un gestionnaire de RI regrette que des décisions soient prises sans consultation préalable lorsque ces décisions ont des répercussions directes dans les milieux de vie concernés : « Ce sont des répercussions que nos partenaires n'ont pas toujours analysées. ». Ainsi, ce gestionnaire apprécierait pouvoir collaborer à la prise de décision, plutôt que d'uniquement en gérer les conséquences.

Certains responsables de RI ont également souligné l'importance qu'ils accordent à la notion de transparence. Une responsable l'exprime en ces termes : « Quand on ne peut pas faire quelque chose en raison des ressources que l'on a ou que l'on n'a pas, il faut l'assumer et le dire ». Pour elle, il est crucial de reconnaître ses propres limites et de s'y tenir : « Si nous sommes au clair avec cela, et que nous le soutenons auprès de nos partenaires, la confiance a des chances de mieux s'établir. ».

Le manque de transparence semble souvent venir miner la relation de confiance. Par exemple, un participant au groupe de discussion déplore que la fiche des renseignements remise à la RI au moment d'accueillir un usager ne soit pas toujours complète. Il observe ce qui suit à ce sujet : « Dans certains secteurs, il manque de places en hébergement. Les listes d'attentes sont longues. Il arrive que des éléments du portrait clinique des résidents soient tus pour que nous acceptions plus facilement de les admettre. Mais ça cause des problèmes quand un usager arrive dans la ressource et que tu découvres finalement qu'il est un grand consommateur de stupéfiants. Il arrive en état de surconsommation et tu n'as pas les ressources pour composer avec ça. ».

Le contrôle de la qualité

Une autre zone de tension concerne le contrôle de la qualité et de la sécurité des services en ressource intermédiaire,

de même que les pratiques de vérification systématiques qui en découlent. De façon générale, les responsables de RI acceptent les procédures entourant ces contrôles, confiants qu'elles ont été mises en place dans l'intérêt général : « On fait preuve d'ouverture à ce genre de contrôle, on veut que les résidents aient de bons soins. ».

Certains gestionnaires acceptent donc facilement de répondre à cette demande de conformité : « Quand je vois que quelque chose est requis par nos partenaires et que ce n'est pas fait par les employés, je n'attends pas. Il faut gagner la confiance. ». D'autres perçoivent plutôt dans ce type de contrôle un risque d'intrusion ou d'ingérence révélateur d'un manque de confiance.

Selon le point de vue d'un gestionnaire, la relation de confiance ne peut s'instaurer que dans un climat de réciprocité, et à condition que les RI prennent en charge, de leur propre initiative, le contrôle de la qualité des services dont elles sont responsables : « Si la responsabilité n'est pas prise en charge d'abord et avant tout par la ressource, le contrôle de la qualité n'a aucune chance de favoriser la relation de confiance. Mais il faut que chacun remplisse ses obligations et donc que les établissements aussi travaillent en ce sens. ».

Malgré les différents points de vue exprimés, tous les gestionnaires sont d'avis que pour être un outil de travail juste, constructif et efficace, le processus de contrôle de la qualité devra s'ajuster à la diversité des milieux de vie. « Il faut que nos partenaires cessent de vouloir transposer directement leur cadre dans nos milieux. » Ainsi, le contrôle de la qualité fait non seulement appel au savoir-faire des personnes qui en sont responsables, mais également à leur savoir-être, soit à leur manière de collaborer au bien-être des usagers tout en prenant en compte la réalité particulière de chaque milieu de vie.

En dehors des processus formels de contrôle prévus au Cadre de référence, la conformité des services offerts en RI fait l'objet d'une vérification continue de la part des partenaires. Par exemple, il arrive qu'un professionnel constate qu'un service requis au plan d'intervention n'a pas été rendu et le reproche d'embêlée au personnel de la RI : « Ça n'a pas été fait. ». Lorsqu'un tel constat s'accompagne d'un jugement négatif sans qu'il soit possible d'en discuter, les gestionnaires rencontrés ont l'impression que certains éléments de leur contexte de pratique ne sont pas pris en compte : « Par

exemple, l'intervenant juge que nous avons été négligents, mais il ne sait pas que nous avons essayé durant trois jours de rendre ce service et que la résidente concernée le refusait. La confiance dans tout ça, ce serait que nos partenaires puissent croire que si quelque chose n'est pas fait exactement tel qu'ils l'ont demandé, il y a une raison, ce n'est pas nécessairement de la négligence. ».

Les rumeurs

Une troisième zone de tension se rapporte à des pratiques de rumeurs non-fondées que les gestionnaires que nous avons rencontrés ont présentées comme une source significative d'affaiblissement des relations de confiance. Ils souhaiteraient que les professionnels des établissements se sentent partie prenante de ce qui se fait dans les ressources.

Selon une gestionnaire, il faut trouver des façons de traiter les rumeurs non-fondées afin d'en limiter la portée. Pour l'illustrer, elle relate ce qui suit : « L'an dernier, un cadre de

l'établissement nous avisait d'une plainte concernant nos repas. Je lui ai dit : *Venez manger*. Le vérificateur est venu manger 3 ou 4 fois sans avertir à l'avance, et puis la plainte est tombée. Il avait bien mangé. Il s'est avéré que c'était la plainte d'un seul résident. L'ennui, c'est que ça peut détruire une réputation. ».

Les pratiques de rumeurs semblent faire obstacle à une vision conjointe de la responsabilité dans le mandat d'offrir des services de qualité. Une gestionnaire de RI a exprimé comme suit ses propres attentes à cet égard : « Si nous sommes témoin de quelque chose d'inconcevable, de grâce, qu'il soit possible d'en parler ouvertement. Il faut pouvoir prendre en charge les difficultés tous ensemble. Si ça ne va pas bien, il faut s'entraider, il faut s'adresser directement au responsable concerné ».

Dans la même veine, un gestionnaire prétend que le fait de nourrir une rumeur au lieu de vérifier si elle est fondée relève d'un manque d'engagement envers l'objectif commun d'offrir



CONSACREZ-VOUS À VOS ACTIVITÉS AVEC ASSURANCE

Programme d'assurance pour ressources d'hébergement

Ayez l'esprit tranquille pour prendre soin des gens que vous hébergez grâce aux avantages suivants :

- protections adaptées à votre réalité ;
- tarification des plus compétitives ;
- Service 24/7 Réclamations ;
- et plus encore !

Pour plus d'information communiquer sans tarder avec nous

1 855 962 4766
OU
450 941 4766

CABINET Lajoie ASSURANCE
COURTIER EN ASSURANCE DE DOMMAGES

Fournisseur autorisé de

intact
ASSURANCE

Certaines conditions, limitations et exclusions s'appliquent à toutes ces offres. Votre contrat d'assurance prévaut en tout temps; veuillez le consulter pour un exposé complet des protections et exclusions.

des milieux de vie de qualité aux résidents : « c'est comme si la personne se dissociait de la ressource au lieu de travailler en partenariat avec elle ». Est-ce que ce type de situation révèle d'une difficulté à se sentir concerné par la mission de la ressource? D'un sentiment d'impuissance à agir et à améliorer des choses? Quoiqu'il en soit, les pratiques de rumeurs semblent remettre en cause la notion de travail d'équipe et plus largement la vision du partenariat.

À cet égard, un gestionnaire a rappelé que la responsabilité des ressources intermédiaires est avant tout une responsabilité à l'endroit des résidents accueillis. En ce sens, c'est la confiance de la population qui apparaît prioritaire : « Collectivement, ce que nous voulons, c'est démontrer qu'on est capable de relever certains défis du réseau, de cheminer dans des projets innovants et qu'il y a des développements possibles.»

Une confiance à bâtir dans l'incertitude

On peut faire l'hypothèse que les zones de tension que nous avons pu identifier dans le contexte spécifique des relations de partenariat entre les ressources intermédiaires et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont similaires à celles que l'on pourrait observer dans d'autres cadres organisationnels et qu'elles sont en partie inhérentes aux défis auxquels sont confrontés nos sociétés pluralistes où doivent coexister différents systèmes de valeurs.

Alors que dans le discours ambiant, l'accent est mis sur les difficultés du partenariat, il est frappant de constater qu'à leurs façons les gestionnaires de RI présentent le partenariat comme un espace potentiel de confiance qu'il faut protéger. Certes, cet espace est perçu comme fragile, voir menacé dans certains cas, mais au-delà des zones de tension reconnues, les gestionnaires que nous avons rencontrés ont montré un sincère désir de rencontre et de collaboration. Ils s'attachent à

promouvoir les pratiques de partenariat et de concertation qui sont au cœur de l'Entente nationale et du Cadre de référence RI/RTF.

D'après la définition qu'en donne l'auteur Denis Bourque¹, la concertation peut être vue comme un « processus de mise en relation structurée et durable entre des acteurs sociaux autonomes qui acceptent de partager de l'information, de discuter de problèmes ou d'enjeux afin de convenir d'objectifs et d'actions susceptibles de les engager ou non dans des partenariats ». Ainsi, la concertation irait plus loin que le partenariat, en conjoignant les acteurs locaux et les pouvoirs publics dans la recherche de solutions face aux problèmes complexes que les approches convenues ne peuvent pas résoudre adéquatement.

Les pratiques de partenariat et de concertation semblent loin d'être acquises.

Dans ce contexte, voulant contribuer à assainir les relations et à consolider la confiance, les gestionnaires de RI ont formulé quelques conditions de succès :

- Poser des gestes qui indiquent que l'on est fiable et que l'on fait ce qu'il faut pour minimiser les erreurs.
- Prendre les devants et être transparents, discuter ouvertement des difficultés et s'il y a lieu, les déclarer par les voies officielles.
- Bien monter nos dossiers afin d'être en mesure d'étayer nos propos sur des observations et des faits concrets.
- Se tenir informés et au fait de l'actualité et des développements pertinents à nos champs de pratique.
- Mutualiser les formations pour qu'elles associent le personnel des établissements à ceux des ressources afin qu'un maximum d'acteurs disposent de balises communes auxquelles se référer, notamment en cas de divergences.
- Prendre le temps nécessaire pour favoriser la compréhension.
- Faciliter et encourager le contact des professionnels avec

les résidents hébergés pour une meilleure sensibilité au contexte : « L'intervenant qui est plus présent dans nos milieux a une meilleure confiance en nous. ».

Enfin, au-delà de ce qui s'est dit au sein des groupes de discussion, il semble que le processus même d'être invités et de venir discuter avec d'autres ait agité à sa façon comme révélateur des relations de confiance souhaitées et possibles. En elle-même, la discussion a permis de générer une vision nuancée, hétérogène et dynamique de l'autre. Cette démarche

paraît indispensable à la gestion créatrice des zones de tension identifiées par les gestionnaires. Ainsi, encore une fois, nous constatons que le dialogue est une condition nécessaire à toute relation de confiance. ■

OTTITI.NET

50 000 VISITES MENSUELLES

UN SITE D'INFORMATION RAPIDE ET INTUITIF AXÉ SUR LA QUALITÉ DES SERVICES EN HÉBERGEMENT.

Profitez de notre visibilité pour faire la promotion de votre milieu de vie, de vos services et de vos réalisations sur un site fréquenté par les professionnels de la santé et les utilisateurs.

POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS SUR NOS FORFAITS CONCURRENTIELS, CONTACTEZ RAYMOND SABATY
raymond.sabaty@ottiti.net • 514 431-4771

ottiti
habitation
hébergement
services

SUIVEZ-NOUS SUR
LES MÉDIAS SOCIAUX

¹ Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*, Québec, collection Initiatives, Presses de l'Université du Québec, 142 pages.



EXPERTISE

La rubrique « Expertise » introduit la perspective d'un expert externe à l'équipe de l'ARIHQ, afin de diversifier les angles de vue et d'apporter un éclairage particulier au thème à l'étude.

René Villemure | éthicien

LE CODE SANS ÉTHIQUE...

Le code barre contient des barres.

Le code génétique contient des gènes.

Alors, pourquoi les codes d'éthique des établissements ne contiennent-ils, pour la plupart, que des normes et des règles et si peu d'éthique?

Non pas que ces éléments soient incompatibles avec l'éthique, mais il est cependant surprenant de constater qu'en lisant plusieurs codes d'éthique, on est amené à convenir que l'éthique ne réside trop souvent que dans le titre du code en question.

Pourquoi est-ce ainsi?

L'éthique serait-elle encore si mal connue? Ou serait-ce que l'exercice semble plus simple ainsi?

Avant de songer à rédiger un code, il est essentiel de savoir que l'éthique est une discipline réflexive qui émane de la philosophie. Ainsi, aucun code ne sera valable sans la nécessaire réflexion qui doit précéder son énonciation. Parce que l'éthique est aussi une façon d'agir, l'éthique est également un élément de la culture d'une organisation qui cherche à donner un sens à la conduite. Le sens c'est la voie, c'est le chemin; sans le sens, c'est évidemment l'égarement, l'inconduite et la faute. Sans le sens, comment l'éthique peut-elle suggérer une direction? En réduisant l'éthique des codes à un ensemble de norme qui souvent évacuent le sens, comment l'éthique peut-elle déterminer le sens à donner à une conduite?



**LES RÈGLES SONT PROVISOIRES,
LE BIEN DEMEURE...**

Comprendre le code

Il faut savoir qu'un code est, avant tout, un énoncé, un codex. Autrefois, le code désignait une tablette sur laquelle on écrivait. Au fil du temps, il a pris le sens d'un recueil de règles établies dans un domaine et ayant force de loi.

Toutefois, un code sans éthique est un énoncé de règles et de normes à portée générale, sans égards à une organisation particulière, sans égards à sa culture.

Un code d'éthique exemplaire, rédigé dans les règles de l'art, devrait être le produit d'une réflexion portant sur l'éthique et sur les valeurs qui devront fonder le code. Celui-ci contiendra également des règles qui définiront l'articulation pratique et générale de l'éthique et des valeurs fondamentales de l'organisme.

Enfin, il faut savoir qu'un code, sans réflexion propre à l'organisme, ne demeurera que forme sans substance, un code d'éthique de vitrine.

Ne pas être pris au piège

Afin d'éviter les pièges d'un code sans éthique et celui du code d'éthique de vitrine, il faut être en mesure de répondre aux questions suivantes :

1. Pourquoi veut-on un code d'éthique?

2. Souhaite-t-on un code sans éthique, un code d'éthique ou un code d'éthique de vitrine?

Pour répondre à la première question, il faut déterminer quel est le but visé par le code en question. Veut-on inspirer? Surveiller? Punir? Veut-on faire l'exercice *pour qu'il ne soit plus à faire*? Veut-on faire comme tout le monde? Désire-t-on un code parce que c'est à la mode? Parce qu'un régulateur l'exige?

Comme vous pouvez le constater, les buts sont nombreux et les motivations peuvent différer de manière importante. La réponse aux questions énoncées plus tôt nous amène directement à la deuxième question.

En second lieu donc, recherche-t-on un code sans éthique, un code d'éthique ou un code d'éthique de vitrine?

Même si la question peut sembler impertinente, sachez qu'elle est bien sérieuse...

Dans l'élaboration d'un code d'éthique, on tente trop souvent de prendre des raccourcis conceptuels. On tente de faire plus simple en évacuant la culture. En évacuant la réflexion de l'exercice au profit des règles et des normes déjà connues. Le code est souvent un document copié-collé sans égard au contexte de l'entreprise.

On procède à l'exercice de rédaction d'un code pour l'avoir fait ou pour remplir la commande. Et on se satisfait d'un code dont l'éthique n'est que dans le titre.

Trop souvent, le produit final est un code de déontologie ou de bonne conduite, sans réel contenu éthique. Il est joli mais sans grande utilité pratique...

Pourquoi?

Même si l'on en parle fréquemment, l'éthique fait peur.

L'éthique fait peur parce qu'elle implique de faire autrement et que certains choix valent mieux que d'autres; lesquels? Pourquoi?

L'éthique fait peur parce qu'elle implique la réflexion. Elle sous-entend la responsabilisation, l'autonomie. Elle suppose que devant une problématique, il faudra dire « je » plutôt que « le code dit que... ».

L'éthique fait peur parce qu'elle est un pari sur les gens plutôt que sur les règles.

Sans la nécessaire réflexion qui doit précéder son énonciation, vouloir élaborer un code d'éthique ne mènera qu'à un code de déontologie : tu dois ou tu ne dois pas. Pire encore, elle ne mènera qu'à un code sans éthique voire un code d'éthique de vitrine.

Un code sans éthique n'aura nul autre avantage que celui de n'être plus à faire.

Sans influencer la culture d'une organisation par le biais d'un exercice réflexif, ne comprenant fréquemment qu'un ensemble d'énoncés idéalisés sans cesse réitérés et, malheureusement, souvent impuissants à véritablement changer les choses, le code sans éthique ne pourra que comparer les actions des membres de l'organisation avec un théorique passé jugé comme étant idéal, sans ancrage ni portée réels.

Le code permettra de chercher la faute et de désigner un coupable. Sans plus.

Le code ne sera qu'une forme organisationnelle et administrative du paraître.

Utile mais si peu...

L'adage nous dit : « *On ne change que lorsque ce qui est à venir est meilleur que ce qui est* ».

Le code doit donc dépeindre un futur, un idéal, une finalité, plutôt que de susciter la peur des membres de l'organisation. C'est cette *finalité idéale* qui inspirera un changement.

Afin d'éviter l'instrumentalisation de l'éthique ou les dérapages éthiques, il faudra, en tout temps, garder l'œil

ouvert et l'esprit critique afin de remarquer, de dénoncer ou de refuser de participer à des efforts éthiques qui seraient mal conçus, mal menés, mal encadrés et parfois entrepris pour les mauvaises raisons, qui ne pourront finir.

Lorsqu'ils surviennent, ces échecs dus (au moins) à la mauvaise connaissance de l'éthique ont pour conséquence directe l'affaiblissement de la pertinence de l'éthique alors qu'ils devraient plutôt être attribués à un manque de vision, à un manque de connaissances éthiques appropriées ou carrément à une intention mal éclairée chez les responsables du projet en question.

L'éthique est affaire de raisonnement. Elle représente un défi qu'ont à relever ensemble employeurs et employés. ■

UNE INSTITUTION FINANCIÈRE ADAPTÉE À VOTRE RÉALITÉ !



Caisse Desjardins
Réseau de la santé

AVANTAGES OFFERTS

- 4 façons simples d'accéder à nos services (à domicile, au travail, au téléphone ou Webex)
- Du financement pour vos différents projets (agrandissement, rénovation...)
- Une connaissance des enjeux du RVER nous permettant de vous accompagner et de vous conseiller
- Des stratégies fiscales avantageuses

Faire affaire avec la Caisse Desjardins du Réseau de la santé... c'est aussi *avantageux pour vos employés* :

- Reer Collectif le plus avantageux chez Desjardins
- Programme TREMPIN (soutien financier pour un retour aux études)
- Des offres santé qui accordent de multiples avantages (transactions courantes, placement...)

Un seul numéro sans frais : 1 877 522-4773
www.desjardins.com/caissesante



RECHERCHE

LA SOUFFRANCE MORALE AU TRAVAIL : ENJEUX POUR LES INTERVENANTS EN RI

Stéphane Richard | Professeur adjoint à l'École de Service Social et chercheur en éthique et déontologie professionnelle, Université Laurentienne



© Shutterstock

« Les intervenants de première ligne sont inscrits dans l'urgence, là où les difficultés apparaissent durables, « chroniques » ou réversibles dans une durée dont ils ne disposent pas. Ils sont fréquemment placés dans des situations moralement difficiles, soumis à des dilemmes moraux insolubles et ainsi amenés soit à transgresser des règles administratives qui les mettent en faute (...), soit à adopter, face à une plus grande détresse, une indifférence opposée à leur éthique personnelle et professionnelle sous prétexte que c'est contraire aux règlements. »

Yasmine Bellaredj, Pierre Boiral et Mireille Silbert

RÉSUMÉ

Ce texte vise à susciter la réflexion des intervenants¹ en ressource intermédiaire (RI) sur la souffrance morale qui, depuis environ 30 ans, fait l'objet de plusieurs investigations en soins infirmiers. Ce type de souffrance apparaîtrait lorsque le salarié se voit dans l'impossibilité d'offrir des soins jugés souhaitables auprès des usagers qu'il dessert au travail. L'analyse de diverses données théoriques et empiriques sur le sujet permettra de constater qu'il n'est pas sans conséquence pour les salariés d'exercer leur travail dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins aux usagers, voire, contrairement aux normes généralement reconnues dans leur métier. Ce texte abordera enfin quelques moyens auxquels les travailleurs et les employeurs peuvent avoir recours pour prévenir ce type de souffrance au travail.

INTRODUCTION

Puisque le secteur sociosanitaire subit les effets de la logique des réformes constantes au Québec depuis les années 1980, les RI ne sont pas à l'abri des enjeux qui interpellent les ressources d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie (publiques, privées conventionnées, privées ou autres). En outre, si on apprend que « l'hébergement des personnes âgées vulnérables est devenu une marchandise soumise aux lois du marché² », que les décisions politiques et administratives continuent d'avoir des impacts négatifs sur les personnes âgées³, sur les établissements susceptibles de les héberger⁴, on apprend aussi, hélas, que l'état de santé des préposés aux bénéficiaires « se dégrade dangereusement en raison des compressions budgétaires et de la charge de travail qui augmente sans cesse⁵ ». Doit-on, pour autant, parler de détérioration des conditions de travail en milieu d'hébergement pour personnes âgées? Est-ce que tous les intervenants en RI sont touchés par ces bouleversements socioéconomiques et politiques, par ces nouveaux modes de gestion qui prônent des compressions financières et une intensification du travail? Au demeurant, est-ce que ce climat de travail risque d'affecter la capacité des travailleurs à offrir « aux bénéficiaires les soins

appropriés et à respecter leur intégrité et leur dignité, afin de contribuer à leur bien-être⁶ »?

Si les données probantes manquent à l'heure actuelle pour éclairer de telles questions en RI, on peut néanmoins supposer qu'il soit possible, dans certains contextes de travail, qu'on oblige les salariés à répondre à deux ordres auxquels il est malaisé de désobéir : « réaliser une pratique de qualité tout en s'assurant de répondre à la charge de travail imposée⁷ ».

Si ce type d'ordres peut devenir contradictoires, générer de l'inconfort, des conflits de valeurs, et, on le verra, de la souffrance morale chez les travailleurs, c'est parce qu'il n'est pas toujours possible pour eux d'obéir à une commande sans désobéir à l'autre. En effet, comment exécuter la charge de travail (quantité) imposée par l'organisme sans affecter la qualité des soins que l'on souhaite appropriée pour le mieux-être des usagers? À l'inverse, comment garantir des soins irréprochables à l'égard des usagers sans, pour cela, affecter la cadence exigée par l'employeur (la charge de travail)? Pris dans une telle logique oppositionnelle, un travailleur peut en arriver à se questionner de la sorte : Que dois-je faire? Qu'est-ce qui est juste ou non de faire auprès des usagers? Pourquoi est-il juste ou non d'intervenir de telle manière plutôt qu'une autre auprès des usagers? Pour tenter de répondre à ces questions, le salarié devra s'ouvrir à différentes manières d'envisager ce qu'il faut faire, ce qui est permis ou obligatoire de faire pour bien faire son métier, son travail. Il sera alors en terrain moral, forcé bien malgré lui de réfléchir aux règles de conduite, aux devoirs imposés par la loi et à tout ce qui se rapporte aux jugements sur le bien et le mal. À terme, si le travailleur en arrive à la conclusion qu'il est impossible pour lui de concilier les devoirs formels imposés par l'organisme avec son vouloir-faire, c'est-à-dire, avec son désir d'agir de manière conforme à un idéal de métier, aux règles, aux principes et aux valeurs qui lui sont chers, il peut alors vivre une conflictualité morale aux conséquences parfois surprenantes sur le plan physiologique, psychique et moral. Surtout si ce qui compte vraiment pour lui « dessine d'autres buts possibles de qualité que la qualité attendue des buts prescrits et formalisée dans des indicateurs »

¹ Dans ce texte, on utilisera les vocables travailleurs, salariés ou intervenants pour désigner un même groupe d'individus.

² Mélanie Malenfant, « Les mutations qui touchent l'hébergement des personnes âgées au Québec : impacts sur la clientèle et la main-d'œuvre », 2011, p. 4.

³ Voir : 1. La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *L'exploitation des personnes âgées, vers un filet de protection resserré*, Rapport de consultation et recommandations, Octobre 2001, 194 p.; 2. Nathalie Blanchard, *Allez vivre en résidence : L'expérience des personnes âgées*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en travail social, Janvier 2008, 93 p.; 3. Michèle Charpentier, *Viellir en milieu d'hébergement, le regard des résidents*, Michèle Charpentier, 2007, P.U.Q., p. 21; 3. Le Protecteur du citoyen, *Rapport annuel 2011-2012*, p. 109; *Rapport annuel 2012-2013*, p. 77-81; *Rapport annuel 2013-2014*, p. 92-101.

⁴ Voir : 1. Jacques Fournier, « Libre opinion - Détérioration des services aux personnes âgées », *Le Devoir*, 14 juillet 2011, disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/327322/libre-opinion-deterioration-des-services-aux-personnes-agees> (page web consultée le 12 décembre 2015); 2. FIQ, *Projet de loi n° 16, Servir l'âge d'or sur un plateau d'argent*, Mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux, le 15 septembre 2011, p. 16-19.

⁵ Jessica Nadeau, « Le tiers des préposés aux bénéficiaires souffre de troubles de santé mentale », *Le Devoir*, 20 mai 2015, disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/440472/le-tiers-des-preposes-aux-beneficiaires-souffre-de-troubles-de-sante-mentale> (page web consultée le 13 décembre).

⁶ Gouvernement du Québec, *Avenir en santé, Préposé aux bénéficiaires*, disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://avenirenstante.gouv.qc.ca/carrieres/prepose-aux-beneficiaires> (page web consultée le 13 décembre 2015).

⁷ François Aubry, « Les enjeux en santé et sécurité du travail de l'intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec », p. 94. Dans Loïc Lerouge (dir.), *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*, Collection Le travail en débats, Série Colloques & Congrès, Octares Éditions, Toulouse, 2014, 350 p.

RECHERCHE

organisationnels, voire, si les gestes ou les façons de faire qui « permettent de produire un travail de qualité » ne sont pas « discutés avec et par le management qui les prescrit¹¹».

Méthodologie

Préoccupés par l'impact des normativités professionnelles, organisationnelles et sociales sur la santé psychique et morale des travailleurs du secteur sociosanitaire au Canada, on consolide depuis quelques années déjà une base de données théoriques¹² et empiriques¹³ sur : 1. les causes structurelles, organisationnelles et individuelles du mal-être psychique et moral au travail; 2. les effets qui découlent des conditions de travail difficiles; 3. les stratégies du faire-face¹⁴ que développent les travailleurs, les organisations et la société face aux défis posés par le mal-être au travail.

Aux fins de cet article, on a isolé plus de 50 écrits portants sur la souffrance morale au travail, ses causes, ses effets et les moyens d'y faire face lorsqu'on est salarié ou employeur dans le secteur sociosanitaire. On aurait pu, à partir d'une synthèse critique de la littérature et des données empiriques portant sur cet objet, faire état de la situation chez un groupe professionnel en particulier. Cependant, on désire plutôt attirer l'attention des lecteurs sur le fait que ce type de souffrance peut se vivre chez différents salariés au sein des organismes sociosanitaires québécois. De plus, on a voulu souligner les façons d'y faire face et cela au bénéfice des clientèles qui sont hébergées en RI, des intervenants et des employeurs qui y travaillent.

Ce texte se divisera en trois parties. Dans la première, on s'appliquera à circonscrire à quoi réfère la souffrance morale. Dans la deuxième partie, on s'emploiera à montrer ses répercussions chez les travailleurs et au sein des organismes du secteur sociosanitaire. Dans la troisième et dernière partie, on présentera quelques stratégies organisationnelles du faire-face capables de favoriser des conditions de santé au travail.

1. La souffrance morale, qu'est-ce à dire?

Comment nommer l'expérience d'être empêché de pouvoir bien faire son travail ou d'être obligé d'agir (ou d'avoir agi) d'une façon qu'on réprovoie moralement? Le stress moral? Le désarroi éthique? Le trouble de la conscience? La souffrance

éthique? La détresse morale? Tous ces termes sont valides, dans la mesure où les enjeux moraux auxquels sont confrontés les travailleurs dans le secteur sociosanitaire portent plusieurs appellations. En effet, de nombreux vocables sont utilisés pour tenter de circonscrire un vécu souffrant au travail qui aurait pour origine des conflits moraux. En voici quelques exemples.

La conscience troublée

La conscience troublée, tel un sentiment de culpabilité, est vécue par les prestataires de soins, par exemple, lorsqu'il n'est pas possible pour eux de s'acquiescer de ce qu'ils considèrent leurs obligations envers les patients. [...]; (traduction libre)¹⁵.

Le stress moral

[...] Le stress moral est vécu lorsque les infirmiers/infirmières sont conscients que des principes éthiques sont en jeu dans des situations spécifiques où des forces externes les empêchent de prendre les décisions qui réduiraient les conflits entre des principes contradictoires¹⁶ (traduction libre).

Le désarroi éthique

Le désarroi éthique ou moral fait son apparition lorsqu'une personne est incapable de respecter ses choix éthiques, lorsque des contraintes l'empêchent d'agir comme elle croit juste de le faire¹⁷.

La souffrance éthique

[...] souffrance éthique, c'est-à-dire la souffrance que fait naître le conflit entre les convictions morales et l'injonction à participer à des actes qu'on réprovoie. Il en résulte un sentiment de trahison de soi-même qui, dans le contexte de la désolation, peut conduire au pire¹⁸.

La détresse morale

La détresse morale se traduit par la souffrance physique ou émotionnelle qui est éprouvée lorsque des contraintes (internes ou externes) empêchent de suivre le cours de l'action que l'on croit juste; (traduction libre)¹⁹.

Si la recherche entourant la détresse morale reçoit une attention particulière en soins infirmiers depuis les travaux d'Andrew Jameton en 1984, il y a plusieurs autres tentatives d'explorer, en lien avec la santé mentale au travail, la composante morale de la détresse, du stress, de la fatigue de compassion, de l'épuisement professionnel (*burnout*), etc.

Comme en témoignent les définitions exposées plus haut, on constate que plusieurs chercheurs s'intéressent ainsi aux conséquences liées au fait de se conduire d'une manière qu'on réprovoie ou dans le fait d'agir (ou d'avoir agi) à l'encontre de ce qu'il convient de faire au travail.

On peut aisément imaginer que le fait d'être empêché de pouvoir bien faire son travail puisse avoir une incidence sur la santé des travailleurs. Par exemple, si on regarde du côté de l'axiologie, on sait que « lorsqu'on ne réussit pas à actualiser dans notre travail, du moins en partie, les valeurs qui correspondent à notre idéal professionnel ou social, par exemple en termes de qualité de soins, de service au citoyen ou de produit à être livré²⁰ », on peut vivre un conflit de valeur²¹.

Si ce type de conflit émerge, c'est dans la mesure où des valeurs s'opposent où sont en tension. Des valeurs qu'on sait bien souvent liées à des représentations, des arguments qui agissent comme « autant de croyances normatives définissant, implicitement ou explicitement, autant le devoir-être que le devoir-faire²² » des travailleurs au travail. Or, s'il persiste dans le temps, ce conflit de valeur peut verser dans une perception d'incohérence qui « peut notamment contribuer à la perte de sens du travail et à l'épuisement professionnel²³ ». Dans cet ordre d'idée, on retient que : 1. « les valeurs ont une incidence complexe et forte sur les mécanismes à l'origine du burnout²⁴ »; 2. Les conflits de valeurs peuvent être une « source de stress éthique pour (...) les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux ». (traduction libre)²⁵ ».

¹⁵ Christina Juthberg, Sture Eriksson, Astrid Norberg et Karin Sundin, « Perceptions of Conscience in Relation to Stress of Conscience », *Nursing Ethics*, vol. 14, n° 3, 2007, p. 330.

¹⁶ Kim Lützn, Agneta Cronqvist, Annabella Magnusson et Lars Anderson, op. cit., « Moral Stress : synthesis of a concept », *Nursing Ethics*, vol. 10, n° 3, 2003, p. 314.

¹⁷ Association des infirmières et infirmiers du Canada, « Le désarroi éthique dans les milieux de soins en santé », dans *Déontologie pratique pour infirmières et infirmiers autorisés*, 2003, p. 2.

¹⁸ C. Dejour, « Aliénation et clinique du travail », *Actuel Marx*, vol. 1, n° 39, 2006, p. 132.

¹⁹ Patricia S. Pendry, « Moral Distress : Recognizing it to Retain Nurses », *Nursing Economics*, vol. 25, n° 4, 2007, p. 217.

²⁰ Diane Girard, « Conflits de valeurs et souffrance au travail », *Éthique publique*, vol.11, n° 2, 2009, p.133.

²¹ Les conflits de valeurs « se produisent lorsque, dans une situation donnée, une personne est tiraillée entre diverses valeurs qui préconisent des actes contradictoires » Diane Girard, op. cit., 2009, p. 130.

²² Raymond Massé, *Éthique et santé publique*, PUL, Québec, 2003, p. 69.

²³ Diane Girard, op. cit., 2009, p. 133.

²⁴ Stéphanie Meylan, Patrice Boillat et Aurélie Morel, « Épuisement professionnel en contexte policier : le rôle des valeurs », *Éthique publique*, vol.11, n° 2, 2009, p.41.

²⁵ Patricia, O'Donnel, Adrienne Farrar, Karlynn Brintzenhofesoc, Ann Patrick Conrad, Marion Danis, Christine Grady, Carol Taylor et Connie M. Ulrich, « Predictors of Ethical Stress, Moral Action and Job Satisfaction in Health Care Social Workers », *Social Work in Health Care*, vol. 46, n° 3, 2008, p. 29-30.

**VOTRE CLASSIFICATION
N'AURA JAMAIS ÉTÉ
AUSSI SIMPLE.**

GPS 13.25
MAINTENANT DISPONIBLE

⁸ Dans les travaux sur la souffrance au travail, on appelle ce type d'ordre contradictoire : l'injonction paradoxale ou la double contrainte.

⁹ Vincent de Gaulejac, « La NGP : nouvelle gestion paradoxante », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, 2010, p. 83-98.

¹⁰ Yvon Miossec, Yves Clot et Carine Boucher, « L'intervention dialogique pour agir sur les risques psychosociaux : une troisième voie », p. 59. Dans Loïc Lerouge, *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*, Collection Le travail en débats, Éditions Octares, Toulouse, 2014, 350 p.

¹¹ *Ibid.*, p. 62.

¹² Grâce aux bases de données comme *Scholars Portal Search*, *Cairn.info* et *Érudit*, on lance régulièrement des recherches sur les thèmes suivants : souffrance et insatisfaction au travail; stress moral; trouble de la conscience; détresse morale; normativité au travail; santé psychique et morale versus travailleurs sociaux, infirmières, médecins, psychologues, ergothérapeutes, préposés aux bénéficiaires, etc.

¹³ On initie et on participe avec des co-chercheurs à des projets de recherche interprovinciaux sur la question de la souffrance au travail qui aurait pour origine des conflits ou des enjeux moraux, éthiques ou déontologiques.

¹⁴ On utilise le terme « faire-face » ou stratégie du faire-face en lien avec la notion anglaise de *coping* et pour la remplacer.

2. Les principales répercussions de la souffrance morale chez les travailleurs

Si les conflits de valeurs peuvent être une source de stress et verser dans la perte de sens, voire dans l'épuisement professionnel (*burnout*), qu'en est-il des conséquences liées au trouble de la conscience, au stress moral, au désarroi éthique, à la détresse morale? Voici quelques corrélations qui rendent compte de ces effets :

- « Sundin-Huard and Fahy (1999) a trouvé une corrélation entre la détresse morale et l'épuisement professionnel chez les infirmières qui reflète le fondement moral de la profession d'infirmière. [...] Cependant, Cameron (1997) fait valoir que plus les infirmières éprouvent de détresse morale, plus elles sont susceptibles de s'épuiser et même d'abandonner leur profession²⁶ » (traduction libre);
- « Corley et.al (2001) a noté que le niveau de détresse morale d'une infirmière peut conduire à la démission et la relation entre cette variable et l'environnement de travail doit être étudiée ²⁷ » (traduction libre);
- « Faire défaut à sa responsabilité morale, que ce soit lié à des échecs personnels ou à des contraintes situationnelles, peut conduire à de la détresse morale et à la conscience troublée [...]»²⁸;
- « Lorsqu'ils agissent de manière incompatible avec leurs valeurs morales, ce qui pourrait être compris comme une conscience troublée, certains professionnels décrivent des symptômes tels que maux d'estomac, l'insomnie et des sentiments d'inutilité. Ces symptômes ont été liés au stress induit moralement²⁹ » (traduction libre);
- «[...] être tourmenté émotionnellement par le sentiment d'être inadéquat et par une conscience troublée est un aspect important de l'épuisement professionnel ³⁰ » (traduction libre);
- « La conscience troublée s'associe à des facteurs tels que ne pas être en mesure d'agir selon sa conscience et être moralement accablé³¹ »;
- « La détresse morale peut conduire à la souffrance émotionnelle et physique³² » (traduction libre);
- «La détresse morale est un élément majeur qui amène les infirmières à quitter leur travail, voire leur profession³³ »;

- « La conscience troublée a été identifiée comme étant liée à l'épuisement professionnel³⁴ »;
- « L'effet physique et affectif du désarroi éthique peut se répercuter dans la vie quotidienne des infirmières »; [...] « les infirmières utilisent des mots tels que colère, frustration, dépression, honte, embarras, mort dans l'âme, deuil, chagrin, cafard, douleur, tristesse et inefficacité³⁵ »;
- « L'épuisement émotionnel et professionnel du personnel est une réponse commune à de graves problèmes éthiques dans la façon de fournir les services aux patients³⁶ » (traduction libre);
- « Dans une étude auprès d'employés du domaine de la santé, la conscience troublée s'est révélée associée à l'épuisement professionnel (épuisement émotionnel), montrant l'importance de la conscience troublée dans le domaine des soins ³⁷ » (traduction libre);
- «Des coûts d'exploitation à long terme peuvent également découler des conflits ou des incertitudes éthiques. Le stress lié à l'éthique peut conduire à l'épuisement et au roulement du personnel ³⁸ » (traduction libre).

Bref, on le constate en fonction de ces corrélations, il peut y avoir des conséquences psychiques, physiologiques et morales liées au fait de se comporter en désaccord avec ses valeurs profondes, dont celles-ci : l'épuisement moral ou émotionnel, la dépression, les tourments moraux, l'abandon du travail ou de la profession, les maux physiques (maux d'estomac, insomnie), les sentiments ou émotions comme la colère, la frustration, la honte, l'embarras, la tristesse, et, au final, le *burnout*.

Ces vécus sont difficiles à supporter, car bien souvent, le travailleur est persuadé qu'il « connaît la bonne action à poser ou la bonne chose à faire³⁹ » pour le mieux-être des usagers. En effet, connaître ce qu'il convient de faire et ne pas pouvoir l'appliquer au travail, en être empêché, c'est ce qui tend à produire « un déséquilibre psychologique et un sentiment négatif ressenti⁴⁰ »; c'est ce qui oblige parfois à renoncer à un idéal personnel ou de métier. Or, tout le poids de la conflictualité morale provient de ce « renoncement à faire ce qu'on pense qu'il faut faire⁴¹ ». En effet, le fait d'être

interpelé moralement et ne pas réussir, pour toutes sortes de raisons, pressions ou obstacles (structurels, organisationnels, individuels), à se tenir debout dans son intégrité de métier, à suivre ses idéaux qui ont au centre le bien-être des usagers, est bien souvent vécu chez les salariés comme une perte de loyauté envers ces derniers, une faiblesse morale, un manque de courage qui produit ou peut produire une dépréciation de soi, une trahison de soi, de la honte et de culpabilisation. June Price Tangney, Jeff Stuewig et Debra J. Mashek⁴² affirment à cet effet que les individus qui ressentent fréquemment de la honte ou de la culpabilité sont plus vulnérables à des problèmes psychologiques au travail.

Il importe de retenir que ces affects ou sentiments moraux⁴³ sont suscités par des rapports humains et qu'ils ont cette capacité d'influencer la façon dont les salariés vont s'approprier les objectifs visés dans leurs interventions et les conditions du rapport qu'ils veulent instaurer avec les usagers qui font appel à eux pour atteindre un mieux-être. À ce titre, si on prend pour acquis que le travailleur renonçant à ce qu'il pense devoir faire puisse ressentir de la colère, de la honte ou de la culpabilité, on doit aussi considérer le fait que s'il ne quitte pas son travail ou sa profession comme en font état les corrélations plus haut, il devra affronter ceci : *s'observer réaliser un travail qui ne répond pas aux standards d'un travail jugé bien fait*. Plus grave, cette même observation pourra dévoiler les conséquences que peut avoir un travail bâclé ou qui vise le *juste nécessaire* auprès des usagers vulnérables au travail. Le salarié pourra alors être touché d'une façon intense, voire même indigné par la souffrance qui interpelle les usagers. Il devra alors tolérer l'insupportable au travail. Combien de temps pourra-t-il tenir avec de telles épreuves avant qu'apparaissent des problèmes comme le stress moral, le trouble de la conscience, la détresse morale, le désarroi éthique?

Lorsque les « contradictions entre ce qu'il serait souhaitable de faire et ce que l'organisation rend possible⁴⁴ » se répercutent sur le bien-être des usagers et sur leur droit à recevoir des soins intègres, dignes et respectueux de leur état de santé, ce peut être encore plus lourd à supporter pour les travailleurs. En poussant la note un peu plus loin, du côté

des psychopathologies du travail, on pourrait aller jusqu'à dire que l'incapacité de contenter un désir de bien faire son travail, en ce qu'elle provoque une confrontation entre les idéaux et la réalité du travail, peut, avec le temps, mener à une rupture entre l'idéal du métier et la réalité de la pratique. Une rupture qui mène à un mouvement continu de désillusion qui exacerbe la conflictualité morale, et par voie de conséquence, la souffrance vécue au travail.

Le poids de l'idéal dans la souffrance au travail revêt un caractère important, car il est rattaché à des règles et à des standards de performance, à des objectifs de métier et, découlant des valeurs, à des responsabilités que les salariés perçoivent être les leurs. Bref, si on sait grâce aux travaux de Lionel Daloz⁴⁵ que le *burnout* est étroitement lié à la désillusion, voire, qu'il ébranlerait cette motivation pour la réussite, pour le travail bien fait, on peut mieux saisir les corrélations précédentes qui font des liens entre le stress moral, le désarroi éthique, le trouble de la conscience, la souffrance éthique, la détresse morale et le *burnout*. Faut-il rappeler que le renoncement au travail bien fait renvoie aussi, sous la loupe de la clinique du travail avec Dominique Lhuillier, de l'ergonomie avec Yves Clot, de la psychodynamique du travail avec Christophe Dejourn ou de la philosophie avec Stéphane Haber, à cette souffrance psychique (morale) marquée par l'incapacité à trouver un sens au travail, mais aussi et surtout, à la faillite du pouvoir agir en situation de travail.

En définitive, le poids de la perte de l'idéal ou de la conflictualité idéal/réalité, qui est au centre de tous les descriptifs du *burnout* recensés, appelle la prudence des travailleurs qui seraient susceptibles de vivre des états physiques, psychiques ou moraux décrits plus haut en lien avec la souffrance morale. Car le fait de vivre en durée la souffrance morale au travail peut se chroniciser et nuire de façon notable à la santé des salariés.

²⁶ Elisabeth, Severinsson, « Moral stress and burnout: Qualitative content analysis », *Nursing and Health Sciences*, vol. 5, n°1, 2003, p. 59.

²⁷ Karla M. Fogel, *The relationships of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurses*, A dissertation submitted to the faculty of the graduate school in candidacy for the degree of doctor of philosophy, program in nursing, Loyola University Chicago, 2007, p. 3.

²⁸ Christina Juthberg et K. Sundin, « Registered nurses' and nurse assistants' lived experience of troubled conscience in their work in elderly care - A phenomenological hermeneutic Study », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 47, n° 1, 2010, p. 21. (traduction libre)

²⁹ V. Dahlqvist, Sture Eriksson, Ann-Louise Glasberg, Elisabeth Lindahl, Kim Lützen, Gunilla Strandberg, Anna Söderberg, Venke Sorlie et Astrid Norberg (2007), «Development of the Perceptions of Conscience Questionnaire », *Nursing Ethics*, vol. 14, n° 2, p.182.

³⁰ Gabriella Gustafsson, Astrid Norberg et Gunilla Strandberg, « Meanings of becoming and being burnout - phenomological-hermeneutic interpretation of female healthcare personnel's narratives », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 22, n° 4, 2008, p. 526.

³¹ Christin Juthberg et K. Sundin, *op. cit.*, 2010, p. 21. (traduction libre)

³² Radzvin Clerici, Linda, *The occurrence of moral distress in certified registered nurse anaesthetists*, A Dissertation Submitted to the School of Nursing, in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, Duquesne University, 2008, p.11.

³³ Alvita K. Nathaniel, « Moral Reckoning in Nursing », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 28, n° 4, 2006, p. 420. (traduction libre)

³⁴ V. Dahlqvist, A. Söderberg et A. Norberg, « Facing inadequacy and being good enough: psychiatric care providers' narratives about experiencing and coping with troubled conscience », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 16, n° 3, 2009, p. 242. (traduction libre)

³⁵ Association des infirmières et infirmiers du Canada, « Le désarroi éthique dans les milieux de soins en santé », dans *Déontologie pratique pour infirmières et infirmiers autorisés*, 2003, p. 2-3.

³⁶ Jennifer Bell et Jonathan M. Breslin, « Healthcare Provider Moral Distress as a Leadership Challenge », *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, vol. 10, n° 4, 2008, p. 95.

³⁷ A. L. Glasberg, S. Eriksson et A. Norberg, « Factors associated with "stress of conscience" in healthcare », *Scandinavian Journal Caring Sciences*, vol. 22, n° 2, 2008 p. 249.

³⁸ William A. Nelson, William B. Weeks, Justin M. Campfield et Les MacLeod, « The Organizational Costs of Ethical Conflicts », *Journal of Healthcare Management*, vol. 53, n° 1, 2008, p.46.

³⁹ Sylvie Dorris, « La détresse morale, Comprendre la détresse morale des infirmières en milieux de soins pour pouvoir mieux y faire face », *Perspective Infirmière*, vol. 10, n° 5, 2013, p. 29.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 29.

⁴¹ Yvon Miossec, Yves Clot et Carine Boucher, *op. cit.*, 2014, p. 63

3. Quelles peuvent être les conditions de santé au travail?

3.1 Débattre sur la qualité du travail

Si le travail commandé par les employeurs et condensé dans des indicateurs de performance (et de qualité) cadre difficilement avec le travail vécu ou réel des travailleurs, on a compris que cela peut produire des tensions, des conflits de devoirs, de buts et d'idéaux avec la vision (de la qualité) des salariés.

On a également pu saisir que lorsque les deux idéaux de la qualité s'entrechoquent, cela peut produire des enjeux moraux capables de verser dans différentes formes de souffrance morale au travail. On a aussi relevé que la conflictualité morale vécue provenait essentiellement d'un renoncement à faire ce qu'on pense devoir faire auprès des usagers, ceci en lien avec des contraintes instituées par les fonctions administratives au sein des organismes sociosanitaires. Logiquement, on ne renonce pas à la conduite qui paraît la plus adéquate sans être dans une incapacité manifeste à pouvoir contenter un désir de bien faire son travail. On le conçoit alors, l'expérience d'être empêché de pouvoir bien faire son travail ou d'être obligé d'agir (ou d'avoir agi) d'une façon qu'on réprouve semble ne s'envisager qu'à partir d'une conflictualité morale où s'oppose et continue de s'opposer deux manières de voir, de penser et d'appliquer les préceptes d'une pratique de qualité. Et si ce n'était pas toujours comme ça?

C'est d'ailleurs en ce sens que la clinique de l'activité ou du travail, l'ergonomie et la psychodynamique du travail tentent de se déprendre de la vision manichéenne dans lesquels sont souvent enfermés les descriptifs de la souffrance morale au travail, de ce qui la cause, de ses effets et des façons de la résorber. En effet, voulant dépasser la logique qui enferme des victimes-salariés et des bourreaux-employeurs dans des fins de non-recevoir, ces approches misent sur l'importance de rendre possible la discussion sur les indicateurs ou les

critères d'un travail bien fait. Car pour assurer durablement le développement des conditions de santé au travail, « les différents points de vue sur ce qui fait la qualité du travail doivent être mis en débat, en dialogue entre ceux qui réalisent le travail et ceux qui le prescrivent⁴⁶ ». Est-il possible d'envisager un tel effort dialogique au sein des organismes sociosanitaires publics québécois?

3.2 Favoriser la participation collective des travailleurs aux décisions

Si la souffrance au travail à un coût, il importe, face à cette problématique, de mesurer les impacts que peut avoir sur les employés cette tendance des modes de gestion au sein des organismes sociosanitaires à vouloir déterminer, à la place des salariés, les objectifs d'intervention et les moyens pour les atteindre⁴⁷, mais aussi, à vouloir exercer un contrôle « sur le temps imparti aux soins et services⁴⁸ ». Pour le dire autrement, il faut réfléchir aux bienfaits de cette logique administrative décrite par Roger Bertaux :

Désormais, et de plus en plus, administrateurs et dirigeants [...] fixent des objectifs opérationnels, définissent des dispositifs d'intervention et de prise en charge, élaborent des normes, des procédures et des critères qui doivent être respectés dans les pratiques, mettent au point des indicateurs de résultats (surtout quantitatifs) et plus largement des méthodologies d'évaluation des résultats⁴⁹.

Rappelons, à cet effet, que tout n'est pas joué d'avance dans le secteur sociosanitaire. Devant les défis des partenariats public-privé, de la nouvelle gestion publique, il y a d'autres modes de gestion qui sont envisagés de nos jours, dont la gouvernance clinique, le management rénové et la gestion négociée de l'action sociale. Or, la gouvernance clinique, comme le management rénové ou la gestion négociée de l'action sociale, sont des stratégies du faire-face organisationnelles qui font appel à une gestion responsable, imputable, participative et éthique. Autrement dit, l'idéal organisationnel prescrit, qui

⁴² June Price Tangney, Jeff Stuewig et Debra J. Mashek, « Moral Emotions and Moral Behavior », *Annual Review of Psychology*, n° 58, 2007, p. 352.

⁴³ La notion de sentiments moraux renvoie ici à la définition suivante : « la notion de sentiment moral est celle d'affects ou d'événements affectifs, émotions, passions, sentiments qui pour une raison ou une autre ont un rapport particulier avec le comportement moral » (Paul Dumouchel, « Y a-t-il des sentiments moraux? », Collection essais et conférences, *Document n° 24*, Université de Sherbrooke, 2003, p. 2).

⁴⁴ François Daniellou, « Le travail bien fait contre l'organisation : enjeux de santé et de production », p. 83. Dans Loïc Lerouge, *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*, Collection Le travail en débats, Éditions Octares, Toulouse, 2014, 350 p.

⁴⁵ Lionel Daloz, « Épuisement professionnel et blessures de l'idéal, Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale », *Pédagogie Médicale*, Mai 2007, vol. 8, n° 2, p. 87.

⁴⁶ Yvon Miossec, Yves Clot et Carine Boucher, *op. cit.*, 2014, p. 56

⁴⁷ Hélène Le Brun, « L'autonomie professionnelle, une question de sens au travail pour le personnel professionnel du réseau de la santé et des services sociaux », Centrale des syndicats du Québec (CSQ), Québec, 2001, p. 6.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 6.

⁴⁹ Roger Bertaux, « Problèmes et enjeux dans l'évolution des métiers du travail social », Communication dans le cadre du séminaire OREFQ / GREE, 6 décembre 2002, Pont à Mousson. Disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://www.roger-bertaux.com/data/news/bertaux-problemes-enjeux-evolution-metiers-travail-social.pdf>, p. 4 (page web consultée le 6 juillet 2012).

ConfortMédic
Technologies Inc.

FABRICANT D'ÉQUIPEMENTS DE
**SOINS D'HYGIÈNE
ET DE TRANSFERT**
pour les personnes en perte d'autonomie

- Produits ergonomiques, fiables et sécuritaires
- Service-conseil
- Plan d'aménagement
- Entretien et réparation

1 800 442-2246 | info@confortmedic.ca

WWW.CONFORTMEDIC.CA



s'impose bien souvent sans discussion aux travailleurs, peut être mis en débat/dialogue avec l'idéal professionnel ou de métier qui est aussi prescrit et capable d'être défendu par les salariés dans les échanges avec leurs employeurs.

Bref, pour parvenir à actualiser ces stratégies communicationnelles, il faut, semble-t-il, que les salariés puissent sortir du silence, de la peur entourant la prise de parole face à ce qui ne va pas au travail; face à la souffrance vécue. Il faut également, on l'a noté dans l'introduction, que les buts de qualité qui sont prescrits et formalisés par des indicateurs administratifs puissent être discutés et mis en lien avec d'autres buts possibles de qualité, ceux-là même qui sont issus de la pratique, des gestes et des actions des salariés qui désirent, comme les employeurs, offrir « aux bénéficiaires les soins appropriés et respecter leur intégrité et leur dignité, afin de contribuer à leur bien-être⁵⁰ ». Cette stratégie organisationnelle qui vise à rendre possible la discussion et le débat entre employeurs et employés au sein des organismes reçoit de plus en plus d'attention auprès des chercheurs qui s'intéressent plus spécifiquement au climat éthique.

3.2. Assurer le climat éthique (ou moral) de l'organisation

Les études sur les caractéristiques servant à préciser ce qu'est un bon climat de travail, comme les travaux sur les

déterminants organisationnels favorisant la rétention des employés ou des données sur le sens au travail consultés, établissent que l'encadrement administratif est au cœur des stratégies qui peuvent améliorer les conditions de santé au travail. Elles peuvent influencer les motivations, les attitudes, les rapports communicationnels, les façons d'agir, bref, la qualité des services dispensés par les travailleurs sociaux.

À ce titre, on a pu noter que les études sur le climat éthique⁵¹ sont de plus en plus nombreuses et étroitement liées aux stratégies à déployer pour faire face à la détresse morale ou aux termes ciblés plus haut pour nommer les enjeux moraux au travail.

Globalement, et en lien avec la notion de climat organisationnel, le climat éthique renvoie spécifiquement aux « perceptions stables, psychologiques et significatives que les membres de l'organisation se font des procédures et des politiques éthiques qui existent dans leur entreprise⁵² ». Autrement dit, le climat éthique porte sur les perceptions qu'ont les travailleurs de la façon dont ils sont traités, mais en lien avec les enjeux et problèmes éthiques qu'ils rencontrent dans leurs pratiques. Or, même si plusieurs établissent des corrélations intéressantes sur le plan de la recherche⁵³, le climat éthique reste un concept en voie d'être précisé tant au plan théorique⁵⁴ qu'au plan pratique, c'est-à-dire au niveau de l'ensemble des

moyens utilisés par les organismes pour atténuer les enjeux moraux vécus par les salariés au travail. D'ici là, une analyse de l'ensemble des textes recensés sur le sujet a permis d'établir des regroupements de moyens organisationnels pratiques envisagés et visant, dans la plupart des cas, à :

- Favoriser des espaces dialogiques interprofessionnels où le dire sur la souffrance serait accueilli par les collègues, les superviseurs et les gestionnaires en équipe. Ces espaces dialogiques devant, toutefois, s'inscrire dans une perspective d'interrogation critique sur les normativités, les valeurs et les sentiments (moraux) en jeu dans les situations d'intervention difficiles. Le tout, devant déboucher sur des techniques de résolution de problème et/ou d'amélioration des pratiques, du climat organisationnel.

- Garantir des espaces dialogiques d'aide à la délibération individuelle ou en groupe, afin de maximiser l'apprentissage de la prise de décision éthique (compétence rationnelle et relationnelle) lorsque les salariés de toutes disciplines confondues sont confrontés à des dilemmes moraux où des conflits de valeurs au travail.

- Promouvoir la formation, la recherche et l'éducation à l'éthique au sein des établissements, au sein des institutions universitaires qui forment les professionnels/autres salariés en devenir.

- Assurer la création de ressources spécifiques au sein des établissements comme des centres de référence et de recherche (abordant la question du rôle de la conscience,

de la moralité et des différentes formes d'émotions ou de sentiments moraux chez les salariés), des comités d'éthique, etc.

On peut le constater, le dialogue, l'entraide, la réflexion critique interprofessionnelle ou interdisciplinaire et l'aide à la prise de décision sont au centre des stratégies du faire-face envisagées dans les organisations en référence au climat éthique. De façon générale, ces moyens organisationnels font appel à des dispositions des salariés et, plus précisément, à des compétences dialogiques et éthiques qui semblent toujours avoir ce *momentum* de popularité. En effet, et lié au fait que la relation d'aide ou de soins implique, sur une base régulière, un cortège de défis moraux intenses, le recours au modèle dialogique, au raisonnement éthique et à la prise de décision éthique peut s'avérer utile, car tous les problèmes moraux ne peuvent être résolus qu'avec le seul raisonnement déontologique, dans une application stricte des règles déontiques (ou administratives). Les méthodes d'aide à la prise de décision éthique aideraient justement à prendre une certaine distance avec les normativités impliquées dans une situation problème au travail.

Toutefois, on sait aussi, grâce à ce qui précède, que si la plupart des « conflits éthiques comprennent des demandes concurrentes entre un individu, son employeur et l'éthique professionnelle⁵³ », une connaissance précise de la déontologie professionnelle et des règles de métier reste un atout précieux pour déployer des façons de résoudre des conflits moraux au travail. À ce sujet, des auteurs comme Guy Giroux, George A. Legault et Férid Zaddem rappellent que, face à la montée des

normativités visant la régulation des pratiques professionnelles où de métier, il est capital de questionner les moyens utilisés par l'organisation pour actualiser un climat éthique axé sur l'éducation aux compétences éthiques. Le danger, ciblé par ces chercheurs, c'est que la formation/sensibilisation à l'éthique ne soit pas conjuguée avec d'autres incitations au respect des règles déontiques, des règles de métier. Pour mieux comprendre, voici une citation de Guy Giroux :

« La prolifération des codes de pratiques professionnelles et organisationnelles, à notre époque, répond à un fort besoin de contrôle social visant à standardiser des comportements individuels et collectifs, en vertu d'impératifs intra et extra-professionnels et organisationnels [...]. Entre alors en jeu la « normativité » des responsabilités qui fait appel, plutôt qu'à la loi et à son interprétation jurisprudentielle, à la régulation des consciences et des modes de fonctionnement des équipes de travail, des collégialités professionnelles et plusieurs confréries ». [...] Les codes de pratiques professionnelles et organisationnelles obéissent à une tendance en vertu de laquelle des pressions sont exercées sur la société civile pour qu'elle se responsabilise davantage, en raison de l'influence qui est exercée par le courant « néo-libéral » contemporain⁵⁶.

Dans cette perspective, un établissement pourrait se donner bonne figure au plan de la formation aux compétences éthiques, tout en évitant de faire valoir ou de respecter, par exemple, les normativités déontologiques des professionnels ou des salariés impliquées dans les enjeux moraux au travail.

En outre, si on sait que « la confrontation constante à des dilemmes moraux et le besoin de concilier des exigences

incompatibles⁵⁷ » peuvent conduire à un épuisement émotionnel et moral, voire au *burnout*, on peut mieux saisir l'importance du climat éthique organisationnel comme filet de sécurité où peuvent se nouer et parfois se dénouer les tensions normatives liées aux conditions de travail difficiles. Le fait d'envisager cette ouverture à la communication critique entre pairs, en équipe, mais aussi entre employés et employeurs, reste prometteur, car si ces individus en viennent à réellement débattre des causes organisationnelles de la détresse morale, ce type de débat peut facilement déverser dans des façons de s'attaquer à ces causes au sein de l'organisation ou à l'extérieur de l'organisation. Cette ouverture à la discussion, par le spécifique du climat éthique, pourrait, en ce sens, éviter que les stratégies du faire-face envisagées par les organismes soient uniquement axées sur les responsabilités et sur le changement des individus, sans que les causes organisationnelles susceptibles de produire la souffrance au travail soient tenues responsables ou modifiées.

Il semble ainsi que le climat éthique sera toujours confronté, comme idéal stratégique du faire-face, au contexte structurel et organisationnel qui le façonne. Par exemple, et on l'a noté dans un éditorial publié dans la revue *Reflets*⁵⁸, la parole qui ouvre sur la souffrance vécue au travail, même idéalisée par ceux qui font la promotion des bienfaits de l'éthique discursive-délibérative, ne fait pas toujours partie des coutumes organisationnelles où évoluent les travailleurs du secteur sociosanitaire. On a pu le noter plusieurs fois, c'est plutôt le silence, la culpabilité et la honte qui retient les professionnels d'oser dire leur souffrance à haute voix. Dominique Lhuillier explique à cet effet ce qui suit :

⁵⁰ Gouvernement du Québec, *Avenir en santé, Préposé aux bénéficiaires*, disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/prepose-aux-beneficiaires> (page web consultée le 13 décembre 2015).

⁵¹ Dans ce texte on n'établit pas de différence entre un climat moral et un climat éthique; les deux termes s'équivalent.

⁵² Laure Lavorata et Erick Leroux, « Le climat éthique dans les entreprises externalisatrices de force de vente en GMS : perception par les vendeurs externalisés », 2008, p. 5. Disponible en ligne à l'adresse suivante : http://institut-gestion.univ-larochelle.fr/IMG/pdf/08Lavorata_Leroux.pdf (page web consultée le 19 mai 2011). Voir aussi les textes suivants pour une définition du climat éthique: 1. Connie M. Ulrich, Patricia O'Donnell, Carol Taylor, Adrienne Farrar, Marion Danis et Christine Grady, « Ethical Climate, Ethics Stress, and the Job Satisfaction of Nurses and Social Workers in the United States », *Social Science and Medicine*, vol. 65, n° 8, 2007, p. 1708-1719. Disponible sur internet à l'adresse suivante (p. 8) : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442035/pdf/nihms32061.pdf> (page web consultée le 14 novembre 2012); 2. Jessica Schluter, Sarah Winch, Kerri Holzhauser et Amanda Henderson, « Nurses' Moral Sensitivity and Hospital Ethical Climate : A literature review », *Nursing Ethics*, 2008, vol. 15, n° 3, p. 305.

⁵³ Voir les corrélations suivantes :

(1) « *Moral distress and ethical climate have been shown to impact negatively on the job satisfaction of nurses. A significant relationship has been shown between moral distress and job satisfaction* ».

(2) « *Moral distress and poor ethical climate appear to affect nursing staff negatively, but the effect they have on turnover has not been demonstrated* ».

(3) « *An organization's ability to retain healthcare professionals and increase their level of job satisfaction is linked to establishing a positive ethical environment and access to organizational resources to address ethical concerns. It is argued that healthcare leaders have a primary role in establishing a positive ethical climate. To date, however, the full extent of the leader's role in supporting staff in ethically stressful situations has not been adequately considered* ».

Sources théoriques : 1. Schluter, Jessica, Sarah Winch, Kerri Holzhauser et Amanda Henderson, « Nurses' Moral Sensitivity and Hospital Ethical Climate: A literature review », *Nursing Ethics*, 2008, vol. 15, n° 3, p. 317; 2. *Ibid.*, p. 319. 3. Jennifer Bell et Jonathan M. Breslin, *op. cit.*, 2008, p. 95.

⁵⁴ En effet, quelques auteurs confondent le climat éthique au climat moral. Voir à cet effet le texte de Kim Lützen, Tammy Blom, Béatrice Ewalds-Kvist and Sarah Winch, « Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals », *Nursing Ethics*, vol. 17, n° 2, 2010, p. 215.

⁵⁵ Donna Foster, « Rethinking Compassion Fatigue as Moral Stress », *Journal of Ethics in Mental Health*, vol. 4, n° 1, 2009, p. 2. (traduction libre)

⁵⁶ Giroux, Guy, « La fonction sociale des codes de pratiques professionnelles et organisationnelles », dans Guy Giroux (dir.), *La pratique sociale de l'éthique*, Bellarmin, 1997, p. 285-286.

⁵⁷ Stéphanie Meylan, Patrice Boillat et Aurélie Morel, *op. cit.*, 2009, p. 34.

⁵⁸ Stéphane Richard et Melchior Mbonimpa, « La souffrance psychique et morale au travail : enjeux pour les professionnels du secteur de la santé et des services sociaux », *Reflets*, vol. 19, n° 2, 2013, p. 10-12.

⁵⁹ Dominique Lhuillier, « Travail, management et santé psychique », *Connexions*, vol. 1, n° 91, 2009, p. 91.



La critique adressée à sa propre activité crée un malaise diffus, un sentiment général d'être contraint à faire du « sale boulot » [...] et ce jusqu'à la honte de ce qu'on peut être conduit à faire, en particulier dans un nombre de professions dites de la relation (enseignants, soignants, travailleurs sociaux) [...]. Or, la honte ne se partage pas. Elle renforce le silence sur le travail et l'isolement de chacun⁵⁹.

Or, raconter sa souffrance à autrui en contexte de précarité d'emploi/de travail, où règne cette compétitivité produisant une dynamique du chacun pour soi, ça peut être difficile. Comme peut l'être la plainte à un employeur à propos des prescriptions normatives qui seraient soit élevées, contradictoires, paroxales ou inatteignables. Bref, malgré les vapeurs utopiques liées aux bienfaits du modèle dialogique et délibératif pour dénouer les situations problématiques, les conditions de travail actuelles obligent souvent les salariés à devoir faire correspondre leur conduite à des normes organisationnelles idéalisées par l'ensemble des travailleurs qui acceptent, l'échine pliée et la peur au ventre, l'emprise de l'hypertravail.

Cela étant, on peut penser que plusieurs salariés pourront alors craindre de se prendre où d'être pris dans le filet de sécurité organisationnel ou dans le climat éthique déployé pour leur

bien-être. Craintifs seront-ils des procédures et politiques en la matière, car potentiellement perçues comme des mécanismes informels d'évaluation (contrôle) de leur rendement au travail; des mécanismes permettant de cibler ceux qui ne peuvent épouser les nouveaux standards de réussite au travail; ceux qui ne pourront pas être salués comme des héros/champions de la performance au sein des organismes du secteur de la santé et des services sociaux.

Bref, même si les études augmentent en nombre sur l'utilité du climat éthique comme stratégie du faire-face sur le plan organisationnel, cette stratégie semble confrontée à se préciser davantage sur les plans empirique et pratique, et cela, en fonction de plusieurs variables, dont celles qui sont peu abordées et qui concernent les résistances au dialogue où à toutes procédures et politiques éthiques chez certains professionnels ou groupes de salariés au travail.

CONCLUSION

Tous les jours, les intervenants engagés dans le réseau de la santé et des services sociaux doivent composer avec des contextes d'intervention complexes impliquant des clientèles qui vivent dans des conditions d'existence difficiles au plan biopsychosocial. Ces intervenants ont le sentiment qu'ils n'ont

pas suffisamment de temps, de connaissances, d'expérience ou de soutien pour faire face à ces situations complexes. Ils se sentent souvent pris dans des attentes multiples et parfois discordantes relativement au rôle qu'ils ont à jouer et à leur devoir-agir au travail. En outre, ils doivent composer avec les ressources matérielles et financières limitées qui sont mises à leur disposition pour faire du bon travail. On comprend que ce carrefour aux exigences multiples peut générer divers malaises d'ordre moral, de même que de la souffrance psychique.

Cependant, il serait imprudent de poser un rapport causal simple entre les conditions de travail et la détresse morale des intervenants. En fait, les travaux à ce sujet démontrent plutôt que dans un contexte organisationnel similaire, tous les intervenants ne réagissent pas de la même façon : la souffrance peut être maximale chez certains, modérée, minimale ou nulle chez d'autres, et ceci, pour des raisons qui varient d'une personne à une autre. C'est dire qu'en elle-même, l'organisation du travail ne peut pas être considérée comme une source de souffrance pour tous les travailleurs. Par contre, et cela est également démontré⁶⁰, plus les conditions de travail apparaissent difficiles, plus les travailleurs souffrent.

Dans le cadre de cet article, on a pu, grâce aux données théoriques et empiriques issues de la recension des écrits,

soulever des éléments de réflexions sur ce sujet délicat, difficile et complexe que représente la souffrance morale au travail. Les connaissances qui ont été partagées permettent en effet de s'éveiller à une souffrance particulière qu'on doit prendre au sérieux en raison de ses répercussions sur le bien-être et la santé des intervenants, mais aussi, des usagers que ces derniers desservent au mieux de leurs capacités au quotidien. Certes, le système sociosanitaire repose dans les mains de multiples acteurs occupant différentes positions, porteurs de sensibilités et d'éthiques différentes, et assumant des rôles auxquels sont attribués différents pouvoirs décisionnels. Dans cette dynamique qu'il faut par ailleurs étudier dans toute sa complexité, le travail direct des intervenants est crucial : ce sont eux qui interagissent jour après jour avec les clientèles vulnérables.

Au terme de ces quelques pages, on peut penser qu'il eut été tentant de laisser un tel sujet dans l'ombre des vies individuelles plutôt que d'en examiner les implications pour les réalités associatives et collectives. Mais, maintenant que la porte est entr'ouverte, il est encore plus tentant d'explorer d'un peu plus près ce qu'il en est de cette souffrance dans les ressources intermédiaires membres de l'ARIHQ. Les préposés, les éducateurs, les gestionnaires l'éprouvent-ils? Sous quelle forme? Dans quel contexte? Avec quelles conséquences? ■

⁶⁰ Richard, Stéphane, *L'impact des normativités organisationnelles et professionnelles sur la santé psychique des travailleurs sociaux : enjeux pour la pratique du travail social*, Thèse présentée pour répondre à l'une des exigences du Doctorat en philosophie (PhD) en sciences humaines, Écoles des études supérieures, Université Laurentienne, Sudbury, juin 2014, 936 p.

RECHERCHE

BIBLIOGRAPHIE

Association des infirmières et infirmiers du Canada, « Le désarroi éthique dans les milieux de soins en santé », dans *Déontologie pratique pour infirmières et infirmiers autorisés*, octobre 2003, 8 p.

François Aubry, « Les enjeux en santé et sécurité du travail de l'intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec », p. 91-100. Dans Loïc Lerouge (dir.), *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*, Collection Le travail en débats, Série Colloques & Congrès, Octares Éditions, Toulouse, 350 p.

Bell, Jennifer et Jonathan M. Breslin, « Healthcare Provider Moral Distress as a Leadership Challenge », *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, vol. 10, n° 4, 2008, p. 94-97.

Bertaux, Roger, « Problèmes et enjeux dans l'évolution des métiers du travail social », Communication dans le cadre du séminaire OREFQ / GREE, 6 décembre 2002, Pont à Mousson. Disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://www.roger-bertaux.com/data/news/bertaux-problemes-enjeux-evolution-metiers-travail-social.pdf> (page web consultée le 6 juillet 2012).

Blanchard, Nathalie, *Allez vivre en résidence : L'expérience des personnes âgées*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en travail social, Janvier 2008, 93 p.

Charpentier, Michèle, *Vieillir en milieu d'hébergement, le regard des résidents*, Michèle Charpentier, 2007, PUQ, 180 p.

Clerici Radzvin, Linda, *The occurrence of moral distress in certified registered nurse anaesthetists*, A Dissertation Submitted to the School of Nursing, in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, Duquesne University, 2008, p. 1-27.

Clot, Yves, *Travail et pouvoir d'agir*, PUF, Paris, 2008, 296 p.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *L'exploitation des personnes âgées, vers un filet de protection resserré, Rapport de consultation et recommandations*, Octobre 2001, 194 p.

Dahlqvist, V., Sture Eriksson, Ann-Louise Glasberg, Elisabeth Lindahl, Kim Lützen, Gunilla Strandberg, Anna Söderberg, Venke Sorlie et Astrid Norberg, « Development of the Perceptions of Conscience Questionnaire », *Nursing Ethics*, vol. 14, n° 2, 2007, p. 181-193.

Dahlqvist, Vera, A. Söderberg et A. Norberg, « Facing inadequacy and being good enough : psychiatric care providers' narratives about experiencing and coping with troubled conscience », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 16, n° 3, 2009, p. 242-247.

Daloz, Lionel, « Épuisement professionnel et blessures de l'idéal, Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale », *Pédagogie Médicale*, Mai 2007, vol. 8, n° 2, p. 82-90.

François Daniellou, « Le travail bien fait contre l'organisation : enjeux de santé et de production », p. 81-89. Dans Loïc Lerouge, *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*, Collection Le travail en débats, Éditions Octares, Toulouse, 2014, 350 p.

Dejour, Christophe, « Aliénation et clinique du travail », *Actuel Marx*, vol. 1, n° 39, 2006, p. 123-144.

Dorris, Sylvie, « La détresse morale, Comprendre la détresse morale des infirmières en milieu de soins pour pouvoir mieux y faire face », *Perspective Infirmière*, vol. 10, n° 5, 2013, p. 29-31.

Dumouchel, Paul, « Y a-t-il des sentiments moraux? », *Collection essais et conférences*, Document n° 24, Université Sherbrooke, 2003, p. 1-27.

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, *Projet de loi n° 16, Servir l'âge d'or sur un plateau d'argent*, Mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux, le 15 septembre 2011, 41 p.

Fogel, Karla M., *The relationships of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurses*, A dissertation submitted to the faculty of the graduate school in candidacy for the degree of doctor of philosophy, program in nursing, Loyola University Chicago, 2007, p. 1-17.

Fournier, Jacques, « Libre opinion – Détérioration des services aux personnes âgées », *Le devoir*, 14 juillet 2011, disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/327322/libre-opinion-deterioration-des-services-aux-personnes-agees> (page web consultée le 12 décembre 2015)

Foster, Donna, « Rethinking Compassion Fatigue as Moral Stress », *Journal of Ethics in Mental Health*, vol. 4, n° 1, 2009, p. 1-4.

Gaulejac (De), Vincent, « La NGP : nouvelle gestion paradoxante », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, 2010, p. 83-98.

Girard, Diane, « Conflits de valeurs et souffrance au travail », *Éthique publique*, vol. 11, n° 2, 2009, p. 129-138.

Giroux, Guy, « La fonction sociale des code de pratiques professionnelles et organisationnelles », dans Guy Giroux (dir.), *La pratique sociale de l'éthique*, Bellarmin, 1997, p. 271-283.

Glasberg, A.L., S. Eriksson et A. Norberg, « Factors associated with « stress of conscience » in healthcare », *Scandinavian Journal Caring Sciences*, vol. 22, n° 2, 2008, p. 249-258.

Gouvernement du Québec, *Avenir en santé, Préposé aux bénéficiaires*, disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/prepose-aux-beneficiaires> (page web consultée le 13 décembre 2015).

Gustafsson, Gabriella, Astrid Norberg et Gunilla Strand berg, « Meanings of becoming and being burnout - phenomenological-hermeneutic interpretation of female healthcare personnel's narratives », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 22, n° 4, 2008, p. 520-528.

Haber, Stéphane, « Expérience du travail, expérience de l'aliénation », *Cités*, vol. 3, n° 35, 2008, p. 45-54.

Juthberg, Christina et K. Sundin, « Registered nurses' and nurse assitants'lived experience of troubled conscience in their work in elderly care - A phenomenological hermeneutic Study », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 47, n° 1, 2010, p. 20-29.

Juthberg, Christina, Sture Eriksson, Astrid Norberg et Karin Sundin, « Perceptions of Conscience in Relation to Stress of Conscience », *Nursing Ethics*, vol. 14, n° 3, 2007, p. 329-343.

Lavorata, Laure et Erick Leroux, « Le climat éthique dans les entreprises externalisatrices de force de vente en GMS : perception par les vendeurs externalisés », 2008, p. 5. Disponible sur internet à l'adresse suivante : http://institut-gestion.univ-larochelle.fr/IMG/pdf/08Lavorata_Leroux.pdf (page web consultée le 19 mai 2011).

Le Brun, Hélène, « L'autonomie professionnelle, une question de sens au travail pour le personnel professionnel du réseau de la santé et des services sociaux », Centrale des syndicats du Québec (CSQ), Québec, 2001, p. 4-13.



© Shutterstock

Legault, Georges A., *Professionnalisme et délibération éthique*, PUQ, Québec, 1999, p. 57-58.

Lhuillier, Dominique, « Travail, management et santé psychique », *Connexions*, vol. 1, n° 91, 2009, p. 85-101.

Lützn, kim, Agneta Cronqvist, Annabella Magnusson et Lars Anderson, « Moral Stress : synthesis of a concept », *Nursing Ethics*, vol. 10, n° 3, 2003, p. 312-322.

Lützen, Kim, Tammy Blom, Béatrice Ewalds-Kvist and Sarah Winch, « Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals », *Nursing Ethics*, vol. 17, n° 2, 2010, p. 213-224.

Mélanie Malenfant, « Les mutations qui touchent l'hébergement des personnes âgées au Québec : impacts sur la clientèle et la main-d'œuvre », 2011, disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://www.eve.coop/?a=110> (page web consultée le 12 décembre 2015).

Massé, Raymond, *Éthique et santé publique*, Québec, PUL, 2003, 430 p.

Mattéi, Jean-François, *De l'indignation*, Éditions de la Table Ronde, Paris, 2005, 287 p.

Meylan, Stéphanie, Patrice Boillat et Aurélie Morel, « Épuisement professionnel en contexte policier : le rôle des valeurs », *Éthique publique*, vol. 11, n° 2, 2009, p. 31-42.

Miossec, Yvon, Yves Clot et Carine Boucher, « L'intervention dialogique pour agir sur les risques psychosociaux : une troisième voie », p. 51-66, dans Loïc Lerouge, *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*, Collection Le travail en débats, Éditions Octares, Toulouse, 2014, 350 p.

Nadeau, Jessica, « Le tiers des préposés aux bénéficiaires souffre de troubles de santé mentale », *Le Devoir*, 20 mai 2015, disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/440472/le-tiers-des-preposes-aux-beneficiaires-souffre-de-troubles-de-sante-mentale> (page web consultée le 13 décembre).

Nathaniel, Alvita K., « Moral Reckoning in Nursing », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 28, n° 4, June 2006, p. 419-438.

Nelson, William A, William B. Weeks, Justin M. Campfield et Les MacLeod, « The Organizational Costs of Ethical Conflicts », *Journal of Healthcare Management*, vol. 53, n° 1, 2008, p. 41-52.

O'Donnel, Patricia, Adrienne Farrar, Karlynn Brintzenhofesoc, Ann Patrick Conrad, Marion Danis, Christine Grady, Carol Taylor et Connie M. Ulrich, « Predictors of Ethical Stress, Moral Action and Job Satisfaction in Health Care Social Workers », *Social Work in Health Care*, vol. 46, n° 3, 2008, p. 29-51.

OPTSQ, *Cadre d'analyse de la charge de cas et la charge de travail de travailleuses sociales et travailleuses sociaux*, 2009, p. 1-15.

Pendry, Patricia S., « Moral Distress : Recognizing it to Retain Nurses », *Nursing Economics*, vol. 25, n° 4, 2007, p. 217-221.

Protecteur du citoyen (Le), *Rapport annuel 2011-2012*, p. 109; *Rapport annuel 2012-2013*, p. 77-81; *Rapport annuel 2013-2014*, p. 92-101. Documents disponibles sur internet à l'adresse suivante : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/search/node?keys=Rapport+annuel&f%5B0%5D=language%3Afr> (page web consultée le 16 décembre 2015).

Richard, Stéphane et Melchior Mbonimpa, « La souffrance psychique et morale au travail : enjeux pour les professionnels du secteur de la santé et des services sociaux », *Reflets*, vol. 19, n° 2, 2013, p. 10-12.

Richard, Stéphane, *L'impact des normativités organisationnelles et professionnelles sur la santé psychique des travailleurs sociaux : enjeux pour la pratique du travail social*, Thèse présentée pour répondre à l'une des exigences du Doctorat en philosophie (PhD) en sciences humaines, Écoles des études supérieures, Université Laurentienne, Sudbury, juin 2014, 936 p.

Schluter, Jessica, Sarah Winch, Kerri Holzhauser et Amanda Henderson, « Nurses' Moral Sensitivity and Hospital Ethical Climate: A literature review », *Nursing Ethics*, 2008, vol. 15, n° 3, p. 304-321.

Severinsson, Élisabeth, « Moral stress and burnout : Qualitative content analysis », *Nursing and Health Sciences*, vol. 5, n° 1, 2003, p. 59-66.

Tangney, June Price, Jeff Stuewig et Debra J. Mashek, « Moral Émotions and Moral Behavior », *Annual Review of Psychologie*, n° 58, 2007, p. 345-372.

Ulrich, Connie M., Patricia O'Donnell, Carol Taylor, Adrienne Farrar, Marion Danis et Christine Grady, « Ethical Climate, Ethics Stress, and the Job Satisfaction of Nurses and Social Workers in the United States », *Social Science and Medecine*, vol. 65 n° 8, 2007, p. 1708-1719. Disponible sur internet à l'adresse suivante (p. 8) : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442035/pdf/nihms32061.pdf> (page web consultée le 14 novembre 2012).

Zaddem, Férid, « Déterminants, conséquences et modes d'approche des dilemmes éthiques », *Revue internationale sur le travail et la société*, vol. 8, n° 1, 2010, p. 53-71.



ASSOCIATION DES
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES
D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC

Partenaire pour des milieux de vie de qualité

1431, rue Fullum, bureau 202
Montréal (Québec) H2K 0B5

Téléphone : (514) 353-8933
Sans frais : 1-800-663-4906
Télécopieur : (514) 353-8930

www.arihq.com

Contact : Annie Gauthier
annie.gauthier@arihq.com