

Dossier spécial

En temps de crise, quelle place pour la souffrance des soignants? Quelles solutions éthiques y apporter?

Jean-Pierre Béland^a, Louise Carignan^b, Sylvain Bernard^cDOI : <https://doi.org/10.1522/revueot.v33n3.1866>

RÉSUMÉ. Comment peut-on atténuer la souffrance des soignants, tout en maintenant la qualité des services de santé et sociaux offerts à la population? En éthique professionnelle, le dialogue est souvent préconisé pour coconstruire des solutions, mais, en période de crise, le manque d'importance accordé au dialogue n'exacerbe-t-il pas la souffrance des soignants? Cet article aborde le tabou de la souffrance des soignants, exacerbée par les réformes et par la crise de la COVID-19. Il propose une démarche réflexive de groupe visant à briser le tabou et à dissiper la confusion entourant la souffrance psychologique, éthique et morale des soignants. L'objectif de cette démarche est de remédier à la perte de sens, à l'épuisement professionnel et à l'indifférence vécus par les professionnels. Cette approche requiert une gouvernance collaborative favorisant le dialogue coconstructif ainsi que l'engagement collectif des soignants et des gestionnaires pour trouver des solutions aux dilemmes et aux conflits de valeurs, assurant ainsi la réalisation de la mission commune d'offrir des services de qualité à la population.

Mots clés : Soignants, souffrance, crise, gouvernance collaborative, éthique

ABSTRACT. *How can we alleviate the suffering of healthcare workers while maintaining the quality of health and social services provided to the population? In professional ethics, dialogue is often recommended to jointly arrive at solutions, but during crises, doesn't the lack of importance given to dialogue aggravate the suffering of healthcare workers? This article addresses the taboo of healthcare worker suffering, aggravated by reforms and the COVID-19 crisis. It proposes a group reflective approach aimed at breaking the taboo and dispelling the confusion surrounding the psychological, ethical, and moral suffering of healthcare workers. The objective of this approach is to remedy the loss of meaning, professional burnout, and indifference experienced by professionals. This approach requires collaborative governance, fostering co-constructive dialogue and collective commitment from healthcare workers and managers, to find solutions to the dilemmas and conflicts of values. This thus ensures the achievement of the common mission to provide quality services to the population.*

Keywords: *Caregivers, suffering, crisis, collaborative governance, ethics*

Introduction

Comment la souffrance des soignants, c'est-à-dire tout professionnel désigné pour offrir un service de santé ou de services sociaux à la population, est-elle prise en compte en période de crise au Québec? Peut-elle faire l'objet d'un dialogue?

On pourrait dire que le problème de la souffrance des soignants persiste effectivement en raison du manque de dialogue coconstructif entre soignants et gestionnaires. Pour remédier à cette situation, il est crucial d'instaurer une gouvernance collaborative qui valorise et facilite les échanges constructifs. Cela permettrait non seulement d'aborder plus efficacement

^a Ph. D., professeur titulaire en éthique, Département des sciences humaines et sociales, Université du Québec à Chicoutimi

^b Ph. D. T. S., professeure et chercheuse, Département des sciences humaines et sociales, Université du Québec à Chicoutimi

^c MD., MSc., Service de médecine interne/soins intensifs, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Hôpital de Jonquière

les dilemmes éthiques, mais aussi de créer un environnement de travail plus soutenant et respectueux des besoins et des valeurs des soignants.

Cet article vise à susciter une réflexion approfondie sur la problématique de la souffrance des soignants en utilisant les résultats d'une « approche de dialogue » en groupe (Béland, 2022) concernant la manière dont les soignants et les gestionnaires peuvent aborder une question éthique essentielle liée à l'attention portée à chaque individu dans le processus de prise en charge (*caring*). Notre intention est de dépasser la simple considération des soignants comme un moyen de soins, un service à fournir ou un résultat à obtenir (*curing*). Nous visons à explorer comment une approche éthique et dialogique peut contribuer à prévenir la perte de sens du travail, l'épuisement professionnel et l'indifférence, qui sont autant de symptômes de la souffrance des soignants. Est-il possible d'atténuer la souffrance des soignants en relevant les défis d'une gouvernance renouvelée par un dialogue coconstructif dans le réseau de la santé et des services sociaux, pour un réseau plus humain, autonome et agile?

Pour amorcer une réflexion sur ces questions, nous proposons une démarche en quatre temps. Dans un premier temps, nous présentons brièvement l'état de la situation des services de santé et sociaux au Québec. Nous aborderons les différentes retombées des réformes successives et prescrites ainsi que celle de la pandémie de COVID-19 dans la prestation de services. Ce survol de la situation permettra de mieux comprendre les racines de la souffrance des soignants ainsi que les défis professionnels auxquels ils font face.

Ensuite, nous explorerons la réalité de la souffrance éthique telle qu'elle est exprimée dans l'expérience du dialogue de groupe. Nous identifierons le problème (dilemme d'intervention) à résoudre et partagerons les résultats de la prise de décision d'amorcer le dialogue avec le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean (Béland, 2022).

Dans une troisième étape, nous chercherons à comprendre, dans un contexte structuro-organisationnel,

pourquoi il est si difficile de dialoguer sur la souffrance des soignants en examinant les barrières et les résistances rencontrées.

Enfin, dans un quatrième temps, nous examinerons comment une gouvernance collaborative, basée sur le dialogue coconstructif, émerge comme une solution potentielle pour atténuer la souffrance éthique des soignants et des gestionnaires. Cette étape soulignera l'importance de la prise de conscience collective et de l'action concertée pour améliorer le bien-être de toutes les personnes qui sont au cœur de notre système de santé et de services sociaux : professionnels, gestionnaires et patients.

1. État de la situation

La souffrance des soignants n'est pas nouvelle et a été exacerbée par la pandémie de COVID-19. Nous examinerons ici le contexte préexistant et celui pendant la pandémie, au sein desquels s'est développé un dialogue en groupe visant à atténuer la souffrance des professionnels de la santé et des services sociaux.

1.1 Contexte préexistant (avant la pandémie de COVID-19)

Depuis trois décennies déjà, les professionnels de la santé et des services sociaux font face à des réformes successives dites « néo-managériales » qui tendent à affaiblir la marge de manœuvre des professionnels, tout en renforçant le contrôle de leur activité par le biais de logiques de rationalisation, de standardisation et de redevabilité. Ces transformations ont des conséquences significatives sur les professionnels de la santé, réduisant les ressources, intensifiant le travail et détériorant les conditions d'exercice (Poirier, 2009; Trudel et collab., 2009; Belquasmi, 2014; Bégin, 2015; Pauzé, 2016).

Depuis 1990, les réformes successives et prescrites des ministres de la Santé et des Services sociaux Rochon, Côté, Rochon, Couillard, Barrette et, maintenant, Dubé ont des impacts et entraînent des modifications des pratiques professionnelles de façon majeure. Les professionnels sont dépossédés graduellement de leurs moyens

d'intervention et de leur autonomie professionnelle (Parazelli, 1992; Richard, 2013). Comme le souligne le rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ, 2021), «l'augmentation constante des coûts du système de santé combinée à l'état des finances publiques conditionne les réformes qui se succèdent dans la perspective de la nouvelle gestion publique» (p. 375).

Les principales répercussions de ces réorganisations du travail sont l'intensification du travail, une dégradation des conditions de travail et une charge de travail accrue (Gollac, 2005; Hatzfeld, 2006; Valeyre, 2007; Coutrot, 2015). Ces transformations sont reconnues comme participant également à l'effritement des collectifs de travail et comme ayant des effets néfastes sur la santé des travailleurs et travailleuses (Gollac et Bodier, 2011; Coutrot, 2015; INSPQ, 2018). On assiste à un virage d'un État providentialiste vers un État néolibéral; c'est tout un changement de paradigme. Ce changement de l'État-providence, reposant sur la responsabilité collective, à l'État néolibéral, souscrivant à la responsabilité du citoyen, remet en question l'universalité des soins, se centre sur les besoins fondamentaux et sur les clientèles les plus vulnérables, et a recours à la privatisation de certains services (Larivière, 2013; Martin, 2023).

1.1.1 Perte d'autonomie professionnelle

La perte progressive d'autonomie professionnelle des travailleurs et travailleuses de la santé et des services sociaux depuis 1990, exacerbée par les réformes (Parazelli, 1992; Richard, 2013), résulte de l'implantation de la nouvelle gestion publique (NGP). Ce changement de cap d'une administration publique dite webérienne, centrée sur les processus plutôt que sur les résultats et où l'imputabilité repose sur le politique, a une emprise sur les acteurs et sur les pratiques professionnelles au nom de l'efficacité, de l'efficacité et de la rentabilité. La NGP, produit dérivé des théories libérales avec leur visée de restructurer les administrations publiques et le fonctionnement des États interventionnistes, serait en grande partie responsable des souffrances psychiques vécues

par les personnes salariées du domaine sociosanitaire (Bellot et collab., 2013; Grenier et Bourque, 2014; Le Pain et collab., 2021).

Puisque ce mode de gestion impose une nouvelle configuration du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de l'offre de services aux populations, on dit de la NGP qu'elle aurait des impacts négatifs sur les climats organisationnels, sur les modes de gestion des équipes et, par conséquent, sur les conditions de travail (Bouchat et Starquit, 2013; Safy-Godineau, 2013). En imposant un idéal de travail bien fait et des manières de l'atteindre auprès des clientèles ciblées, la NGP aurait le potentiel de heurter les représentations, les valeurs et les façons de faire dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ces transformations économiques internationales, influant sur les structures étatiques, auraient permis l'émergence et l'essor de la NGP et, par-là, de la culture de performance au sein des organismes sociosanitaires (Supiot, 2011; de Gaulejac et Hanique, 2015).

Enfin, en plus de modifier les conditions de travail, la NGP serait responsable de phénomènes comme la précarité des emplois et des ressources (matérielles, humaines et financières), l'intensification du travail, le manque de reconnaissance, l'instrumentalisation (automatisation) du travail, l'isolement des personnes salariées et la perte des collectifs au travail, l'augmentation des conflits de valeurs et de rôles, l'accroissement de la détresse morale et la multiplication des cas d'épuisement professionnel.

1.1.2 Technocratisation, standardisation et uniformisation de la pratique

Ces réformes entraînent non seulement une perte d'autonomie professionnelle, mais aussi la rationalisation des services, qui amène une technocratisation, une standardisation et une uniformisation de la pratique sur des clientèles ciblées. La responsabilité professionnelle n'est plus exercée comme elle devrait l'être; elle est centrée sur le service à donner, et non sur le processus d'intervention à mettre en place. Alors, il se crée une tension entre les besoins perçus des personnes par les professionnels et les réponses institutionnelles mises en place en fonction d'une uniformisation de la réponse.

Le fait de standardiser empêche une lecture singulière du problème que vit l'utilisateur et une réponse adaptée à la situation globale. «La rationalité managériale tend aussi à uniformiser les pratiques en objectivant et en normalisant les besoins des usagers à partir de grilles qui ne tiennent pas compte de la singularité des acteurs et de leurs contextes» (Chénard et Grenier, 2012, p. 20; Côté, N. et Freeman, A. 2023).

1.1.3 Perte de sens

Malheureusement, ces institutions se montrent de moins en moins en mesure de définir un projet réunificateur mobilisant les acteurs ni «de faire sens»; elles se limitent à être des organisations construites sous une logique rationnelle et économique, voire autoritaire. Les valeurs providentialistes de justice sociale, d'égalité et d'universalité de soins ont progressivement été évacuées au profit de l'efficacité des programmes et de l'obligation de résultats (reddition de comptes). Tout cela n'est pas sans conséquence sur la qualité des soins et des services sociaux. Dans ce contexte, où on exige des professionnels une loyauté à toute épreuve, ces derniers se retrouvent seuls devant leurs ordres professionnels, qui doivent protéger le public. Il y règne un désordre éthique et politique. Découlent alors de ce contexte un malaise et un inconfort devant un effritement de la qualité des soins et des services, voire une souffrance éthique (Dejours, 2006) chez de nombreux professionnels, qui devient source d'épuisement professionnel. Le taux d'absentéisme dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les départs des institutions sont le reflet de ces vives tensions et de ces enjeux professionnels, politiques et éthiques.

L'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux ne se reconnaissent plus dans la transformation des repères théoriques, axiologiques et méthodologiques. Sans oublier les visées, le discours, l'organisation et les pratiques des organismes publics, parapublics et communautaires portant un mandat d'aide ou d'action sociale, qui se voient modifiés selon une rationalité que Larivière (2013) qualifie de modèle de «l'État social actif». Avec tous ces changements subis s'installe une tension croissante entre les

professionnels, les gestionnaires et l'État; il y a un désenchantement et une recherche de sens chez ces derniers pour comprendre le mal-être au travail. Ils vivent et ressentent de la colère, du stress et de l'anxiété (Le Pain et collab., 2021). Les professionnels de la santé et des services sociaux se sont engagés dans une profession visant à soutenir les personnes; s'ils ont l'impression de ne plus être en mesure de le faire, il est indéniable qu'un bon nombre d'entre eux sont en dissonance avec les valeurs du *care* promues par leurs ordres professionnels et leur choix de carrière, que ces valeurs véhiculent tant bien que mal. En effet, le fait de se voir contraint de faire correspondre leurs pratiques professionnelles à des façons de faire jugées en tension avec les valeurs et les devoirs de la profession peut forcer les professionnels à remettre en question le sens du travail.

Cela peut également alimenter un doute sur la bonne façon d'agir auprès d'autrui. Ce doute peut les mener à chercher ce qu'il convient de faire pour bien effectuer leur travail et, donc, à explorer, non sans difficulté, leur rapport à la morale, à la déontologie et à l'éthique. La loyauté envers soi-même, sa profession et son employeur peut créer des déchirements et se solder par une forme de souffrance (Bégin, 2015). De fait, l'analyse de Le Pain et ses collègues (2021) montre que les difficultés émotionnelles vécues par les intervenants et intervenantes s'expriment par des sentiments d'envahissement, d'anxiété, d'irritabilité, de colère, de symptômes de dépression et d'idéation suicidaire. Ces difficultés émotionnelles se manifestent aussi par de l'insomnie, de la fatigue, de l'épuisement et une diminution des capacités cognitives (concentration, intégration des informations) et des habiletés à bien communiquer avec la clientèle (écouter partiellement, avoir des discours déshumanisés) (Le Pain et collab., 2021). Dans certaines occasions, ces difficultés peuvent occasionner de l'impatience et des conduites de nature agressive ou plus violente (lancer des objets, briser le matériel). Les difficultés émotionnelles renvoient ainsi à l'ensemble des malaises et symptômes émotionnels ou psychologiques vécus par les professionnels dans leur travail (McFadden et collab., 2015).

1.1.4 Éthos professionnel en dissonance avec éthos institutionnel

L'écart entre le travail souhaité et le travail prescrit, tout comme le contrat les unissant à l'État par des valeurs originellement partagées – protection, soutien social et solidarité –, est remis en cause par plusieurs professionnels. Un écart se creuse entre l'éthos professionnel, représentant les valeurs des professionnels de la santé et des services sociaux promues par leur ordre professionnel, et l'éthos institutionnel, porteur des valeurs de la NGP soutenue par l'institution.

Ne plus se reconnaître dans les valeurs des politiques et des programmes à appliquer et, par le fait même, du réseau et de l'établissement pour lequel on travaille amène à vivre un conflit de valeurs touchant directement l'identité professionnelle, le sens donné au travail et le sentiment de loyauté envers l'organisation et l'établissement (Chénard et Grenier, 2012; Dierckx et Gonin, 2015; Drolet et Ruest, 2021). Le décalage persistant entre la pratique souhaitée et la réalité imposée par de nouvelles valeurs axées sur l'efficacité et sur l'efficacité entraîne des sacrifices de valeurs importantes, génère un malaise ou une souffrance (Girard, 2009). Ces sacrifices conduisent à un inconfort, à un malaise, voire à une souffrance morale ou psychique au travail (Gonin et collab., 2012; Richard, 2013), lesquels entraînent des tensions professionnelles, un sentiment d'impuissance, de l'isolement, une inefficacité professionnelle, l'absence de soutien et de reconnaissance et, au bout du compte, une souffrance psychique (Glaner, 2014).

En somme, il est important de noter que ces risques associés à la NGP peuvent varier en fonction des contextes régionaux et nationaux, et ces tendances peuvent avoir été influencées ou exacerbées par la pandémie de COVID-19.

1.2 Choc planétaire : la pandémie de COVID-19

Le choc planétaire de la pandémie de COVID-19 a déclenché une avalanche de souffrances parmi les soignants et une prestation de services plus complexe, selon les témoignages entendus (experts de la santé publique, professionnels de la santé, patients et citoyens) dans les médias sociaux

au Québec et aussi dans le groupe de discussion que nous présenterons plus loin dans cet article.

1.2.1 Contexte de la pandémie

Le 11 mars 2020, le système de santé et de services sociaux, déjà fragilisé par les réformes antérieures, fait face à un nouveau défi majeur, avec la déclaration de la pandémie par l'Organisation mondiale de la santé. Cette situation conduit à la mise en place d'un confinement au Québec dès le 13 mars, décrété par le gouvernement Legault. Les réactions des organismes institutionnels et communautaires mènent à la mise en place de protocoles d'intervention pour maintenir les services, tout en respectant les mesures sanitaires (Allard, et collab., 2023).

Impacts de la pandémie

Lors de la pandémie, la population a fait face à un virus mortel où il y avait peu de solutions médicales, ce qui a généré des niveaux variables de détresse et des nouveaux services à mettre en place avec moins de ressources. Chaque individu de la population a été affecté dans son fonctionnement social au quotidien, dans ses rôles et dans ses interactions avec les autres pour faire face à ce virus. Tout cela a suscité une réflexion profonde sur le sens de l'existence, entraînant des modifications dans le mode de vie ainsi qu'une prise de conscience sur les habitudes et les valeurs, puis générant une quête de sens à la fois professionnelle et personnelle. La pandémie a placé tous les individus face à la possibilité d'en mourir, ce qui a généré une peur individuelle, mais aussi collective; elle nous a placés devant notre propre finitude. Aussi, les instances gouvernementales ont pris conscience que les individus ne sont pas tous égaux pour combattre ce virus, selon l'âge, le statut, la situation économique, la région, etc.

Principaux défis professionnels

Les professionnels de la santé et des services sociaux ont fait face à des défis majeurs nécessitant une adaptation rapide à de nouveaux modes de travail pour assurer la sécurité de tous et le maintien d'une prestation de services de qualité. Les contraintes de ressources, liées à la surcharge,

à l'épuisement et même aux décès de professionnels, ont exacerbé les conditions de travail :

- *Fournir des soins à distance* : Les soins de proximité ont été entravés par la nécessité de maintenir des soins à distance, ce qui a posé des défis de maintien de la confiance avec les patients, de surveillance des conditions de santé et de bien-être de ceux-ci.
- *Vivre la crise en aidant les autres* : Les professionnels de la santé et des services sociaux ont vécu la crise, tout en aidant les personnes en crise, partageant la même information, la même incertitude et les mêmes consignes à respecter.
- *Transition vers la télépratique* : Le passage à la télépratique, sans instrumentalisation ni formations préalables, tout comme l'instabilité des consignes à respecter, a engendré du stress et de l'épuisement.
- *Éclatement des ressources* : La répartition inadéquate et chaotique des ressources disponibles a entraîné un manque de personnel et des services minimisés face à une détresse humaine croissante. Il y a eu délestage sur des postes inconnus, confusion des tâches et des rôles, etc.
- *Confrontation quotidienne à la mort* : La multiplication des décès et la suspension des rites funéraires ont affecté directement ou indirectement les professionnels de la santé et des services sociaux dans l'exercice de leurs fonctions.

1.2.2 Constats pendant la pandémie

Ainsi, la pandémie a créé des enjeux critiques pour les professionnels de la santé et des services sociaux, avec une pression constante pour maintenir la prestation de services avec moins de ressources dans des conditions sanitaires instables. Les réformes antérieures du système de santé et de services sociaux avaient déjà mis à l'épreuve la prestation de services (Grenier et collab., 2021), contribuant à fragiliser les relations professionnelles (Le Pain et collab., 2021) :

- *Éveil brutal des gestionnaires* : Les gestionnaires ont pris conscience des conséquences émotionnelles sur la santé des travailleurs sociaux et des coûts financiers associés à la crise (Le Pain et Larose-Hébert, 2022).

- *Éruption volcanique de la souffrance des soignants* : Les transformations structurelles et organisationnelles ont modifié considérablement les conditions de travail des intervenants sociaux et de la santé, entraînant des conséquences néfastes sur leur santé mentale et éthique (Statistique Canada, 2022; Styra et collab., 2022).
- *Urgence de prendre des mesures* : Malgré une reconnaissance accrue du travail des soignants (dits nos « anges gardiens »), ces derniers ont remis en question leurs conditions de travail, soulignant l'urgence de prendre des mesures pour assurer leur bien-être.

En somme, la pandémie de COVID-19 a cruellement mis à nu les vulnérabilités du système de santé et de services sociaux, et a augmenté les défis professionnels auxquels les soignants font face. Elle a exacerbé leur souffrance au travail dans un contexte systémique et structuro-organisationnel chamboulé, puis a ouvert les yeux sur leur détresse. Il est impératif de reconnaître cette problématique et d'y remédier pour assurer la santé mentale et émotionnelle des soignants.

2. Exploration de la souffrance des soignants

Nous visons à expliquer la réalité de la souffrance éthique des soignants telle qu'elle ressort d'un séminaire de dialogue de groupe (durée 45 heures) tenu à l'Université du Québec à Chicoutimi, au trimestre de l'été 2022 (Béland, 2022). Ce séminaire regroupait des professionnels (N = 18) de divers horizons (consultants, gestionnaires, médecins, infirmières, orthophonistes, travailleurs sociaux, aides-soignants, représentants du public), qui ont discuté de la souffrance des soignants. Grâce à une démarche de dialogue (Béland et collab., 2013), les participants ont pu échanger sur la réalité de la souffrance éthique, aborder le dilemme éthique rencontré et envisager différentes options pour remédier à cette problématique vécue par les professionnels du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

2.1 Réalité de la souffrance éthique

Lors de ce séminaire, nous avons cherché à comprendre les causes de cette souffrance et ses impacts

sur la qualité des soins, puis à développer des solutions pour y remédier. Les principaux enjeux mis en lumière comprennent les conflits de valeurs, l'accumulation continue de la charge de travail et les impacts de la centralisation des décisions.

2.2 Dilemme

Dans un contexte où le gouvernement du Québec s'orientait, en juin 2022, vers une décentralisation du système de gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, le groupe de dialogue s'est posé la question suivante : *Devons-nous engager un dialogue avec le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean pour trouver des solutions aux dilemmes éthiques et pour assurer la qualité des services à la population?*

2.3 Résultats et conclusion

À la suite de notre décision d'instaurer un dialogue avec la haute direction du CIUSSS le 22 septembre 2022, nous avons constaté une écoute et un engagement en faveur d'une gouvernance éthique et partagée. Cependant, depuis janvier 2023, après plusieurs relances et propositions de rencontre aucun intérêt tangible à poursuivre les travaux n'a été observé. Il ne nous semble pas y avoir de volonté institutionnelle à aborder le sujet de la souffrance des soignants. Pourtant, dans un contexte de pénurie de personnel il apparaît primordial de restaurer l'attractivité des carrières au sein des établissements de santé public. Adresser la problématique de la souffrance des soignants est une nécessité, il en va de la pérennité du système dans sa globalité.

3. Difficultés du dialogue sur la souffrance

Nous cherchons ici à comprendre pourquoi il est si difficile de dialoguer sur la souffrance des soignants en examinant les barrières et les résistances identifiées lors du dialogue de groupe.

3.1 La souffrance : un tabou?

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, la souffrance des soignants semble traitée comme un sujet tabou, défini comme un interdit portant sur son évocation. Plusieurs médias ont soulevé cette question, suggérant une certaine omerta (Clermont, 2020;

Lalonde, 2021; Lavoie, 2021). Expliquer l'impuissance des gestionnaires et des soignants à trouver des mesures structuro-organisationnelles de soutien pour atténuer la souffrance des soignants nécessite de briser le tabou.

Or, qu'est-ce que ce tabou? Comment le définir? Selon Wikipédia, un tabou désigne « tout interdit portant sur un acte, un fait ou son évocation, sans être limité au domaine religieux ou spirituel ». Dans le contexte de la santé, le tabou qui nous intéresse concerne l'interdiction d'aborder la souffrance des soignants, avec des conséquences néfastes nourrissant ce tabou.

3.2 Facteurs nourrissant ce tabou

Impuissance

Formés pour aider, les professionnels de la santé et des services sociaux souffrent d'un sentiment d'impuissance face aux besoins croissants et au manque de ressources, ce qui freine leur volonté de contribuer à l'effort de guerre contre la COVID-19 (Le Pain et collab., 2021; Lamothe, 2022). Cette souffrance de l'impuissance est difficile à admettre et provoque une certaine gêne, car elle est culpabilisante. C'est l'un des facteurs principaux qui nourrissent le tabou.

Pathologisation de la souffrance des soignants

Nous avons pu aussi constater que la souffrance des soignants est souvent perçue comme une faiblesse psychologique, ce qui peut décourager son expression et son traitement, aggravant ainsi la situation (Le Pain et collab., 2021). Cette pathologisation implique que la souffrance de l'impuissance est vue non comme une réaction normale à des conditions de travail difficiles, mais comme un signe de fragilité personnelle ou professionnelle. Par conséquent, les soignants peuvent craindre d'être stigmatisés ou jugés inaptes à leur rôle, ce qui les pousse à taire leur souffrance. Cela renforce le tabou et empêche la mise en place de mesures de soutien adéquates.

Conflit de loyauté

Exprimer la souffrance des soignants peut être perçu comme déloyal envers l'institution puisque

cela met en jeu sa réputation. Les soignants peuvent craindre que parler de leur souffrance soit interprété comme une critique de l'institution ou des dirigeants, ce qui pourrait nuire à leur carrière ou à leur position au sein de l'organisation. Il est crucial de reconnaître que cela n'est pas de la déloyauté, mais plutôt un appel à l'amélioration des conditions de travail. La reconnaissance de cette distinction est essentielle pour encourager une culture de transparence et de soutien, où la souffrance des soignants peut être exprimée ouvertement et efficacement.

Enjeu individuel et privé

La souffrance des soignants est souvent considérée comme un enjeu individuel. Cependant, il est important de reconnaître ses répercussions systémiques, qui nécessitent le changement au sein des politiques et des pratiques organisationnelles. En traitant la souffrance comme un problème purement personnel, on néglige ses causes structurelles et organisationnelles, ce qui empêche la mise en place de solutions efficaces à l'échelle institutionnelle.

En somme, l'absence d'amorce d'un dialogue coconstructif sur la souffrance des soignants et les facteurs nourrissant le tabou risquent d'aggraver ses impacts négatifs, tant sur les soignants que sur les institutions. Il est donc essentiel de briser ce tabou et de promouvoir un environnement où la souffrance des soignants peut être discutée ouvertement afin de développer des solutions collaboratives et durables.

3.3 Complexité de la souffrance éthique

La résistance au dialogue est en partie due à la complexité de la souffrance éthique. Les principales causes mises en lumière sont les suivantes : conflits internes entre l'éthique professionnelle des soignants et les exigences institutionnelles, craintes des représailles ou des jugements, manque de formation en éthique, accumulation de la charge de travail et structure hiérarchique.

Pour surmonter ces résistances, il est essentiel de créer un environnement de confiance où les soignants se sentent en sécurité pour exprimer leur souffrance éthique, sans crainte de répercussions.

Des formations en éthique, des séances de soutien et des initiatives de gouvernance collaborative peuvent aider à faciliter ces dialogues complexes.

Il est crucial d'examiner avec attention les souffrances et détresses que peuvent éprouver les professionnels de la santé. Les services en éthique peuvent proposer une démarche visant à reconnaître diverses facettes de la souffrance des soignants. À cette fin, il est utile de mettre à disposition un questionnaire que les soignants peuvent utiliser :

- Éprouvez-vous le sentiment de ne pas pouvoir accomplir les choses « comme il faut » ?
- Ressentez-vous que vos valeurs sont heurtées ou mises de côté ?
- Éprouvez-vous parfois de la difficulté à trouver du sens dans votre travail ?
- Avez-vous le sentiment de ne pas être en mesure de remplir certaines de vos obligations professionnelles ?

Voici des phrases qui peuvent refléter une détresse éthique vécue :

- Je ne peux pas croire qu'on va laisser des usagers sans soins ni services à cause du délestage !
- J'ai vraiment le sentiment qu'on ne fait pas la bonne chose...

Cette illustration offre une compréhension plus précise des aspects spécifiques de la souffrance complexe des soignants. Elle peut intégrer des exemples concrets pour illustrer ces expériences délicates, dépassant ainsi le risque de réduire la souffrance des soignants à une simple dimension psychologique. Dans leur article, El-Hage et ses collègues (2020) mettent en évidence l'importance d'étudier l'impact global de la pandémie sur la santé des professionnels de la santé et des services sociaux. Ces auteurs soutiennent que cette crise sanitaire devrait nous sensibiliser à la vulnérabilité des soignants face à la souffrance psychologique.

Il est essentiel d'aller au-delà en différenciant trois types de souffrance dignes d'attention :

1. *Détresse psychologique* : Résultant d'un ensemble d'émotions négatives persistantes, elle peut entraîner des conséquences importantes sur la

santé, nécessitant parfois des ressources internes et du soutien psychologique.

2. *Souffrance éthique* : Cette souffrance découle de conflits de valeurs institutionnels et se caractérise par :
 - le tiraillement entre différentes valeurs, conduisant à des actions contradictoires;
 - un niveau moins élevé que la détresse morale sur un continuum;
 - des malaises liés à une décision à prendre ou à une action à poser.
3. *Détresse morale* : Elle survient lorsque la personne sait quelle est la bonne décision morale à prendre, mais se trouve dans l'impossibilité de la mettre en pratique. Cela peut aussi se produire lorsqu'elle est contrainte de fournir des soins de moindre qualité.

Ainsi, la souffrance éthique représente une réalité mentale complexe. Elle se manifeste sous forme de représentations mentales incluant des idées générales, des définitions et des exemples de cas pour une meilleure reconnaissance de cette souffrance.

Exemples de dilemmes éthiques vécus par les soignants

- *La vaccination* : Le Comité d'éthique de la santé publique (2021), dans son *Avis sur la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé contre la COVID-19*, se pose la question cruciale : Est-il justifiable d'imposer la vaccination? Les soignants sont tiraillés entre deux valeurs essentielles :
 - la liberté de choix individuelle quant à la décision de se faire vacciner ou non;
 - les valeurs de santé publique telles que la bienfaisance, la non-malfaisance, la responsabilité et la transparence.
- *Les mesures sanitaires* : Notre liberté morale, synonyme d'autonomie, a été soumise à des tensions entre les impacts positifs et négatifs des mesures sanitaires :
 - le confinement, posant des défis à notre liberté de mouvement et à notre vie quotidienne;
 - la réduction des contacts sociaux, affectant notre besoin inné de connexion humaine;

- les recommandations changeantes, notamment concernant le port du masque a créé confusion et incertitude.

Ces exemples mettent en lumière des dilemmes éthiques complexes qui soulèvent des questions fondamentales sur l'équilibre entre la liberté individuelle et la responsabilité collective. Ils illustrent comment les soignants, tout comme la société en général, peuvent faire face à des conflits de valeurs qui génèrent une souffrance éthique.

3.4 Origines de cette souffrance éthique

Enfin, il est crucial d'intégrer une réflexion sur la question des origines de cette souffrance éthique des professionnels de la santé. Les causes potentielles suivantes peuvent être regroupées sous six principaux enjeux :

1. *Qualité des soins* : L'exigence de fournir des « soins de qualité à moindre coût » contraint le soignant à s'éloigner de son idéal de soins. Cela crée des tensions entre des rôles aux objectifs divergents, opposant les priorités des gestionnaires (efficacité, efficacité, résultats) à celles des soignants (bien-être du bénéficiaire, amélioration de l'état de santé individuel et général).
2. *Hypercentralisation du système* : La déshumanisation due à une structure décisionnelle hypercentralisée engendre un manque d'écoute et de reconnaissance envers l'expertise des soignants dans la gestion des soins organisationnels. Dans un texte d'opinion paru dans *Le Devoir* (Bernard et Lepage, 2021), deux médecins du Regroupement québécois de médecins pour la décentralisation du système de santé soulignent que les soignants souffrent depuis longtemps de cette hypercentralisation et prédisent une aggravation de la situation si des mesures ne sont pas prises rapidement.
3. *Contraintes administratives* : Les exigences organisationnelles éloignent parfois le professionnel de son idéal de soins, réduisant le temps dédié à l'écoute et à la présence affective auprès des patients, ce qui engendre un réel désarroi. Cela crée des conflits, d'une part, entre l'institution et l'organisation et, d'autre part, dans la perspective

de l'éthique clinique, ce qui menace constamment les valeurs professionnelles.

4. *Tâches administratives* : Les tâches administratives telles que la paperasse, les statistiques, les logiciels et les formulaires contribuent également à cette souffrance.
5. *Exigences légales* : L'obligation du respect du Code des professions du Québec (p. ex., dans le cas de l'Aide Médicale à Mourir) crée des problèmes administratifs qui peuvent entraver l'accès à des soins dignes.
6. *Surinvestigation et surmédicalisation* : Les exigences légales liées aux droits des patients peuvent conduire à une surinvestigation et à une surmédicalisation, ce qui entraîne la réalisation d'examen et de traitements potentiellement non nécessaires (ICIS, 2024).

Face à ces situations professionnelles, les soignants éprouvent une perte de sens dans leur pratique professionnelle au sein du système québécois de la santé et des services sociaux. Ils sont constamment tiraillés entre agir selon leur éthos professionnel ou leur éthos institutionnel, ce qui entraîne une posture éthique difficilement soutenable dans leur obligation de reddition de comptes (Béland, 2022). Devant cette réalité, quelles solutions peuvent être envisagées?

4. Gouvernance collaborative comme solution

À partir de la démarche réflexive du groupe de dialogue, la gouvernance collaborative, basée sur le dialogue coconstructif, émerge comme une solution potentielle. Cette approche pose des questions cruciales : *La souffrance éthique des soignants peut-elle être initiatrice d'un dialogue coconstructif? Et de quelle manière ce dialogue peut-il apaiser la souffrance éthique des soignants?*

L'objectif du dialogue est d'aider les professionnels de la santé et des services sociaux avec leurs gestionnaires à :

- articuler les dilemmes d'intervention et les conflits de valeurs;
- préciser la souffrance vécue et ressentie face à la perte de sens;

- proposer des solutions institutionnelles par le biais d'une coconstruction de sens.

En tant que processus de coconstruction de sens, le dialogue vise à identifier la meilleure intervention en évaluant ses impacts sur trois enjeux clés : les exigences légales, les exigences administratives et les exigences de la qualité des soins.

Ce processus suppose que la situation de départ de la souffrance éthique des soignants s'est enracinée en raison du déficit de dialogue constructif dans le système de santé et de services sociaux. La situation d'arrivée jugée désirable est d'établir un dialogue coconstructif visant à améliorer la qualité des soins, à favoriser le vivre-ensemble ainsi qu'à promouvoir une éthique autorégulatoire entre l'éthos professionnel et l'éthos organisationnel avec les soignants et les gestionnaires.

Quel défi majeur se présente aux gestionnaires? Deux axes d'intervention émergent : la stratégie organisationnelle (gestion) et la gouvernance collaborative par le dialogue (outil d'apprentissage et de recherche) selon un modèle ascendant (*bottom up*).

4.1 Axe d'intervention : stratégie organisationnelle

La stratégie organisationnelle s'articule autour des points suivants :

- *Favoriser le soutien entre collègues* : Développer des mécanismes formels ou informels pour encourager les membres de l'équipe à se soutenir mutuellement, par le biais de programmes de mentorat ou de séances de partage d'expériences;
- *Anticiper les défis organisationnels en équipe* : Instaurer des réunions régulières de réflexion éthique pour identifier et aborder proactivement les défis éthiques potentiels;
- *Éviter de « pathologiser » la souffrance éthique* : Promouvoir une culture organisationnelle qui reconnaît la souffrance éthique comme une réalité normale et qui encourage des réponses appropriées, plutôt que de la stigmatiser;
- *Favoriser la solidarité et les espaces de dialogue au sein de l'organisation* : Créer des espaces de discussion ouverts ou des groupes de soutien par le biais de séances régulières;

- *Développer la compétence éthique* : Offrir des opportunités de formation et de développement professionnel visant à renforcer la compétence éthique du personnel;
- *Créer un espace de libre expression de la souffrance éthique* : Structurer cet espace avec des canaux de communication confidentiels ou de réunions dédiées;
- *Établir un espace de coconstruction de sens en vue de changements* : Utiliser cet espace pour identifier des solutions et pour mettre en œuvre des changements significatifs en réponse à la souffrance éthique.

4.2 Axe d'intervention : gouvernance collaborative par le dialogue

Pour rendre cette stratégie plus opérationnelle, voici des lignes directrices concrètes à suivre ainsi que des pièges à éviter :

Politisisation du dialogue :

- Éviter les aspects partisans ou syndicaux qui pourraient accentuer l'apitoiement et le dolorisme (Béland, 2009) ;
- Ne pas détourner le dialogue vers des enjeux politiques par des revendications associatives professionnelles;

Hiérarchie :

- Éviter une structure hiérarchique qui entrave l'échange libre de la souffrance éthique;
- Ne pas se concentrer exclusivement sur la reddition de comptes, mais plutôt privilégier un rapport d'autorité, de contrôle et de surveillance teinté de bienveillance;

Manque de soutien :

- Soutenir les participants dans l'expression de la souffrance éthique, l'analyse des divers enjeux et la détermination des modalités d'action pour favoriser le changement;

Manque de respect de l'autre :

- Insister sur la nécessité de penser et d'agir positivement envers autrui et soi-même;

- Mettre en avant les composantes du respect (p. ex., la confiance, l'empathie, la compassion, l'intégrité et l'honnêteté) en soulignant que le respect commence par la confiance et est lié à ces valeurs fondamentales.

La mise en œuvre de cette gouvernance collaborative et du dialogue coconstructif dans le réseau de la santé et des services sociaux vise à générer plusieurs impacts positifs :

- *Amélioration du bien-être des soignants* : En offrant un espace sécurisé pour exprimer et traiter les dilemmes éthiques, les soignants peuvent mieux gérer leur souffrance éthique.
- *Amélioration de la qualité des soins* : En coconstruisant des solutions et en évaluant leurs impacts sur les exigences légales, administratives et de qualité des soins, les décisions prises sont plus équilibrées et bien informées.
- *Renforcement de la cohésion et de la collaboration au sein des équipes* : En favorisant le soutien mutuel entre collègues et en créant des espaces de dialogue, les équipes de soins développent une meilleure solidarité et un engagement partagé entre les soignants et les gestionnaires pour améliorer les conditions de travail et les pratiques de soins.
- *Adaptabilité et agilité organisationnelle* : En anticipant les défis organisationnels et en coconstruisant des solutions en équipe, les structures de soins deviennent plus agiles et capables de s'adapter rapidement aux changements.
- *Prévention de la souffrance et promotion de la santé psychologique* : La démarche proactive visant à identifier et à traiter la souffrance éthique avant qu'elle ne devienne critique contribue à la prévention des problèmes de santé mentale chez les soignants.

Conclusion

Cet article veut montrer comment la souffrance des soignants a émergé à partir des réformes successives et prescrites du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. L'avènement de la pandémie de COVID-19 ainsi que le contexte difficile et complexe de la prestation de services ont entraîné une exacerbation de cette souffrance chez les soignants.

Notre démarche réflexive en groupe avec les professionnels du réseau a permis une analyse approfondie de la problématique de la souffrance des soignants en mettant en lumière les retombées des réformes antérieures ainsi que des impacts de la pandémie. Une exploration de la souffrance éthique telle qu'exprimée par les professionnels dans le groupe de dialogue a permis de dégager une compréhension des difficultés du dialogue en reconnaissant le tabou entourant ce sujet et en différenciant trois types de souffrance (psychologique, éthique et détresse morale). À partir de leur réflexion, les professionnels suggèrent une approche de gouvernance collaborative par le dialogue avec leurs gestionnaires comme solution pour atténuer leur souffrance.

En somme, l'impact global attendu de la gouvernance collaborative et du dialogue coconstructif est une transformation positive et durable du réseau de la santé et des services sociaux menant à un travail plus humain, autonome et agile. Ces changements devraient non seulement améliorer la qualité de vie des soignants, mais également rehausser la qualité des soins prodigués aux patients. Bien entendu, la gouvernance collaborative par le dialogue coconstructif, en tant que

solution aux dilemmes et aux conflits de valeurs, nécessite un engagement collectif des soignants et des gestionnaires pour relever ce défi. Pour que le dialogue produise des résultats positifs, il est essentiel de bénéficier d'un soutien politique permettant l'émergence de deux axes d'intervention : d'une part, la stratégie organisationnelle (gestion) et, d'autre part, la gouvernance collaborative par le dialogue, perçue comme un outil d'apprentissage et de recherche, fondée sur un modèle ascendant (bottom-up).

À chacun des soignants et gestionnaires revient la responsabilité d'instaurer un dialogue coconstructif éthique au sein de leur institution locale. Ce choix, libre et éclairé, implique une démarche réflexive et collective. Cet article suggère un plan d'action pour susciter l'engagement de tous et toutes. Envisager l'opportunité d'agir ensemble en faveur d'un changement positif et durable dans la compréhension et dans la gestion de la souffrance des soignants ne peut être qu'une démarche gagnante pour les professionnels, leurs gestionnaires et tous les patients et l'institution dans son ensemble.

RÉFÉRENCES

- Allard, É., Marcoux, I., Daneault, S., Duhoux, A., Bravo, G. et D. Guay. (2023). Réflexions issues de deux études sur la fin de vie en CHSLD durant la pandémie quant à la détresse de divers protagonistes. *Études sur la mort*. 159.
- Bégin, L. (2015). Le modèle professionnel québécois et les situations conflictuelles de loyautés multiples : quelques pistes de réflexion. Dans L. Bégin et J. Centeno (dir.), *Les loyautés multiples : mal-être au travail et enjeux éthiques* (p. 235-266). Nota bene.
- Béland, J.-P. (dir.). (2009). *La souffrance des soignants*. PUL.
- Béland, J.-P. (dir.). (2022). *Avis – Souffrance des soignants et des gestionnaires en tant qu'amorce d'un dialogue constructif pour relever les défis d'une gouvernance renouvelée dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) : pour un réseau plus humain, plus autonome et plus souple au Saguenay–Lac-Saint-Jean* [Document inédit]. Université du Québec à Chicoutimi.
- Béland, J.-P., Legault G. A., Patenaude J. et Tremblay M.-A. (2013). Outil dialogique : processus décisionnel en éthique clinique [Document inédit]. Université du Québec à Chicoutimi.
- Bellot, C., Bresson, M. et Jetté, C. (2013). *Le travail social et la nouvelle gestion publique*. PUL.
- Belquasmi, M. (2014). Introduction. Dans M. Boucher (dir.), *L'État social dans tous ses états : rationalisations, épreuves et réactions de l'intervention sociale* (p. 142-145). L'Harmattan.
- Bernard, S. et Lepage, I. (2021, 30 novembre). Nous sommes des humains qui soignons des humains. *Le Devoir*.
<https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/650661/libre-opinion-nous-sommes-des-humains-qui-soignent-des-humains>

- Bouchat, E. et O. Starquit (2013). La marginalisation des services publics, un pas vers la modernité ou un ver dans le fruit?. *Barricade, Culture d'alternative*. [https://www.barricade.be/sites/default/files/publications/pdf/2013manu - olivier - managerialisation.pdf](https://www.barricade.be/sites/default/files/publications/pdf/2013manu_-_olivier_-_managerialisation.pdf)
- Bourque, M., Grenier, J., Drouin-Soucy, F., Barbe, M. et Bilodeau, D. (2023). Les paradoxes du *Lean management* et les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux. Dans F. Gagnon, E. Martin et M.-H. Morin (dir.), *Le système de santé et de services sociaux au Québec : territorialité et santé des populations* (p. 119-128). PUQ.
- Chénard, J. et Grenier, J. (2012). Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité. *Intervention*, 136, 18-29. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_136_2_concilier_des_logiques.pdf#:~:text=Proposant%20de%20nouvelles%20logiques%20d%E2%80%99action%20qui
- Clermont, P. (2020, 7 mai). Omerta dans le réseau de la santé et des services sociaux. *La Revue*. <https://www.larevue.qc.ca/article/2020/05/07/omerta-dans-le-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux>
- Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (Avril, 2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*. Gouvernement du Québec.
- Comité d'éthique de la santé publique. (2021). *Avis sur la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé contre la COVID-19*. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3091-avis-vaccination-obligatoire-travailleurs-sante-covid19.pdf#:~:text=Une%20%C3%A9tude%20r%C3%A9cente%20de%20Gavagna%20et>
- Côté, N. et Freeman, A. (2023). L'évolution du travail professionnel dans le système de santé et de services sociaux : enjeux et perspectives. Dans F. Gagnon, E. Martin et M.-H. Morin (dir.), *Le système de santé et de services sociaux au Québec : territorialité et santé des populations* (p. 103-114). PUQ.
- Coutrot, T. (2015). Réorganisations du travail : un régime à bout de souffle. Dans Annie Thébaud-Mony (dir.), *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, (p. 151-11). La Découverte.
- De Gaujelac, V. et F. Hanique (2015). *Le capitalisme paradoxant, un système qui rend fou*. Seuil.
- Dejours, C. et A. Duarte (2018). *La souffrance au travail: révélateur des transformations de la société française*. Modern & Contemporary. <https://doi.org/10.1080/09639489.2018.1445707>
- Dierckx, C. et Gonin, A. (2015). Tensions éthiques dans le travail social aujourd'hui : au-delà des malaises récurrents, de nouveaux enjeux. Dans L. Bégin et J. Centeno (dir.), *Les loyautés multiples : mal-être au travail et enjeux éthiques* (p. 151-177). Nota bene.
- Drolet, M.J., et Ruest, M. (2021). *De l'Éthique à l'ergothérapie : Un cadre théorique et une méthode pour soutenir la pratique professionnelle*. PUQ.
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M.-O. et Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale? *L'Encéphale*, 46(3), S73-S80. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700620300762>
- Fillion, L., Truchon, M., L'Heureux, M., Gélinas, C., Bellemare, M., Langlois, L., Desbiens, J.-F., Dallaire, C., Dupuis, R., Roch, G. et Robitaille, M.-A. (2013). *Amélioration des services et des soins de fin de vie : mieux comprendre les effets sur la satisfaction et le bien-être des infirmières* [Rapport R-794]. IRSST, Gouvernement du Québec. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-794.pdf>
- Gabriel, O. (2019, 31 mars). Souffrance des soignants : « Pour un médecin avoir des états d'âme et en parler, c'est comme si on devenait incompétent ». *20 Minutes*. <https://www.20minutes.fr/sante/2482707-20190328-souffrance-soignants-medecin-avoir-etats-ame-parler-comme-si-devenait-incompetent>
- Girard, D. (2009). Conflits de valeurs et souffrances au travail. *Éthique publique*, 11(2), 129-138. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.119>
- Glaner, T. (2014). Art et art de faire : répercussions sur le développement identitaire des assistants sociaux. *Phronesis*, 3(3), 63-77. <https://doi.org/10.7202/1026395ar>
- Gollac, M. (2005). L'intensité du travail : formes et effets. *Revue économique*. 56(2), 195-216. <https://doi.org/10.3917/reco.562.0195>
- Gollac, M. et Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail*. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris.

- Gonin, A., Grenier, J. et Lapierre, J. (2012). Impasses éthiques des politiques sociales d'activation. *Nouvelles Pratiques sociales*, 25(1), 166-186. <https://doi.org/10.7202/1017389ar>
- Grenier, J., Bourque, M., Marchand, I., Monette Drévilleon, M.-F., Sisavath, A., Laau-Laurin, O. et Barbe, M. (2021). Réformes successives du système de santé et services sociaux au Québec et effets délétères de la pandémie : enjeux du travail émotionnel et de *care* pour les travailleuses sociales. *Intervention*, 154, 101-111. <https://doi.org/10.7202/1088310ar>
- Grenier, J., Bourque, M., avec la collaboration de N. St-Amour. (2014). *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec : la NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux*, UQO.
- Grenier, J., Bourque, M. et St-Amour, N. (2016). La souffrance psychique au travail : une affaire de gestion? *Intervention*. 144, 9-20. <https://revueintervention.org/numeros-en-ligne//144/la-souffrance-psychique-au-travail-une-affaire-de-gestion/>
- Hatzfeld, N. (2006). Ergonomie, productivité et usure au travail Une décennie de débats d'atelier à Peugeot-Sochaux (1995 – 2005) Actes de la recherche en sciences sociales. 5(165). 92-105. <https://doi.org/10.3917/arss.165.0092>.
- Huet, J.-M., de Pompignan, D. et Batt, J. (2013). Les pionniers de la nouvelle gestion publique. *L'Expansion Management Review*, 2(149), 113-121. <https://www.cairn.info/revue-l-expansion-management-review-2013-2-page-113.htm>
- Institut canadien d'information sur la santé (2022, novembre). *Surutilisation des examens et des traitements au Canada*. <https://www.cihi.ca/fr/surutilisation-des-examens-et-des-traitements-au-canada>
- Institut national de santé publique (INSPQ) (2018). Risques psychosociaux du travail : des risques à la santé mesurables et modifiables. Gouvernement du Québec.
- Lalonde, C. (2021, 26 avril). L'omerta est maintenue dans le système de santé québécois. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/599513/l-omerta-est-maintenue-dans-le-systeme-de-sante-quebecois>
- Lamothe, M. (2022, 14 janvier). Impuissance et solitude chez les intervenants en santé mentale. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/2022/01/17/impuissance-et-solitude-chez-les-intervenants-en-sante-mentale-cf27f330d00c13845d5d94635798d1cc>
- Larivière, C. (2013). Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public? *Intervention*, 136 (2012.1), 30-40. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_136_3_comment_les_ts.pdf
- Laurent, C., Baudry, J., Berriet-Sollic, M., Kirsch, M., Perraud, D., Tinel, B., Trouvé, A., Allsopp, N., Bonnafous, N., Burel, F., Carneiro, M. J., Giraud, C., Labarthe, P., Matose, F. et Ricroch, A. (2009). Pourquoi s'intéresser à la notion d'« evidence-based policy »? *Revue Tiers Monde*, 4(200), 853-873. <https://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2009-4-page-853.htm>
- Lavoie, L. (2021, 11 mai). L'omerta est toujours ressentie en santé. *Le Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2021/05/11/lomerta-est-toujours-ressentie-en-sante>
- Legault, G.-A. (1999). *Professionnalisme et délibération éthique* (1^{re} éd.). PUQ.
- Le Pain, I., Kirouav, L., Larose-Hébert, K. et Namiam, D. (2021). Les intervenants sociaux à l'aune de la nouvelle gestion publique : difficultés émotionnelles, relations professionnelles sous tension et collectifs de travail fragilisés. *Relations industrielles*, 76(3), 519-540. <https://doi.org/10.7202/1083611ar>
- Le Pain, I. et Larose-Hébert, K. (2022). Le travail émotionnel des intervenants en protection de l'enfance : implications pour les enfants et les familles. *Service social*, 68(1), 7-25. <https://doi.org/10.7202/1089867ar>
- McFadden, P. Campbell, A. et Taylor, B. (2015). Resilience and Burnout in Child Protection Social Work: Individual and Organisational Themes from a Systemic Literature Review. *British Journal of Social Work*. 45(5), 1546-1563. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw051>
- Parazelli, M. (1992). La *productique sociale* : un point de vue communautaire sur les risques sociaux du chapitre 42 des lois du Québec (loi 120). *Service social*, 41(1), 127-142. <https://doi.org/10.7202/706561ar>
- Patenaude, J. (2001). L'éthique comme compétence clinique : modélisation d'une approche dialogique. *Pédagogie médicale*, 2(2), 71-80. <https://doi.org/10.1051/pmed:2001020>

- Pauzé, M. (2016). Regard sur le social et la souffrance psychique : réflexion sur les enjeux actuels auxquels font face les travailleurs sociaux œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. *Intervention*, 144, 21-27. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2016/11/ri_144_pauze.pdf
- Poirier, D. (2009). De la souffrance au dialogue. Dans J.-P. Béland (dir.), *La souffrance des soignants* (p. 21-42). PUL.
- Richard, S. (2013). L'autonomie et l'exercice du jugement professionnel chez les travailleuses sociales : substrat d'un corpus bibliographique. *Reflète : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(2), 111-139. <https://doi.org/10.7202/1021182ar>
- Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La Nouvelle Revue du Travail*, 3(2013). <https://doi.org/10.4000/nrt.1042>
- Statistique Canada. (2022). *Les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie COVID-19, septembre à novembre 2021*. Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220603/dq220603a-fra.htm>
- Styra, R., Hawryluck, L., McGeer, A., Dimas, M., Lam, E., Giacobbe, P., Lorello, G., Dattani, N., Sheen, J., Rac, V. E., Francis, T., Wu, P. E., Luk, W.-S., Nadarajah, J. et Gold, W. L. (2022). Soutien aux travailleurs de la santé et détresse psychologique : réflexion sur la situation actuelle et la période suivant la pandémie de COVID-19 [Recherche quantitative originale]. *Revue PMPNC*, 42(10), 475-495. <https://10.24095/hpcdp.42.10.01f>
- Supiot, A. (2011). *Critique du droit du travail*. PUF.
- Trudel, L., Simard, C., Vornax, N., Vézina, M., Vinet, A., Brisson, C. et Bourbonnais, R. (2009). Contraintes à l'œuvre et sujets à l'épreuve : la détresse psychologique au travail montre des sujets en quête de rapports sociaux renouvelés par le dialogue. Dans J.-P. Béland (dir.), *La souffrance des soignants* (p. 43-72). PUL.
- Valeyre, A. (2007, octobre). Les conditions de travail des salariés dans l'Union européenne à quinze selon les formes d'organisation. *Travail et emploi (En ligne)*.

ANNEXE



Outil dialogique : processus décisionnel en éthique clinique (Béland, J.P., Legault, G., Patenaude, J. et Tremblay, M. 2013)

1. Perception générale du problème qui génère la souffrance morale chez les soignants

1.1 Quels sont les faits qui font surgir le problème?

- i. Quelle est la situation clinique...
 - sur le plan médical (diagnostic, pronostic, thérapeutique)?
 - sur le plan des autres dimensions cliniques (psychosocial, réadaptation, administratif, etc.)?
- ii. Quels sont les faits qui génèrent le questionnement?
- iii. Quelles sont les options envisagées à partir de l'analyse des conséquences de chacune pour résoudre le problème?

1.2 Qualification du problème

Les faits ou l'option envisagée soulèvent-ils un problème :

- i) d'ordre juridique (droits des personnes);
- ii) organisationnel (conformité à l'organisation du travail et aux politiques administratives);
- iii) déontologique (conformité aux normes et aux bonnes pratiques); et/ou
- iv) éthique (souci des conséquences de l'intervention sur les personnes impliquées)?

2. Formulation du dilemme en éthique

2.1 Identification de l'option (faire A ou faire non-A?) qui sera soumise à l'évaluation éthique

2.2 Identification des conséquences positives et négatives de chaque partie du dilemme sur l'ensemble des personnes impliquées

3. Méthode de délibération pour créer le sens de la meilleure option

3.1 Évaluation :

- i) Identification des valeurs de référence pour évaluer les impacts positifs ou négatifs de la meilleure option
- ii) Association des valeurs de référence aux impacts positifs et négatifs retenus en 2.2
- iii) Détermination du degré d'augmentation ou de diminution de ces valeurs de référence
- iv) Établissement de l'opposition entre les valeurs augmentées et les valeurs diminuées par les impacts de cette décision
- v) Identification du principal conflit de valeurs (la valeur visée c. la valeur non visée) dans la décision

3.2 Pondération :

- i) Détermination de la valeur prioritaire
- ii) Justification à partir des raisons précisant la priorité accordée

4. Plan d'action

Préciser les modalités pour implanter la décision qui maximisent le plus possible les conséquences valorisées et qui minimisent les conséquences non valorisées

5. Retour sur l'implantation, si nécessaire.

Source : Béliand, J-P, Legault G. A., Patenaude J. et Tremblay M.-A. (2013). Outil dialogique : processus décisionnel en éthique clinique [Document inédit]. Université du Québec à Chicoutimi