

Université de Montréal

Remédier à la violence structurelle vécue par le personnel infirmier dans le système de santé au
Québec

Une éthique organisationnelle basée sur le care pour des conditions de travail plus justes

Par

Chaimae Samih

Département de médecine sociale et préventive de l'École de Santé Publique, Bioéthique

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Arts (M.A.)

en bioéthique, option Éthique des politiques de santé

Mai 2022

© Chaimae Samih, 2022

Université de Montréal

Unité académique : Département de médecine sociale et préventive, École de Santé Publique

Ce mémoire intitulé

Remédier à la violence structurelle vécue par les infirmières dans le système de santé au Québec

Une éthique organisationnelle basée sur le care pour des conditions de travail plus justes

Présenté par

Chaimae Samih

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Emmanuelle Marceau

Président-rapporteur

Bryn Williams-Jones

Directeur de recherche

Chantal Caux

Membre du jury

Résumé

La pandémie de COVID-19 a porté à notre attention de nombreux problèmes dans notre système de santé, dont les mauvaises conditions de travail des infirmières. Ce problème persiste pourtant depuis des dizaines d'années. Le but de ce travail est d'examiner la nature et la persistance des mauvaises conditions de travail du personnel infirmier à travers une analyse éthique critique de la violence. Il met en lumière la violence structurelle qui chapeaute les mauvaises conditions de travail du personnel infirmier et les redéfinit comme le produit d'injustices sociales plus profondes. Le concept de violence structurelle et l'éthique du *care* nous amènent à adopter différentes perspectives pour expliquer l'origine des injustices et proposer des pistes de solutions durables à ce problème qui persiste. Ces perspectives soulèvent des enjeux éthiques d'inégalités sociales, de responsabilité et de justice qui affectent le quotidien des infirmières dans un contexte organisationnel particulier.

Notre analyse sur la violence structurelle révèle de nombreuses injustices construites sur l'histoire des infirmières. Nous retraçons trois événements majeurs qui ont transformé les pratiques soignantes et contribué à réduire les infirmières à de multiples hiérarchies sociales et inégalités. Les rôles de l'institutionnalisation des soins par l'Église, de la médicalisation et de l'étatisation sont soulevés. Les injustices liées au genre féminin, au travail du soin et à l'instrumentalisation des soignantes sont d'abord abordées. Également, dans notre analyse de la violence organisationnelle dans les institutions de soin actuelles, ce sont des injustices liées aux nouvelles normes de soins et pratiques de gestion qui émergent pour expliquer les contraintes et la déshumanisation des soins chez le personnel infirmier.

Tout au long du travail, les enjeux d'inégalités de pouvoir et de responsabilité sont soulignés. Ainsi, nous proposons que les organisations de santé actuelles entament une transition vers un système de santé apprenant axé sur la responsabilité partagée et la justice sociale. Nous proposons cinq recommandations inspirées du cadre éthique pour un système de santé apprenant qui permettraient de transformer des milieux de soin violents en milieux davantage sains et justes. Nous concluons ce travail avec une discussion ouverte sur la responsabilité partagée à l'égard d'autres enjeux en santé.

Mots-clés : conditions de travail, infirmière, violence structurelle, éthique du *care*, justice

Abstract

The COVID-19 pandemic has brought to our attention many problems in our healthcare system including nurse's poor working conditions. Perhaps, this problem has persisted for decades. The purpose of this work is to investigate the nature and persistence of nurse's poor working conditions through a critical ethical analysis of violence. It highlights the structural violence that underlies nurse's poor working conditions and redefines them as the product of deeper social injustices. The concept of structural violence and the ethics of care lead us to adopt different perspectives to explain the origin of injustices and to propose sustainable solutions to this persistent problem. These perspectives raise ethical issues of social inequities, accountability and justice that affect the daily lives of nurses in a particular organizational context.

Our analysis of structural violence reveals many injustices built on nurse's history. We trace three major events that transformed nursing practices and contributed to the reduction of nurses to multiple social hierarchies and inequalities. The roles of the institutionalization of care by the Church, medicalization and the power of the state are raised. The injustices related to female gender, care work and the instrumentalization of caregivers are first discussed. Also, in our analysis of organizational violence in today's health care institutions, injustices related to new standards of care and management practices are highlighted to explain the constraints and dehumanization of care in nurse's practice.

Throughout the analysis, issues of power and responsibility inequalities are highlighted. Thus, we propose that current healthcare organizations initiate a transition toward a learning healthcare system focused on shared responsibility and social justice. We propose five recommendations inspired by the ethical framework for a learning health system that would transform violent health care environments into more healthy and just ones. We conclude this work with an open discussion of shared responsibility for other health issues.

Keywords: working conditions, nursing, structural violence, ethics of care, justice

Table des matières

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	IV
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	VIII
REMERCIEMENTS	X
AVANT-PROPOS	XI
INTRODUCTION	1
PLAN DU MÉMOIRE	3
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	5
PORTRAIT DES INFIRMIÈRES AU QUÉBEC.....	7
CONDITIONS DE TRAVAIL INFIRMIÈRES : UNE VIOLENCE SYSTÉMIQUE.....	9
<i>Portrait des conditions de travail du personnel infirmier</i>	10
<i>Travailler dans un environnement violent : une première explication à l'existence des mauvaises CDT</i>	13
<i>Des conséquences systémiques</i>	15
CHAPITRE 2 – CADRES CONCEPTUELS ET APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES	19
LE CONCEPT DE VIOLENCE STRUCTURELLE	19
LE CADRE ÉTHIQUE DU <i>CARE</i>	24
<i>Le care</i>	25
<i>Approche méthodologique basée sur les quatre phases du care</i>	29
IMPLICATIONS : FORCES ET LIMITES	31
CHAPITRE 3. DÉCONSTRUIRE LA VIOLENCE STRUCTURELLE VÉCUE PAR LES INFIRMIÈRES DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS	34
LE RÔLE DES CONDITIONS HISTORIQUES ET DE LA CONDITION FÉMININE	35
<i>Le care aux femmes</i>	35
<i>Des femmes institutionnalisées pour soigner</i>	36
<i>Des soignantes au service de l'autorité médicale</i>	38
LA VIOLENCE ORGANISATIONNELLE : LE PERSONNEL INFIRMIER DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ DÉSHUMANISÉ.....	42
<i>La suite de l'histoire</i>	42
<i>Des nouvelles contraintes qui empêchent de bien soigner : un conflit de responsabilités</i>	43
<i>La déshumanisation : exploitation et silence organisationnel</i>	47
CHAPITRE 4 : RECOMMANDATIONS ET DISCUSSION	50
VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ APPRENANT : DES RESPONSABILITÉS PARTAGÉES DANS DES ORGANISATIONS DE SOINS PLUS JUSTES	51
DISCUSSION.....	56
LISTE DES RÉFÉRENCES	58
ANNEXE 1 : L'EXPÉRIENCE DE L'AM-007	66
ANNEXE 2 : L'EXPÉRIENCE DES INÉGALITÉS EN CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE	68

**ANNEXE 3 : L'EXPÉRIENCE DES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES ET DU POUVOIR
DISCIPLINAIRE 70**

Liste des figures

Figure 1: Schéma du plan d'analyse.....	3
Figure 2 : Schéma du plan d'analyse (suite)	15

Liste des sigles et abréviations

BAC : Baccalauréat

CH : Centre hospitalier

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CDT : Conditions de travail

CEPI : Candidate à l'exercice de la profession infirmière

DEC : Diplôme d'études collégiales

DEP : Diplôme d'études professionnelles

FIQ : Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

OIIAQ : Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PAB : préposés et préposées aux bénéficiaires

TSO : Temps supplémentaire obligatoire

« Là où la violence est la réponse

Là où la violence est le moteur »

- SCH

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon équipe du 6^e étage. À Larbi, mon mentor, qui m'a accueillie et accompagnée sur le plancher depuis mon externat et m'a beaucoup inspirée par ses idées critiques et sages, un grand merci pour tes encouragements. Merci à Isabelle, une cheffe en or qui a gardé son cœur d'infirmière et qui m'a encouragée dans mes études. Surtout, merci d'avoir approuvé mes congés pour études sans quoi ce travail n'aurait probablement jamais été possible.

Je remercie les excellent-e-s professeur-e-s que j'ai croisé-e-s durant mon parcours aux cycles supérieurs, qui m'ont appris à réfléchir autrement et accepter aussi que je réfléchisse autrement. Un merci très spécial aux professeur-e-s Barthélémy Kuate Defo, Sylvie Fortin et Stéphanie Fox qui ont vu mon potentiel alors que je ne m'imaginai pas poursuivre des études à la maîtrise. Je vous suis reconnaissante pour vos mots positifs et l'estime que vous avez portée à mon égard.

Un énorme merci au professeur Bryn Williams-Jones pour ses précieux conseils, son ouverture d'esprit et son engouement pour mon travail. Ce fut très agréable de travailler avec toi. Merci pour tes idées inspirantes et ta passion contagieuse.

Merci à mes proches qui m'ont appuyée durant cette période pas toujours facile et qui ont supporté mes hauts et mes bas autant au travail durant la pandémie que durant la rédaction de ce mémoire. Merci à Yannis et à Aichou qui ont dû m'écouter parler de mon mémoire pendant plus d'un an.

Je tiens finalement à remercier toutes les personnes qui ont contribué à ce travail de près ou de loin et toutes celles qui ont contribué à mes expériences enrichissantes au quotidien.

Avant-propos

Ce mémoire a été inspiré de mon expérience en tant qu'infirmière clinicienne au service d'un centre hospitalier (CH) montréalais ainsi que de ma brève expérience dans l'organisation syndicale des professionnelles en soin, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). J'écris ce mémoire en pleine pandémie de COVID-19 en travaillant au fil des vagues d'infections tout en faisant des études aux cycles supérieurs.

Depuis que j'ai joint le marché de l'emploi en milieu hospitalier en 2018 à titre de candidate à la profession infirmière (CEPI), j'ai été confrontée à des questionnements importants. Ma pratique professionnelle m'a en effet amenée très tôt à remettre en question tellement de pratiques, de politiques, d'approches dans le milieu hospitalier. Je me questionnais notamment sur mon identité professionnelle, mon contexte de travail, la valeur de la profession que j'avais choisie d'exercer, la qualité des soins prodigués aux personnes hospitalisées, ma mission en tant qu'infirmière et celle du système de santé dans son ensemble.

Je sortais de mon baccalauréat (BAC) en sciences infirmières bien naïve quant à la réalité du terrain et je me sentais dépassée par cette réalité à laquelle je n'étais pas préparée. Pourquoi dois-je faire des tâches qui ne rejoignent pas mes compétences et mon expertise ? Pourquoi je ne participe pas aux prises de décisions concernant mes patients ? Pourquoi on me dit de laisser tomber lorsque je pose des questions sur les façons de faire ? Pourquoi on m'encourage autant à poursuivre mes études pour échapper au plancher ? Ce sont ces remises en question qui m'ont amenée à réfléchir sur la condition infirmière, son statut, son traitement dans son propre milieu d'expertise et de mettre des mots sur cette détresse que je vivais, cette détresse que nombre de collègues infirmières partout dans le monde connaissent et qui fait fuir celles qui peuvent se le permettre.

Au début de mon orientation, mes collègues essayaient de me faire comprendre qu'il était impossible de remplir les exigences de la profession comme je l'ai appris après trois ans de formation universitaire « parce qu'on n'est pas à l'école, on est dans la vraie vie. Il y a le diplôme et il y a le métier. Tu ne peux passer 10 minutes dans la chambre d'un patient pour l'écouter, tu n'as pas le temps. Arrête de te poser trop de questions ». Une préposée aux bénéficiaires (PAB) me disait que j'avais un BAC, de continuer mes études et de fuir l'hôpital, car je valais mieux que ça. D'accord ? Mais comment fermer les yeux sur ce qui ne va pas ? Comment ignorer le problème,

la souffrance et l'exaspération de mes collègues que je commençais à vivre aussi au fur et à mesure que je perdais mes privilèges d'infirmière novice, que je faisais de plus en plus de temps supplémentaires obligatoires (TSO) sans que je n'aie de mot à dire. Est-ce que c'est normal ?

Je pensais à mon futur en regardant mes collègues qui me trouvent trop idéaliste (comme si exiger le minimum était idéaliste, mais bon). Ils me conseillaient de penser à moi et de chercher un travail qui allait me permettre de « prendre ma tasse de café le matin sans pression et sans stress de tout ça [en pointant les murs du poste infirmier]. T'es encore jeune. Fais autre chose ». Et je ne pouvais m'empêcher de me questionner encore : pourquoi me disent-ils cela ? Devrais-je aussi à 50 ans travailler dans de telles conditions, découragée, devoir expliquer à mes enfants que je ne peux pas rentrer à la maison à cause du travail, adhérer au régime d'invalidité quand je serais en *burn-out*, m'épuiser en temps supplémentaire parce que j'ai besoin d'argent ? Devrais-je fermer les yeux sur les injustices que je déplore aujourd'hui ? Devrais-je bâtir une carapace d'indifférence, une acceptation banalisant mes conditions de travail (CDT) qui m'empêchent de bien soigner comme mes collègues plus anciens... Évidemment, tout ceci sonne très pessimiste et presque fataliste, mais ce sont des questions que je me suis réellement posées face à certaines situations. Il demeure que j'adore mon travail d'infirmière, alors je finirais par m'habituer j'imagine.

C'est en entamant mes cours à la maîtrise, en explorant mes intérêts de recherche que le professeur Bryn Williams-Jones m'a aidée à trouver les mots pour qualifier les difficultés et les souffrances que je tentais de décrire dans un de mes premiers travaux – la violence structurelle ! Lorsque j'ai présenté la notion de violence structurelle comme sujet de ma recherche sur le plancher, je me souviens qu'une collègue m'a dit que j'avais « ouvert la boîte noire du système de santé ». D'autres étaient plus choquées et perplexes du terme violence, car elles ne la voient pas. En faisant des liens entre mes travaux et ma réalité, j'ai compris que cette violence, elle leur était invisible, elle était naturelle.

Mes expériences et mes perspectives infirmières ont beaucoup influencé ma réflexion dans le cadre de ce travail. Ayant moi-même goûté aux fruits de la violence structurelle qui imprègnent mes conditions de travail, j'ai pu apprécier l'impuissance et l'injustice qu'elle crée au sein de ma profession et sur ma propre personne. D'ailleurs, je me souviens et me souviendrais toujours de mon premier temps supplémentaire obligatoire (TSO) quand on m'a annoncé que je serai obligée de continuer à travailler la nuit. Le coordonnateur d'activités m'avait dit que je devais rester la

nuit, que je n'avais pas le choix. Je suis restée silencieuse parce qu'on m'avait dit que je ne n'avais pas le choix. C'était comme ça, c'était mon tour. Je n'avais jamais travaillé 16h d'affilée. Est-ce je serai capable ? Est-ce que je serai sécuritaire pour mes patients ? Et si je commets des erreurs ? Est-ce que c'est légal même ?

Le TSO n'est qu'un exemple de pratique qui m'a fait ressentir de l'injustice, car ce sentiment qui nous donne envie de tout quitter, qui nous frustre, nous fait stresser, je l'ai ressenti maintes fois. J'ai pu comprendre que les expériences négatives je vivais au travail étaient liées à une violence structurelle ; qu'il s'agit de cette violence qui m'empêche de donner les meilleurs soins à mes patients comme tout simplement prendre le temps de les écouter sans stresser du peu temps que j'ai pour le faire. J'ai pu comprendre qu'il s'agit de cette violence qui fait de nous, le personnel infirmier et d'autres professionnels également, des numéros dans le système, qui fait de nous des personnes facilement substituables comme si tout le travail et les sacrifices que nous faisons sont négligeables. J'ai pu comprendre qu'il s'agit de cette violence structurelle qui nous laisse souvent dans l'ombre et qui nous maintient dans des conditions de travail déshumanisantes pour nous et les personnes que nous soignons.

Je me suis d'ailleurs impliquée dans mon syndicat afin de tenter de changer les choses, améliorer les CDT en représentant mes collègues. Et, c'est alors que je me suis rendu compte de l'ampleur d'une violence structurelle que j'étais loin de soupçonner, cette violence produite par un système monstrueux, compliqué et loin des êtres humains qui nous empêche de porter les problèmes à un niveau plus important, car les personnes qui ont le pouvoir de nous soutenir minimisent nos problèmes et ne voient pas du tout pourquoi « on chiale ». Après mon passage au syndicat, j'ai reconnu la chance que j'ai eue d'avoir une gestionnaire bienveillante qui me laissait m'exprimer sans craindre des menaces ou des représailles. J'avais découvert une autre facette de la violence structurelle dans le système de santé, celle qui traite les individus comme des enfants qu'il faut punir au moindre écart de conduite ou désaccord, qui minimise les difficultés et les souffrances qu'on tente de lui communiquer même lorsque c'est pour l'intérêt des patients.

Si les conditions infirmières se dégradent de plus en plus malgré les données probantes et les plaidoyers de nombreux organismes, c'est que peut-être nous ne les abordons pas de la bonne manière ou avec les bons mots. Et, c'est peut-être ce qui explique aussi l'inaction de beaucoup d'acteurs malgré les conséquences préoccupantes pour notre système de santé et pour les êtres

humains qui y évoluent. Les leaders politiques semblent complètement déconnectés du terrain. Les gestionnaires semblent parfois impuissants, parfois insensibles ou plus préoccupés à rendre des comptes aux « gens d'en haut ». Les syndicats semblent trop loin de leurs membres et pour plusieurs « ils ne font rien ». J'ai d'ailleurs réalisé que s'ils ne font rien ou plutôt si rien n'est fait, c'est parce qu'ils se heurtent à une organisation qui dit les entendre, mais qui ne les écoute pas. Alors à qui d'agir ? Nos ordres professionnels ? La santé publique ? Même dans le cadre académique, j'ai déjà perçu le malaise de certains collègues lorsque je les prévenais du risque de surcharger les infirmières lorsqu'ils proposaient de leur déléguer des tâches supplémentaires. Peut-être qu'ils ne savent pas ce que c'est qu'être infirmière exactement.

Si tant d'infirmières quittent le réseau public et parfois la profession, c'est qu'elles ne sont pas assez reconnues. C'est qu'elles ne peuvent pas soigner dans la dignité, l'intégrité et le respect. Et c'est parce qu'il y a toute une violence derrière qu'on refuse de voir. Infirmière que je suis, je ne peux constater un besoin/problème qui cause autant de souffrance à tant de personnes sans l'évaluer et sans intervenir. J'ai vu des collègues s'indigner et menacer de démissionner à cause de leurs CDT. J'en ai vu littéralement courir hors du poste infirmier pour s'éviter un TSO et moi aussi je l'ai fait : « vite je m'en vais avant que la coordo me voie et me coince dans les escaliers » ; j'avais vu un de mes collègues pris en otage dans la cage d'escalier par deux gestionnaires pour aller faire un TSO sur un autre étage alors qu'il quittait pour rentrer chez lui après son quart de travail.

J'ai également vu des patients s'indigner et s'isoler parce que le système de santé les déshumanise, nous critiquer, car on ne les voit qu'une fois durant le quart de travail et qu'on disparaît comme si nous faisons exprès de les éviter. J'ai vu des patients décompenser durant la première vague de COVID-19 parce qu'ils étaient déshydratés et dénutris. Je me souviens avoir débarrassé des plateaux du diner encore couverts et froids juste avant l'heure du souper parce qu'on manquait de personnel pour les assister à s'alimenter. J'ai vu des patients signer des refus de traitement, car on leur refusait l'accès à une douche « à cause de la Covid » ou parce qu'on les isolait pendant des jours sans qu'ils ne puissent en sortir sauf pour des examens médicaux. Je me souviens encore de cet homme qui nous suppliait de vouloir se laver les cheveux. Il a été hospitalisé pendant 43 jours sans avoir pris une douche dans une chambre sombre où une machine à pression négative ébruitait sa pénible symphonie de jour comme de nuit. Je me souviens l'avoir accueilli sur l'étage son

premier soir souriant faisant des blagues avec lui. Il n'était plus le même homme quelques semaines plus tard. Avons-nous vraiment pris soin de lui ? Et de tous les autres ?

J'ai vu des familles qui nous remerciaient de nos bons soins et d'autres qui nous accusaient de faire souffrir leur proche sans que je ne puisse vraiment les contredire. Oui, il arrive qu'on les fasse souffrir autant qu'on souffre aussi. Et ce qui me fait peur, c'est qu'un jour ça ne me fasse plus rien, que ça devienne banal comme ça l'est déjà pour plusieurs. Aujourd'hui, en 2022, j'ai constaté que les patients et leur famille sont beaucoup plus reconnaissants qu'avant la pandémie, dans le sens où ils prennent le temps de nous montrer davantage leur gratitude. Ils nous remercient beaucoup plus, ils s'excusent quand ils prennent de notre temps (ce qu'ils n'ont pas du tout à faire). Et, je me demande quand les gens au pouvoir, les décideurs, gestionnaires et politiciens prendront le temps de nous montrer davantage leur gratitude et de s'excuser quand ils prennent de notre temps... ce temps dont nous avons besoin pour mieux soigner nos patients.

Je suis entrée dans la profession infirmière en ayant conscience des défis pour les patients sans m'imaginer qu'il y avait aussi des défis pour l'ensemble de notre système de santé, pour notre société et les valeurs qui la guident. Si nous voulons réhumaniser les soins, nous devrions réfléchir avant tout aux CDT déshumanisantes dans lesquelles on soigne. Pourquoi ne pas porter le regard sur ces conditions et sur les êtres humains qui les entourent ? Ces conditions, elles ne me touchent pas que moi, mes collègues ou les infirmières dans le monde entier. Elles touchent également toute la population lorsque des milliers de chirurgies sont reportées ou qu'elle doit contribuer aux efforts collectifs durant une pandémie parce que le système « manque de bras ». Ces défis nécessitent que l'on intervienne, que l'on *care* réellement en réfléchissant à des solutions concrètes qui auront un impact réel dans la vie quotidienne. Ce travail constitue une occasion de penser à soigner notre système de santé qui est en souffrance depuis trop longtemps en soignant surtout l'environnement de travail de celles qui ont fait du soin leur profession et leur gagne-pain quotidien.

Introduction

En mars 2020, la pandémie de COVID-19 se déclarait et apportait avec elle des bouleversements importants sur toutes les sphères de notre société. Au Québec, comme ailleurs dans le monde, le système de santé, dont son personnel infirmier, ont été des plus touchés par les conséquences engendrées par la crise sanitaire et peinent, deux ans plus tard, à répondre aux besoins de soins et de services auprès de la population. La situation des hôpitaux et de son personnel infirmier devenaient tout aussi inquiétante que le nombre de décès ou de cas d'infections quotidiens alors que l'on annonçait démissions, pénurie, exode vers le privé, temps supplémentaire obligatoire (TSO), normes de travail indécentes, bris de service, fermeture des urgences (1,2). Dans de nombreux pays, le personnel infirmier a été sévèrement affecté par la pandémie. Au Pakistan, au Danemark, en Corée du Sud, en Égypte ou au Royaume-Uni, les infirmières ont subi l'effet COVID-19 : « un traumatisme de masse du personnel infirmier » (3) qui est « un traumatisme professionnel unique et complexe touchant les effectifs infirmiers à l'échelon mondial » (4).

Les lacunes préexistantes des systèmes de santé combinées aux effets de la pandémie ont entraîné des pressions énormes sur les soignantes¹, détériorant de manière significative leurs conditions de travail (CDT) et leur santé (3–5). Les CDT durant la crise sanitaire ont été caractérisées par le stress, le manque de ressources, la surcharge de travail et l'épuisement professionnel – et ces conditions ont causé des répercussions physiques, émotionnelles et psychiques (4–7). Elles ont même entraîné une hausse de départ chez les infirmières en 2020 exacerbant ainsi la pénurie mondiale d'infirmières que l'on estimait déjà à un déficit de 6 millions d'effectifs (3). Le Conseil international des infirmières estimait que 10-15 % des infirmières auraient démissionné suivant la pandémie de COVID-19 selon les données recueillies auprès de plus de 130 associations infirmières à travers le monde (4). La province du Québec ne fait pas exception. Après la première vague de la pandémie, plus de 1700 infirmières ont démissionné du réseau public et les CDT dans lesquelles elles ont exercé y ont grandement contribué (8).

Bien que le système de santé ait connu une plus grande pression avec la crise sanitaire, les conditions difficiles dans lesquelles exercent les infirmières ne constituent pas des défis nouveaux au Québec comme à l'international (6,9–11). Le contexte de pandémie a effectivement créé des

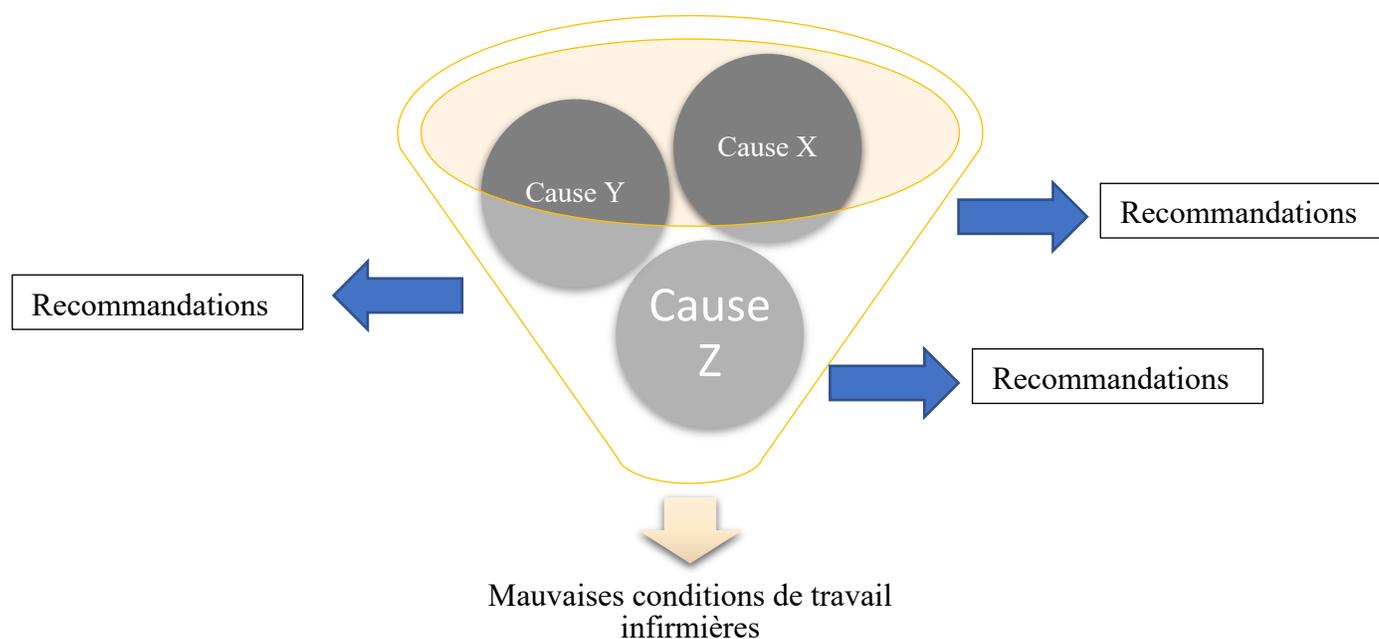
¹ Dans ce document, l'usage du féminin est privilégié pour désigner la population infirmière.

contraintes supplémentaires pour les infirmières, mais il a également permis de sortir de l'ombre des problèmes existants et de saisir l'impact des difficultés des systèmes de santé fragilisés au fil des années (3,4,9). La pandémie de COVID-19 a également été porteuse d'une occasion de réflexion à saisir; une réflexion nécessaire sur l'état de notre système de santé et sur le rôle, le statut, la place et la valeur des soignantes dans celui-ci (9). Tout comme cette pandémie nous a conscientisés sur le traitement de nos aînés dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et leur place dans notre société, elle a ouvert d'autres réflexions à tenir notamment sur notre conception hospitalo-centriste du système de santé ou encore le manque d'humanisation des CDT du personnel en santé (6).

Le travail qui suit saisit cette occasion de réflexion pour aborder le problème des CDT déshumanisantes du personnel infirmier à travers une perspective éthique critique sur la violence. Les CDT du personnel infirmier sont qualifiées comme étant non sécuritaires, inhumaines, inacceptables et sous-optimales par de nombreux auteurs et autorités publiques (5–7,9,11–20). Malgré les nombreuses connaissances sur ce sujet, les CDT nuisibles des infirmières continuent d'être tolérées par le personnel infirmier lui-même, la santé publique, le gouvernement et d'autres acteurs concernés, alors que nous connaissons leurs conséquences préoccupantes, notamment sur la santé des infirmières et sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. Comment expliquer que, malgré l'existence de données probantes sur l'ampleur du problème des mauvaises CDT et de la violence qui y est liée le personnel infirmier continue de vivre des injustices dans l'exercice de leur travail ?

Ce travail questionne donc la raison d'être des mauvaises CDT et cherche à comprendre ce qui les cause dans le but de proposer des recommandations qui touchent directement les facteurs en amont des CDT nuisibles (voir figure 1). L'objectif principal de ce mémoire est d'éclairer sur certains facteurs ou phénomènes en cause dans les mauvaises CDT infirmières à travers les perspectives du *care*. Il mobilise en effet le cadre éthique du *care* et le concept de violence structurelle pour éclairer les injustices responsables dans la problématique des mauvaises CDT des infirmières. Ce travail constitue un processus de réflexion et d'analyse qui fera émerger différentes formes d'injustices comme causes responsables des CDT infirmières nuisibles auxquelles nous proposerons des recommandations qui vise à pallier directement ces injustices.

Figure 1: Schéma du plan d'analyse



Plan du mémoire

Ce présent mémoire est composé de quatre chapitres. Dans le premier chapitre, nous explorons les enjeux liés aux mauvaises CDT infirmières. En premier lieu, nous soulèverons quelques constats préoccupants suivant le contexte de crise sanitaire au Québec qui a inspiré l'intérêt de ce travail et l'attention portée vers ce problème spécifique. Nous définirons notre population à l'étude, soit le personnel infirmier, ainsi que la notion de « conditions de travail ». Puis, nous présenterons une revue de la littérature concernant les CDT infirmières et soulignerons la violence au travail inhérente à ces conditions. Nous exposerons le rapport entre de mauvaises CDT et la violence structurelle. Ensuite, nous conclurons sur l'ampleur de la problématique en exposant les impacts systémiques des mauvaises CDT infirmières.

Dans le deuxième chapitre, nous poserons les cadres conceptuels et éléments méthodologiques qui guident l'analyse critique que nous poursuivrons. Dans un premier temps, le concept de violence structurelle sera défini pour mieux comprendre le rôle de la violence, des structures et des jeux de pouvoir dans le problème des CDT nuisibles. Nous définirons dès lors les CDT comme des injustices inhérentes aux structures sociales inégalitaires. Dans un deuxième temps, le cadre

éthique du *care* sera présenté afin de dresser les perspectives, approches et méthodes qui guident le processus d'analyse. Les quatre phases du *care* y seront notamment présentées pour expliquer notre processus de réflexion et d'analyse menant à des recommandations visant la responsabilité partagée dans un système de santé apprenant. Les forces et limites du travail seront aussi discutées en fin de chapitre.

Le troisième chapitre nous amènera dans le cœur de l'analyse des injustices liées aux CDT infirmières. Ce chapitre déconstruit la violence structurelle faite aux infirmières à travers l'analyse des différentes formes de hiérarchies, de fardeaux de responsabilité et de déshumanisation dans le système de santé introduites à travers l'histoire des soignantes et perpétrées dans les pratiques infirmières quotidiennes. Ce chapitre se divise en deux parties. Dans la première section de l'analyse, ce sont les structures sociales inégalitaires bâties sur une histoire d'oppression qui seront en premier lieu investiguées. Une revisite sociohistorique du travail infirmier sera faite afin de comprendre le développement des professions infirmières et mieux situer leur travail et leur place sociale en regard à l'activité du soin dans les institutions de santé. Dans la deuxième section, nous analyserons comment la structure organisationnelle des institutions de santé actuelle crée des injustices sous forme de contraintes, de fardeaux de responsabilité et de déshumanisation affectant la pratique infirmière. Les différents conflits entre les valeurs et responsabilités infirmières de *care* et celles de l'idéologie gestionnaire qui génèrent les contraintes organisationnelles sont soulignés.

Dans le dernier chapitre, nous proposons le cadre éthique pour un système apprenant comme solution globale qui vise à transformer les organisations de santé en structures plus justes. Nous proposons cinq recommandations traduites en responsabilités partagées qui visent à pallier les mauvaises CDT infirmières. Finalement, nous discuterons des apprentissages faits au travers de ce travail et de leurs apports dans d'autres questions de santé.

Chapitre 1 : Problématique

Avec l'arrivée d'un nouveau coronavirus sur le territoire du Québec, le gouvernement provincial a déclaré l'état d'urgence sanitaire le 21 mars 2020. Cette déclaration a été accompagnée de nombreuses prescriptions ministérielles reposant sur la *Loi sur la santé publique*. À cet effet, le gouvernement du Québec ordonnait l'arrêté ministériel 2020-007 (AM-007) permettant que « les dispositions nationales et locales des conventions collectives en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux de même que les conditions de travail applicables au personnel salarié non syndiqué soient modifiées, afin de permettre à l'employeur de répondre aux besoins de la population » (21). En bref, les conventions collectives qui régissent certaines CDT et assurent entre autres le respect des droits des salariées, tels que l'aménagement du temps de travail consenti ou encore le règlement de griefs, sont suspendues (21,22).

Les CDT du personnel infirmier deviennent ainsi imposées et influencées par de nombreuses contraintes (6). Les organisations de soins, dites « employeur », peuvent prendre les mesures qu'elles jugent nécessaires pour gérer les ressources humaines, dont le personnel infirmier. Elles peuvent entre autres suspendre les vacances et autres congés ou modifier les horaires et les lieux de travail de leurs employés par la pratique du déplacement. Cette pratique constitue une politique de gestion exceptionnelle qui était déjà présente et encadrée par des règles au sein des services. Cela dit, durant la pandémie, elle a été élargie et utilisée pour imposer à un ou une professionnelle de se déplacer vers une autre unité ou établissement de soins non prévu à son horaire selon les besoins d'effectifs et sans égard aux compétences ou à la connaissance du milieu (6,21,23). Si ces mesures ont été adoptées par les employeurs à travers le Québec, c'est pour « s'assurer que le réseau de la santé et des services sociaux dispose des ressources humaines nécessaires » dans le but de « protéger la santé de la population » (21).

Toutefois, ces mesures n'ont pas été sans conséquence autant pour le personnel infirmier que pour la population. Le recours au déplacement du personnel a d'ailleurs été souligné comme une cause d'éclotions d'infections à coronavirus entraînant des milliers de morts au Québec durant la première vague de la pandémie (6,24). Cette pratique a été permise grâce à l'AM-007. Dans un rapport publié suite à la crise dans les CHSLD au printemps 2020, le Protecteur du citoyen recommandait la stabilité du personnel et soulignait que l'utilisation prolongée de cet arrêté

ministériel nuisait à l'optimisation des compétences et des ressources dans le réseau de la santé et entraînait une démobilisation du personnel (6). Pourtant, quelques mois plus tard, durant la cinquième vague de COVID-19 en décembre 2021, l'AM-007 continuait d'être appliqué et le déplacement a été pratiqué à nouveau sous forme de délestage et sous peine de perdre des primes monétaires² (26).

Le plus grand syndicat des infirmières, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)³, s'est d'ailleurs mobilisé pour faire cesser l'AM-007 et a également rapporté plusieurs autres pratiques de gestion préoccupantes dans le milieu de la santé (13,22). Le 13 juillet 2020, la FIQ déposait une requête à la Cour supérieure pour mettre fin à l'AM-007 qui, selon elle, contrevenait aux droits fondamentaux des travailleuses de la santé et exacerbait leur détresse (22). En plus des démarches juridiques, la FIQ a également développé une plateforme de dénonciation en ligne, *Je dénonce*, afin que le personnel soignant ainsi que le public puissent signaler des pratiques non sécuritaires dans les milieux de soins (7,22,28,29).

Perron et collègues ont analysé le contenu de la plateforme *Je dénonce* basée sur 597 témoignages d'infirmières et d'infirmières auxiliaires partagés entre le 29 mars et le 31 mai 2020. Cette analyse rapporte de nombreux enjeux préoccupants: le manque de ressources matérielles et humaines, les mesures de contrôle, la surcharge de travail, l'instrumentalisation ou encore la souffrance découlant de « piètres conditions de travail » (7, p.84). Malgré les témoignages du personnel soignant, les professionnelles en soins infirmiers ont continué de prodiguer des soins à la population dans des conditions empreintes d'épuisement, de détresse, de stress et parfois même au sacrifice de leur propre santé malgré le contexte de pénurie de personnel, de manque d'équipement de protection, de risques et d'incertitude liés au virus de la COVID-19 (5,7,13,30). À la cinquième vague de la pandémie, en fin d'année 2021, l'AM-007 se déployait à nouveau pour pallier un manque de personnel urgent et les infirmières assuraient les soins à la population dans les mêmes conditions qui ont été dénoncées en début de pandémie, mais cette fois avec des incitatifs financiers mis en place pour favoriser leur présence au travail sous certaines conditions (23,31).

² Les arrêtés ministériels ont permis d'établir des mesures incitatives au travail en offrant des primes forfaitaires en argent aux employé-e-s. Pour bénéficier de ces primes, les salarié-e-s doivent respecter certaines conditions comme le travail à temps complet ou l'obligation vaccinale (25)

³ La FIQ constitue le syndicat de plus de 76 000 professionnelles en soins (infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques). Cette organisation qui se qualifie comme féministe représente une grande majorité des infirmières québécoises et se compose à 90 % de femmes (7,27)

Portrait des infirmières au Québec

Avant de discuter plus amplement des CDT du personnel infirmier, il importe de définir qui sont les infirmières au Québec. Une importante littérature existe en sciences infirmières et les CDT font l'objet de nombreuses études à travers le monde. Seulement, il faut souligner qu'en matière d'infirmières le contexte québécois se distingue particulièrement d'autres contextes à l'international et même par rapport au reste du Canada (32) (référence). Le champ de la santé constitue une juridiction provinciale. La pratique des soins infirmiers et les structures qui la réglementent varient donc selon les provinces et territoires canadiens (32). Au Québec, le « nursing » ne réfère pas qu'à la profession infirmière. Il existe en fait deux corps de professions réglementées en soins infirmiers : les infirmières et infirmiers ; les infirmières et infirmiers auxiliaires⁴ (34). Les deux professions sont majoritairement constituées de femmes, représentant 90 % des membres pour la profession infirmière et 89 % pour la profession infirmière auxiliaire⁵ (9,33).

La profession infirmière est encadrée par la Loi 90, la *Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec*, qui lui attribue 17 activités réservées. Cette loi définit l'exercice de la profession qui « consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs » (36,37). La profession infirmière auxiliaire, quant à elle, est encadrée par le Code des professions qui permet aux membres de l'OIIAQ de « contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et fournir des soins palliatifs » (33,38).

Les infirmières et infirmiers se distinguent par l'exercice de leur jugement clinique et la prise de décisions basées sur leurs évaluations et raisonnement (9) ; quant à elles, les infirmières et infirmiers auxiliaires se distinguent par leur contribution aux évaluations et à la dispense des soins

⁴ Le premier groupe est régi par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (l'OIIQ) qui constitue 80 491 membres inscrites au tableau d'exercice en 2020-2021 (9). Le second est régi par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) qui compte 29 256 membres inscrites au tableau d'exercice au 31 mars 2021 (33).

⁵ Au Canada, les infirmières et infirmiers auxiliaires ne constituent pas une profession au même titre que la profession infirmières, mais plutôt un personnel de soutien technique (35).

(33). Il demeure tout de même que les rôles et responsabilités partagés entre les deux de groupes de professionnelles ne sont pas bien délimités ce qui engendre d'ailleurs des enjeux de gouvernance et d'organisation du travail (9). Cet aspect peut d'ailleurs modifier le portrait des mauvaises CDT pour chacune des deux professions infirmières et modifier l'ampleur des injustices vécues de chaque côté. Par exemple, le TSO ne s'impose techniquement qu'aux infirmières et infirmiers puisqu'elles sont responsables de la prise en charge des patients selon la loi. Leur code de déontologie stipule qu'à « moins d'avoir une raison grave, l'infirmière ou l'infirmier qui fournit des soins et traitements à un client ne peut l'abandonner » (39). Il arrive ainsi que l'employeur impose du TSO à une infirmière lorsqu'il manque une infirmière sur le prochain quart de travail puisqu'elle ne peut pas abandonner les patients à sa charge.

Quoique les infirmières et infirmières auxiliaires forment deux professions distinctes au Québec, elles sont reconnues comme formant conjointement le personnel infirmier, autant en contexte québécois que canadien. Infirmières comme infirmières auxiliaires œuvrent généralement dans les mêmes milieux de pratique et ont toutes deux comme principal rôle de prodiguer des soins infirmiers aux patients (32). À cet effet, le gouvernement du Québec définit le personnel infirmier comme l'« ensemble du personnel d'un établissement hospitalier responsable des soins infirmiers » (40). L'Institut canadien d'information sur la santé reconnaît aussi les deux groupes d'intervenantes en soins infirmiers comme le personnel infirmier au Canada. Il représente le groupe d'intervenants de la santé le plus nombreux en matière de prestation de soins (41). Ainsi, ce présent travail inclut autant la profession infirmière que la profession infirmière auxiliaire puisqu'elles constituent toutes deux le personnel infirmier et exercent généralement dans les mêmes environnements de travail⁶. Je tenais à inclure les infirmières auxiliaires puisque le problème des mauvaises CDT les concerne tout autant. De plus, elles sont peu ou pas représentées dans la littérature en sciences infirmières ou autre domaine puisqu'elles ne sont pas considérées comme une profession en dehors du Québec. Notamment, au Canada, les infirmières auxiliaires constituent un *personnel technique en soins de santé* au même titre que le personnel ambulancier ou les massothérapeutes par exemple (35).

⁶ Le terme « infirmières » référerait donc aux deux catégories de professionnelles en soins infirmiers. Lorsqu'il sera nécessaire de les distinguer, elles seront définies comme membres de la profession infirmière ou membres de la profession infirmière auxiliaire.

Par ailleurs, parmi le personnel infirmier québécois, nous retrouvons une diversité de titres professionnels et de titres d'emploi. À titre d'exemple, la convention collective de la FIQ présente les échelles salariales et la nomenclature de 19 titres d'emplois d'infirmière et infirmière auxiliaire existant dans le réseau de la santé (42). Chacun de ces titres remplit des exigences et des fonctions qui lui sont propres et sont associés à leur propre échelle salariale et parfois à une formation académique spécifique⁷. Ainsi, que l'on appartienne à l'une des deux professions infirmières, le profil d'une intervenante en soins infirmiers peut se distinguer selon plusieurs variables : en fonction de son champ de pratique, son niveau d'études, l'expertise en lien avec la clientèle qu'elle soigne, son milieu de travail, son territoire ou encore si elle pratique dans le milieu privé ou public (9,45). Ces différents facteurs façonnent des environnements de travail particuliers, et donc des CDT particulières (9). Au Québec, la majorité du personnel infirmier exerce dans le milieu hospitalier⁸ (6,9,11,46). Selon les données recueillies par Boucher sur les états généraux de la profession infirmière en 2021, les établissements publics sont les principaux employeurs des infirmières et infirmiers et plus de la moitié de l'effectif œuvre dans les soins généraux et spécialisés, soit en centres hospitaliers (9). Il est à noter que le milieu hospitalier est celui qui comporte le plus de contraintes et génère les CDT les plus difficiles pour le personnel infirmier (9,11,17,19,47).

Conditions de travail infirmières : une violence systémique

Les CDT des infirmières constituent un enjeu préoccupant sur plusieurs plans. De nombreuses études, rapports d'autorités publics et articles d'actualités évoquent ce problème aux multiples facettes et conséquences. Malgré qu'il soit discuté dans différents domaines de la littérature scientifique et dans la sphère publique et que l'on reconnaisse ses effets nuisibles, les mauvaises CDT du personnel perdurent depuis des dizaines d'années (9,10,41,48). C'est pourquoi, encore aujourd'hui, de nombreux auteurs et associations soulignent l'importance de mieux faire connaître

⁷ Pour exercer la profession infirmière auxiliaire, il faut détenir un Diplôme d'études professionnelles (DEP) en Santé, assistance et soins infirmiers ou l'équivalent reconnu et réussir l'examen professionnel de l'OIIAQ (43). Pour la profession infirmière, un Diplôme d'étude collégiale (DEC) ou un baccalauréat en sciences infirmières permettent d'accéder à la profession à titre d'infirmière (technicienne) ou d'infirmière clinicienne et réussir l'examen de l'OIIQ. Des formations aux cycles supérieures sont également disponibles notamment pour exercer à titre d'infirmière praticienne spécialisée suivant une maîtrise (IPS) (44).

⁸ Selon Leseman et Tourville (2006) dans Martin (11), les CH regroupent 65 % du personnel infirmier. Selon de plus récentes statistiques canadiennes datées de 2019, 58,5 % des infirmières œuvrent en milieu hospitalier (46).

les enjeux liés aux CDT infirmières, de mieux faire reconnaître le travail des infirmières et de prendre en compte les difficultés dans le travail infirmier dans les projets et politiques publiques notamment en santé publique et en culture organisationnelle (14,41,47,48).

Dans la section qui suit, nous explorerons en premier lieu les facteurs qui définissent les CDT infirmières. Puis, nous nous intéresserons à l'environnement dans lequel naissent ces conditions. Nous mettrons ainsi en lumière la violence en milieu de travail et plus précisément la violence structurelle qui génère des CDT nuisibles. Nous explorerons également les impacts systémiques de la violence au travail et des mauvaises CDT qu'elle crée, notamment sur l'état de santé des infirmières, sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients et sur l'efficacité du système de santé. Ce survol de la littérature regroupe des écrits internationaux spécifiques aux CDT infirmières en milieu hospitalier et à la violence dans les milieux de soins qui constituent une réalité qui touche la majorité des infirmières au niveau mondial.

Portrait des conditions de travail du personnel infirmier

Selon Raouf Ghram, expert en psychologie du travail et ergonomie, la notion de *conditions de travail* varie en fonction des repères géographiques et historiques (49). Les CDT ont longtemps été abordées en rapport aux facteurs physiques et particulièrement pour la population ouvrière. On s'intéressait à la charge physique du travail, à l'environnement physique et aux répercussions du travail sur la santé physique et psychologique. Au fil du temps et avec l'évolution des pensées, les facteurs relationnels et organisationnels sont aujourd'hui de plus en plus reconnus lorsqu'on étudie les CDT et différentes définitions sont apparues en fonction de ces nouvelles perspectives (50).

Le grand dictionnaire terminologique définit les CDT comme « l'ensemble des avantages négociés ou consentis aux salariés ainsi que des facteurs favorables ou défavorables qui entourent l'accomplissement du travail » (51). Il s'agit d'un terme qui désigne « les conventions collectives, les contrats de travail ou les coutumes établies dans une entreprise [...] il peut recouvrir les salaires, les avantages sociaux, les congés, l'organisation du travail, l'aménagement des locaux ou l'environnement des postes de travail » (51). Pour la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail : « les conditions de travail réfèrent à l'environnement de travail et aux aspects entourant les termes et conditions d'emploi d'un employé » [traduction libre] (52). Ghram offre une définition qui se veut consensuelle à la lumière des différentes conceptions que l'on retrouve dans la littérature : « les conditions de travail sont un ensemble de facteurs physiques,

humains, matériels et organisationnels liés au travail qui affectent l'activité de travail du salarié et son état dans ses dimensions biologiques, cognitives, sociales et psychiques » (50, p.125).

Pour le personnel infirmier, différents facteurs physiques, humains, matériels et organisationnels compris dans leur environnement de travail influencent donc leurs capacités à travailler ainsi que leur travail qui consiste à soigner. Lorsqu'on aborde les mauvaises CDT infirmières, on considère les facteurs défavorables à l'état de santé des infirmières et aux soins prodigués aux patients. Les facteurs défavorables aux infirmières au travail se rapportent bien plus qu'aux risques physiques et biologiques comme l'exposition à des agents infectieux (VIH, tuberculose, COVID-19), des produits chimiques ou des exigences et abus physiques tels que le soulèvement de charges lourdes ou le contact avec des patients agressifs (14,20,53,54). Les CDT infirmières sont également influencées par des pressions sociales et économiques, des exigences professionnelles et organisationnelles élevées ou encore des tensions psychiques et relationnelles qui créent de nombreuses contraintes dans leur travail (11,17,41,55). Les mesures exceptionnelles établies en contexte de crise par exemple illustrent comment des pressions externes peuvent affecter les CDT infirmières.

La profession infirmière est en soi exigeante tant bien au niveau émotionnel, mental que physique (56). Cela dit, des facteurs contraignants découlant de différentes formes de pressions et d'exigences au niveau organisationnel et relationnel viennent s'ajouter à la charge mentale des professionnelles en soins infirmiers (11,41,55,57). Ces contraintes caractérisent les CDT nuisibles que les infirmières vivent au quotidien : des pressions temporelles, une densification et intensification des tâches, une surcharge de travail, des horaires imprévisibles, des ratios d'effectifs inadéquats, un manque de soutien ainsi que d'autres pratiques de gestion nuisibles (11,12,41,47,55,57-59). Les infirmières peuvent en effet effectuer de longues heures de travail dans des contextes d'instabilité, de pressions énormes et de stress (12,14,15,48,53,60,61). Au Québec, le TSO constitue une contrainte problématique au travail des infirmières. Le TSO constitue un exemple par excellence de contrainte qui illustre l'ampleur des fardeaux imposés aux infirmières. À lui seul, le TSO entraîne des effets néfastes sur leur santé les rendant vulnérables sur le plan physique et mental (56). Entre autres, il conduit à de l'insatisfaction, de la fatigue, de l'épuisement professionnel, de la détresse psychologique et expose davantage les infirmières à des blessures musculosquelettiques suivant des heures de travail supplémentaires (11,20,56,58).

Malgré qu'il soit nuisible, il constitue une pratique de gestion normalisée dans les centres hospitaliers (11,56).

Le TSO comme d'autres facteurs qui caractérisent les mauvaises CDT découlent de forces externes sur lesquelles les infirmières n'ont pas de contrôle. Les mauvaises CDT sont en effet influencées par des ressources matérielles, humaines et économiques limitées qui affectent notre système de santé public, des soins lourds et complexes liés à une population vieillissante et plus malade ainsi qu'à une organisation du travail déficiente qui impose des pratiques de gestion déshumanisantes, dont le TSO ou le déplacement imposé que nous avons abordé dans un contexte de crise sanitaire (5,12,15,17,53,59,60).

Un autre facteur qui caractérise les mauvaises CDT infirmières est le stress. Les infirmières sont effectivement exposées à de multiples sources de stress au travail (11,15,20,53,59,62). Martin souligne d'ailleurs que les facteurs de stress sont « inhérents à la profession » (11, p.131). Les facteurs de stress découlent de déterminants relationnels, interpersonnels et organisationnels dont la surcharge de travail, l'ambiguïté des rôles, une conciliation travail-vie personnelle difficile ainsi que des relations tendues avec les patients, la famille, les collègues et le corps médical (41,53,62). Une revue systématique portant sur le stress chez les infirmières australiennes révèle que les principales sources de stress constituent la surcharge de travail, les relations conflictuelles, l'ambiguïté des rôles et des agressions (15). Parmi les sources de stress évoquées dans cette étude, nombreuses sont citées par d'autres auteurs qui soutiennent que ces facteurs de stress découlent justement des pressions, exigences et contraintes que nous avons exposées précédemment (15,46,56,57,62).

Chez le personnel infirmier au Canada, le stress est un facteur du travail qui se confond avec d'autres difficultés et souffrances (41). Il est d'ailleurs lié à l'incidence d'affections psychiatriques et d'autres troubles psychologiques comme l'épuisement professionnel ou la dépression (15,41,62). L'exposition quotidienne et chronique au stress entraîne d'ailleurs de l'anxiété, des troubles du sommeil ainsi qu'une perte d'estime de soi lorsque les infirmières ne se sentent plus capables de répondre aux nombreuses demandes professionnelles et organisationnelles (15,62). Pour certains auteurs, ce stress irrépressible découlerait d'un environnement de travail violent (16,18,19,63). Le stress comme l'ensemble des facteurs caractérisant les mauvaises CDT

infirmières naissent en effet d'un environnement de travail et cet environnement entretient un rapport particulier avec la violence que nous explorerons plus attentivement.

Travailler dans un environnement violent : une première explication à l'existence des mauvaises CDT

Les milieux de soins qui représentent les environnements de travail principaux du personnel infirmier sont reconnus comme étant les milieux de travail les plus violents (16,64). Selon Fernandes et *coll.*, le phénomène de violence est inhérent aux milieux de soins et ne dépend pas d'une région géographique ni de contextes économiques et culturels spécifiques (65). Du fait de cet environnement, les infirmières se retrouvent plus à risque de subir de la violence que d'autres corps de métiers (16,66). Il est même rapporté que la profession infirmière est la deuxième profession la plus à risque de violence après les policiers (65). La violence au travail pour le personnel infirmier est d'ailleurs reconnue comme un enjeu majeur de santé publique, et ce, à l'échelle globale (63,66,67).

La violence au travail est un phénomène aux multiples facettes. Selon de nombreux auteurs, il n'existe toujours pas de consensus concernant une définition de la violence au travail puisqu'elle peut prendre diverses formes et être influencée par de nombreux enjeux (16,19,68). Dans la littérature, les termes « harcèlement », « intimidation », « agression », « abus », « menace » ou encore des expériences de traumatismes psychologiques comme l'épuisement professionnel sont utilisés pour caractériser la violence au travail (66,68,69). Ce qui rend la définition de violence au travail complexe est que ce phénomène est influencé par des facteurs à la fois internes et externes, humains et organisationnels et touche les niveaux micro, méso et macro sociaux (19,60,67,68). La violence au travail peut d'ailleurs apparaître sous diverses formes et différents mots peuvent être employés pour désigner cette violence : violence physique, violence verbale, violence psychologique, harcèlement sexuel ou discriminatoire, violence systémique, violence structurelle, violence organisationnelle ou institutionnelle (11,19,68). L'INSPQ souligne que les différentes formes de violence ne sont pas cloisonnées. Certaines formes de violence peuvent en contenir d'autres. Le harcèlement psychologique peut par exemple se manifester avec des violences physiques et verbales (68).

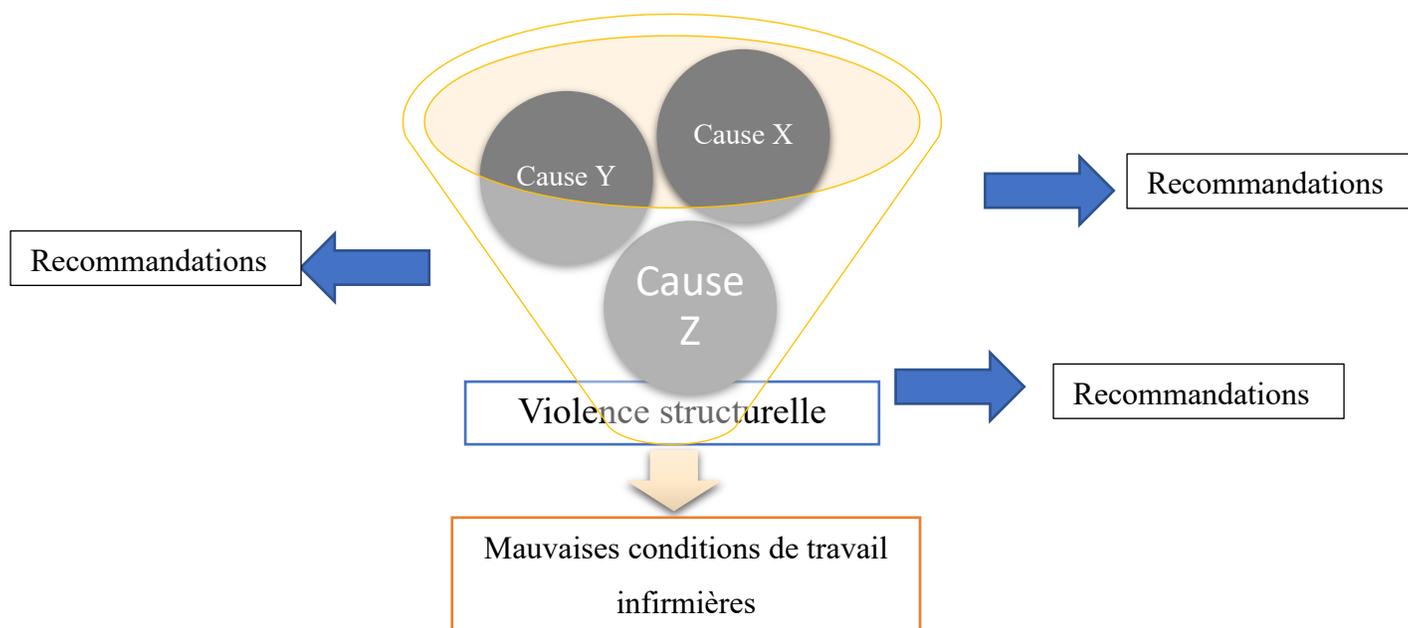
La violence au travail pour les infirmières peut ainsi se traduire de nombreuses manières. D'une part, une violence très répandue chez les infirmières est la violence horizontale (11,19,66,67). Elle survient entre infirmières (*nurse-nurse violence*) ou avec d'autres collègues à l'instar de conflits ou d'autres formes de violence (physique, verbale ou psychologique) (11,19,65,66). Martin et Pereira et *coll.*, soulignent que cette violence se produit plus souvent en présence d'une hiérarchie entre les professionnels impliqués dans des actes de violence (11,67). La violence au travail peut également survenir de la part des patients par des abus physiques ou verbaux dans le cadre de prestation de soins (65,67,69). D'autre part, lorsqu'il est question de CDT nuisibles, la violence institutionnelle apparaît comme la forme de violence en cause dans cette problématique (16,65). En effet, les facteurs défavorables du travail que nous avons exposés précédemment sont souvent liés à un environnement de travail violent et plus spécifiquement à la violence structurelle, institutionnelle ou organisationnelle (16,18,19,63).

Lorsqu'on aborde les mauvaises CDT infirmières, on constate effectivement que celles-ci sont intimement liées à un environnement de travail ou un climat organisationnel caractérisé par la violence au travail. Selon de nombreux écrits qui abordent des enjeux de violence dans les milieux de soins, les facteurs défavorables à l'organisation du travail des infirmières sont discutés (11,16,17,19,41,55,60,65–67,69). Comme nous avons exposé précédemment, les CDT des infirmières sont caractérisées par de nombreuses contraintes comme de multiples sources de stress ou de la surcharge de travail. Certains auteurs entrevoient les contraintes au travail comme des manifestations ou conséquences de la violence au travail et plus particulièrement d'une violence structurelle, organisationnelle ou institutionnelle (54,56–60). Selon l'INSPQ, la violence structurelle est un terme plus souvent utilisé pour aborder de mauvaises CDT. La violence structurelle réfère entre autres à la charge de travail élevée ou à des procédures de travail rigides (68). Les mauvaises CDT infirmières devraient donc être abordées en rapport avec la violence structurelle plus que toute autre forme de violence. Cela dit, cette violence n'exclut pas les autres formes de violence comme la violence entre infirmières ou le harcèlement psychologique. Rappelons qu'une forme de violence peut en inclure d'autres.

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons alors plus particulièrement à la violence structurelle qui sera utilisée pour désigner les mauvaises CDT. Cette violence nous fournit déjà un élément de réponse fondamentale pour comprendre l'existence et le maintien des CDT nuisibles

et identifier certaines causes responsables (voir figure 2). L'enjeu de la violence en milieu de travail est d'ailleurs un phénomène persistant tout comme les mauvaises CDT. Mitchell et *coll.* rapportent que la violence au travail chez les infirmières est tolérée depuis des générations et que des stratégies doivent être mises en place pour mettre fin au statu quo (66). Le problème de la violence au travail tend malheureusement à être normalisé et banalisé, qu'elle s'exprime en violence horizontale entre les infirmières ou en de multiples contraintes comme le stress, elle est considérée comme « faisant partie de la job » ou comme « faisant partie de la culture infirmière » (11,16,19,65,66). Cette normalisation n'est pas le seul élément préoccupant dans cet enjeu problématique et complexe. Dans cette section, nous n'avons fait que décrire les facteurs caractérisant les CDT infirmières et la violence au travail qui s'y rapporte. Cette violence soulève tout de même d'autres préoccupations, car en plus des contraintes qu'elles créent dans la pratique quotidienne des infirmières, elles engendrent également des souffrances à différents niveaux.

Figure 2 : Schéma du plan d'analyse (suite)



Des conséquences systémiques

Lorsque les infirmières sont contraintes à travailler dans des environnements violents qui leur imposent des sources de stress et de multiples contraintes, d'autres problèmes surgissent. Dans la littérature qui expose les facteurs défavorables au travail infirmier, de nombreux problèmes personnels, humains, sociaux, économiques, moraux, éthiques et de santé publique apparaissent

en lien avec les mauvaises CDT (5,12,15,17,53,59,60). D'abord, l'environnement de travail violent entraîne des conséquences considérables sur la santé des infirmières ainsi que des inégalités de santé parmi ce groupe de professionnelles (41,54). En effet, les facteurs entourant des CDT difficiles et dangereuses affectent les infirmières au niveau de leurs capacités cognitives, psychosociales et physiques et nuisent à leur état de santé général (14,15,60). La violence au travail est d'ailleurs liée à l'épuisement professionnel, l'anxiété, la détresse psychologique et la dépression (63); ils sont catégorisés comme des problèmes de santé liés à l'environnement de travail. L'environnement violent pourrait notamment expliquer pourquoi la détresse psychologique, la dépression et l'épuisement professionnel constituent des problèmes plus présents et plus graves chez les infirmières que chez les autres professionnels de la santé (11,41).

Nous avons déjà soulevé quelques conséquences du TSO et du stress sur l'état psychologique des infirmières. Outre ces cas particuliers, les CDT de manière globale entraînent d'autres souffrances mentales pour les infirmières dont une perte de sens au travail, une perte d'estime de soi ou encore une détresse morale et psychologique (17,18,41,59,61). La détresse morale constitue d'ailleurs une souffrance éthique pour une majorité des infirmières œuvrant dans les CH et constitue un enjeu problématique de grand intérêt dans la littérature en sciences infirmières (17,56,70,71). La détresse morale⁹ survient lorsque les infirmières sont incapables de donner de bons soins sous des contraintes organisationnelles et qu'elles ressentent qu'elles vont à l'encontre de leurs valeurs et exigences professionnelles (70). La détresse morale comme souffrance éthique et psychologique témoigne de l'ampleur des mauvaises CDT qui vont jusqu'à empêcher le personnel infirmier de donner les meilleurs soins possibles à leurs patients dû à un environnement contraignant. Les contraintes au travail n'impliquent pas que des conséquences individuelles pour les infirmières. Elles ont également des répercussions sur la santé des patients et la pérennité du système de santé.

Tel que nous les avons définies précédemment, les CDT affectent les salariées, mais également l'activité de leur travail (49). Le rôle du personnel infirmier consiste à prodiguer des soins aux patients. Les infirmières représentent le groupe de professionnels le plus nombreux dans le système de santé et jouent un rôle fondamental dans la prestation des soins et pour la qualité et la sécurité

⁹ Le phénomène de la détresse morale a été conceptualisé pour la première fois par Jameton en 1984 qui le décrit comme « ...lorsqu'une personne connaît la bonne action à accomplir alors qu'en raison de contraintes institutionnelles, il lui est impossible de la poser » (67, p.66).

des soins (12,47,60). La relation soignant-soigné qui lie les infirmières et leurs patients ne peut échapper à la violence au travail puisque comme nous l'avons souligné, les milieux de soins constituent des milieux violents, et ce sont dans ces milieux que sont prodigués les soins. Tout comme les CDT défavorables affectent les infirmières, elles affectent aussi les patients directement et indirectement (53,56). Le lien entre les CDT du personnel infirmier et la qualité des soins est d'ailleurs bien documenté. Pour de nombreux auteurs, les CDT constituent un élément déterminant pour la qualité des soins et le rétablissement des patients hospitalisés (11,47,48,53,55). Il est d'ailleurs démontré que les contraintes découlant des CDT infirmières constituent des obstacles à des soins de qualité et entraînent des répercussions sur les patients, notamment davantage de complications et d'insatisfaction sur les soins et services (47,48,53,55,69,69).

De plus, face aux multiples contraintes au travail, les infirmières ont de la difficulté à répondre à leurs obligations auprès des patients, ce qui fait justement apparaître la détresse morale comme nous avons souligné (17,56). Par exemple, la surcharge de travail amène les infirmières à limiter le temps attribué au chevet pour répondre aux contraintes de temps et aux ratios de patients élevés imposés par les politiques de gestion (47,61). Une étude réalisée en Europe révèle que de nombreuses infirmières avouent restreindre le temps consacré au chevet des patients en raison de leur surcharge de travail (47). Les exigences élevées nuisent d'ailleurs à leur relation avec les patients qui ont tendance à être moins satisfaits des soins dans des environnements de travail contraignants où les infirmières sont elles aussi insatisfaites et font l'expérience de situations négatives liés au stress, à la fatigue ou à la détresse morale (56,66). Ces CDT augmentent d'ailleurs le risque de violence entre le personnel infirmier et les patients et leur famille (60).

Par ailleurs, l'impact de la violence au travail ne se limite pas exclusivement au milieu de soins. En fait, ses conséquences se répercutent à d'autres échelles. Le personnel infirmier constitue une ressource humaine indispensable pour assurer des soins à la population. En plus d'être des professionnelles essentielles à la qualité des soins, les infirmières sont également fondamentales aux structures du système de santé (60). Pour la gestion hospitalière, le personnel infirmier constitue le « support organisationnel, logistique et structurel » des organisations de santé (74, p.116). Toutefois, la violence au travail fait fuir les infirmières de leur poste d'emploi (60,63,66). Lorsqu'elles vivent des expériences négatives au travail, elles songent plus souvent à quitter leur emploi. Les mauvaises CDT infirmières nuisent en effet à la rétention du personnel et accentuent

de ce fait la pénurie de main-d'œuvre (15,47,54). L'exode des infirmières, qui fuient des mauvaises CDT, entraîne d'ailleurs des coûts administratifs supplémentaires et perturbent le fonctionnement adéquat de la prestation des soins dans les organisations de santé (12,15,54). Les organisations de santé doivent d'ailleurs réorganiser les effectifs infirmiers. Les coûts de cette réorganisation s'élèvent à plus de 5 % du budget hospitalier annuel (12). Les impacts des CDT défavorables nuisent à l'optimisation des dépenses et à la performance du système de santé qui s'efforce de répondre à d'autres préoccupations de santé publique majeures (62). Nous avons d'ailleurs pu en témoigner durant la période de la pandémie de COVID-19 où la pénurie d'infirmières a entraîné des fermetures de certains secteurs hospitaliers et de soins à domicile. Les employeurs ont dû recourir davantage au TSO pour assurer les services de santé (1). Le TSO constitue un facteur des CDT qui nuit à la santé des infirmières, à la sécurité des patients et entraînent des démissions et des exodes du personnel infirmier (11,56,58).

Les conséquences de la crise sanitaire sur le personnel infirmier que nous avons décrites en début de travail ne sont donc pas qu'attribuables au contexte pandémique, même si elles ont certes été aggravées et intensifiées pendant plusieurs mois. Notre revue de la littérature sur les CDT infirmières témoigne que les difficultés observées durant la crise sanitaire comme le manque de ressources humaines et matérielles ou l'instabilité constituent des enjeux chroniques pour les infirmières et qu'en amont de ces difficultés une forme de violence au travail y contribue de manière significative : la violence structurelle. Certains écrits situent les enjeux des mauvaises CDT infirmières dans un problème plus large de violence structurelle. Ainsi, pour comprendre pourquoi les infirmières continuent de travailler dans des CDT nuisibles, il importe d'investiguer la violence structurelle.

Chapitre 2 – Cadres conceptuels et approches méthodologiques

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les CDT infirmières sont bien documentées et de nombreuses autorités reconnaissent d'ailleurs le besoin d'améliorer les CDT du personnel infirmier (4,6,9,14,47). La littérature scientifique et de nombreuses associations exposent les CDT infirmières nuisibles et la violence dans les milieux de soins qui y est liée. Malgré les preuves probantes, les CDT nuisibles du personnel infirmier se maintiennent. Pour la suite du travail, nous tenterons de comprendre les phénomènes qui produisent des mauvaises CDT pour les infirmières en investiguant le concept de violence structurelle. Comme nous avons souligné dans le chapitre précédent, les mauvaises CDT réfèrent à une violence structurelle. Nous analyserons donc comment s'articule cette violence dans le contexte de travail des infirmières pour nous guider vers des pistes de solutions cohérentes avec les causes identifiées. Pour ce faire, certaines perspectives, approches et concepts spécifiques sont mobilisés et combinés pour atteindre cet objectif. Dans cette section, nous définirons d'abord le concept de violence structurelle. Ensuite, nous présenterons notre cadre conceptuel, l'éthique du *care*, qui nous propose certaines perspectives et approches intéressantes pour aborder la violence structurelle spécifique à la condition des infirmières et de leur travail entourant le soin. Puis, nous expliquerons les éléments méthodologiques qui ont été retenus pour guider la suite du travail ainsi que leurs forces et leurs limites.

Le concept de violence structurelle

Comme nous avons établi dans la problématique, les mauvaises CDT infirmières sont liées à un environnement de travail violent et plus spécifiquement à sa forme structurelle. La violence structurelle est définie globalement comme « une forme de violence enracinée dans la structure sociale où l'institution sociale crée du tort aux individus en les empêchant de combler leurs besoins de base » [traduction libre] (72). Le terme « violence structurelle » a été conceptualisé pour la

première fois¹⁰ en 1969 par le sociologue norvégien Johan Galtung dans une œuvre intitulée *Violence, Peace and Peace research* (75,76). Galtung définit la violence en contradiction avec la paix et représente de manière générale « l'écart entre ce qui pourrait être et ce qui est » (80, p.524). La violence apparaît pour lui « lorsque des êtres humains sont influencés de sorte que leurs réalisations somatiques et mentales actuelles sont en-deçà de leurs réalisations potentielles » (76, p.168). Ainsi, lorsque la violence est présente, on constate un écart entre la situation réelle (qui est) et la situation potentielle (qui devrait être) (73–75). La violence se distingue essentiellement par son caractère évitable, car les torts qu'elle crée peuvent être évités (73–75). Galtung l'illustre par l'exemple de la maladie : mourir de la tuberculose au Moyen-Âge alors que les moyens de soigner les personnes et les remèdes sont absents ne constitue pas de la violence. Or, mourir de la tuberculose à l'heure actuelle alors que nous avons les ressources et les moyens d'éviter des décès constitue à ce moment de la violence (74,75). Ce caractère évitable illustré par cet exemple constitue un élément fondamental dans la notion de violence pour Galtung.

La violence est une notion large qui peut prendre différentes formes et comporter diverses dimensions (73,75). Galtung distingue deux types de violence : la *violence directe* (ou personnelle) et la *violence structurelle* (75). La violence directe implique une relation claire et apparente entre un sujet (qui conduit l'acte de violence), un objet (qui reçoit l'acte de violence) et l'action par laquelle se transmet cette dite violence, qu'elle soit verbale ou physique (73,75). Elle constitue une violence objectivable, perceptible, dynamique, ponctuelle, dramatique et surtout visible (73–75). Cette forme est celle que nous imaginons et percevons le plus souvent comme de la violence. En effet, nous concevons plus souvent la violence par sa forme directe et personnelle, soit à travers des actes et des dommages tels des coups, des blessures, des abus physiques et verbaux, des meurtres, des séquelles physiques et psychologiques (74,75,77).

Cela dit, la violence n'est pas toujours comme on l'imagine. Malherbe, dans son essai d'éthique critique sur *Les ruses de la violence dans les arts du soin*, soutient d'ailleurs que la violence comme concept critique n'est pas définie que par un geste ou un acte qu'exerce un sujet pour contraindre un autre sujet. Les manifestations de violence n'apparaissent pas toujours comme telles et c'est

¹⁰ Galtung est à l'origine du concept ou plutôt du terme de violence structurelle qui a grandement contribué au développement des études de la paix (73,74). Or, l'idée de violence structurelle a été empruntée à la théologie de la libération latino-américaine inspirée des nombreux soulèvements sociaux et des luttes anticoloniales dans les années 1950 et 1960 (72,73).

pour cette raison qu'il faut utiliser la réflexion éthique critique (64). En effet, Malherbe conçoit la violence comme un problème éthique du fait que certaines de ses manifestations ne nous apparaissent pas de manière évidente comme des actes de violence. Pour étudier cette violence de manière éthique, il suggère de prêter une attention aux processus qui font apparaître des actes évidents de violence, car « un acte violent est une réponse à une violence antérieure » (64, p.122). Ainsi, si nous constatons que des infirmières sont violentes entre elles par des abus verbaux ou physiques, il faudrait réfléchir aux processus de violence antérieurs qui ont permis ses manifestations directes de violence. Vidal soutient une idée similaire où la violence qui est davantage inquiétante est celle qui est moins visible, qui s'impose et se trame par des voies différentes (77). Quoique ces auteurs n'empruntent pas un terme spécifique pour caractériser cette forme de violence, leur représentation de celle-ci renvoie en fait au deuxième type de violence selon Galtung, la violence structurelle (75).

Au contraire de la nature directe ou personnelle du premier type de violence, la violence structurelle est indirecte et impersonnelle – elle n'implique pas de relation claire entre le *sujet-action-objet* (73,75). L'acte de violence est manifestement invisible et imperceptible. Il est plus souvent impossible d'identifier des acteurs responsables de cette forme de violence puisqu'elle se situe davantage dans les rapports qui unissent le *sujet-objet* ou agresseur-victime. On ne pourrait donc pas clairement identifier un agresseur responsable (74). La violence est dite « structurelle » puisqu'elle est induite par des structures, construite par des structures et cristallisée au sein des structures. Essentiellement, elle découle de structures sociales inéquitables qui créent des inégalités des chances et des manques de ressources pour les individus ; et elle crée ainsi des rapports inégalitaires plus souvent issus de structures hiérarchiques (73–76). Le modèle hiérarchique caractérise la violence structurelle par son organisation sociale totalitaire partant d'en haut vers le bas (75,77). D'ailleurs, au sein même des professions soignantes, des hiérarchies se sont développées à travers le temps basées sur une appartenance professionnelle, le niveau d'éducation ou encore le poste d'emploi. Cette hiérarchie intra professionnelle est propice à des formes de violences interpersonnelles, dont la violence horizontale.

Le modèle hiérarchique est responsable de la violence structurelle en produisant des inégalités et plus précisément une distribution inéquitable des pouvoirs et des richesses (72–75). Les individus en haut, les « *topdogs* », bénéficient de plus de pouvoirs et de richesses alors que les individus en

bas, les « *underdogs* », sont plutôt dépourvus des pouvoirs et des richesses et se retrouvent atomisés et désintégrés en bas de la hiérarchie (75). Les victimes de la violence structurelle sont donc celles qui se retrouvent avec des ressources limitées et des besoins qui ne sont pas comblés ou négligés (72,76). Elles n'auront pas directement et ponctuellement des séquelles physiques ou psychologiques comme dans le cas de violences directes, mais vivront plutôt de l'oppression, de l'exploitation et de l'humiliation qui mèneront éventuellement à des séquelles sans pourtant pouvoir identifier un coupable (74). C'est ainsi que la violence structurelle opère pour atteindre les individus et les empêcher de réaliser leur plein potentiel. C'est une violence plus floue, subtile et difficile à circonscrire (73,75) – invisible, silencieuse, statique, chronique (72,73,75,76). Galtung soutient qu'elle est devenue aussi naturelle que l'air qui nous entoure et c'est pour cette raison qu'elle nous est invisible, difficile à ébranler, mais surtout, encore plus violente (75). Nous pouvons d'ailleurs rappeler que la violence au travail et ses symptômes tels le stress et les exigences élevées est un phénomène normalisé et banalisé chez les infirmières puisque ses manifestations et conséquences sont considérées comme faisant partie de la pratique infirmière.

Des auteurs plus contemporains élargissent la définition du concept de la violence structurelle en intégrant un caractère quotidien associé à la domination symbolique (73). De nouvelles perspectives ont permis de le définir comme « une machine invisible d'inégalités sociales » qui est enracinée dans les institutions de l'État (73). Elle se construit dans des rapports inégalitaires entre les individus (se situant au niveau microsocial) et l'État (au niveau macrosocial) à travers ses organisations (au niveau méso-social). L'État, qui représente le macro-système, exerce son autorité, son pouvoir et sa domination à travers ses institutions sociales inégalitaires et hiérarchiques qui contribuent à maintenir une violence quotidienne et symbolique sur les individus. La violence institutionnelle ou violence organisationnelle sont synonymes de la violence structurelle lorsqu'on réfère à la violence au sein de structures méso sociales de l'État (73).

D'autres auteurs ajoutent au concept de violence structurelle le processus de soustraction ou négation qui réduit les individus à des objets, les ignore et refuse de les considérer et entendre leur voix et leurs besoins (64,77). Elle les réduit au silence et à l'invisibilité et empêche le dialogue (64,77). En effet, Malherbe conçoit cette violence à travers ce qui nous *objectifie* plutôt que nous *subjectifie*. Elle se trouve dans ce qui fait de nous des objets plutôt que des sujets de nos vies, dans ce qui permet de nous manipuler, nous mentir ou nous tuer (64). Vidal conçoit la

violence structurelle comme une violence silencieuse qui ignore les besoins des autres et crée de la déshumanisation. Il conçoit d'ailleurs les CDT déshumanisantes comme une aliénation à l'institution de santé totalitaire qui prend les soignantes « d'en haut » et crée un fossé entre l'ordre dirigeant et l'ordre soignant (77). Nous analyserons d'ailleurs cet élément dans le chapitre suivant. Ces différentes perspectives sur la violence structurelle raisonnent avec la définition de violence que fait Galtung lorsqu'il la définit comme l'écart entre notre situation potentielle et notre situation réelle qui nous empêche de nous réaliser en tant qu'individu (75).

Quoique la violence structurelle soit définie comme une violence imperceptible et invisible dissimulée dans les structures sociales, il demeure tout de même possible de la saisir à travers ses différentes manifestations que l'on peut observer et qualifier. La violence structurelle contribue d'ailleurs à produire de la violence directe lorsque des personnes en position hiérarchique permettent des abus physiques ou verbaux légitimés par leur position privilégiée¹¹ (75). La violence structurelle se manifeste souvent à travers de la violence psychologique, de la souffrance, du tort, des contraintes ou des oppressions (73,75). L'oppression constitue la déshumanisation de l'individu qui le réduit, le confine et le subordonne par la discipline (78). Puisque la violence structurelle est un concept qui peut demeurer flou et large, Galtung suggère de s'y référer en tant qu'injustice sociale (75). Là où on observe de l'injustice, on peut y déceler de la violence structurelle. D'ailleurs, de nombreux chercheurs étudient les injustices sociales en regard à la violence structurelle (72,76). Le racisme, le sexisme, la pauvreté, l'incidence de maladies ou encore les inégalités sociales en santé constituent des enjeux de plus en plus étudiés à travers le concept de violence structurelle (76). On cherche alors à reconnaître le rôle des structures sociales, politiques et économiques inéquitables dans ces enjeux (76). Nous pouvons d'ailleurs étudier les CDT comme un phénomène de violence structurelle et c'est ce que nous réaliserons dans le chapitre suivant.

¹¹ Par exemple, une infirmière est plus susceptible d'exercer de la violence envers ses collègues infirmières auxiliaires ou PAB par le fait de sa position hiérarchique et des pouvoirs qui lui sont conférés par ses rôles et responsabilités (notamment, elle supervise la prestations des soins infirmiers et établit le plan thérapeutique par des directives aux infirmières auxiliaires et PAB). Dans mon milieu de pratique, il n'est pas rare que les infirmières auxiliaires se plaignent que les infirmières leur délèguent tous les soins techniques pour « s'asseoir au poste infirmier ». Certaines PAB rapportent aussi que les infirmières et infirmières auxiliaires ne les assistent pas à mobiliser les patients « car ce n'est pas leur job ». Ces situations peuvent mener à des conflits, de l'intimidation ou d'autres abus entre collègues de travail.

En somme, la violence structurelle est une violence indirecte, impersonnelle et a priori invisible qui se situe au niveau des structures hiérarchiques et inégalitaires. Elle s'opère par la distribution inéquitable des ressources, des pouvoirs et des richesses dans la société empêchant ainsi des groupes d'individus de réaliser leur plein potentiel et de répondre à leurs besoins. Elle se manifeste par de la déshumanisation sous forme d'oppressions, de contraintes, d'exploitation et réfère aux injustices sociales qui sont produites dans nos rapports sociaux inéquitables. Aux termes de ces deux premiers chapitres où nous avons pu faire le lien entre les mauvaises CDT infirmières et la violence structurelle, il nous est désormais possible d'analyser l'existence des mauvaises CDT en cherchant comment cette violence structurelle s'articule dans la pratique infirmière. Nous chercherons à partir de ce concept comment les structures du système de santé créent des injustices pour le personnel infirmier dans leur pratique ; quels processus sont impliqués dans la violence structurelle; comment les institutions de soin exercent-elles indirectement de la violence sur les soignantes en ignorant leurs besoins, en les réduisant à des objets ou en leur imposant le silence.

Le cadre éthique du *care*

Le *care* constitue un cadre éthique d'intérêt qui nous permet à la fois de critiquer le problème des CDT infirmières et à la fois de proposer des solutions pour le corriger. L'éthique du *care* constitue un cadre théorique pertinent pour analyser la situation des mauvaises CDT infirmières puisqu'il s'applique aux réalités des professionnelles de la santé et plus particulièrement à celles des soignantes (79). Elle est aussi pertinente pour étudier la réalité qui touche les infirmières au travail puisqu'elle s'intéresse aux réalités des femmes et au travail du soin dans la société (71,80). Rappelons que les professions infirmières sont majoritairement constituées de femmes encore en 2022 et qu'elles sont traditionnellement féminines. L'éthique du *care* est aussi pertinente en regard à notre problématique puisqu'elle porte une attention sur les individus, leurs relations, mais surtout prend en compte leur contexte particulier pour mieux réfléchir et comprendre les enjeux problématiques (71,80,81). Le *care* est également un cadre d'analyse qui porte un regard critique sur les injustices et les enjeux de pouvoir liés au soin et permet même de révéler des injustices et inégalités sociales (71,81,82). L'éthique du *care* peut donc être mobilisée pour aborder la violence structurelle qui pèse particulièrement sur le personnel infirmier puisqu'elle peut nous révéler certaines injustices autour du soin. Il demeure que l'éthique du *care* est complexe et que son application pour aborder un problème large peut s'avérer fastidieuse.

Le care

Le *care* est une notion très vaste, complexe et difficile à circonscrire (81,83,84). Nous pouvons d'ailleurs retrouver plusieurs définitions et utilisations du concept de *care*. D'abord, l'éthique du *care* se distingue des autres théories éthiques et morales traditionnelles (79,82) par le fait qu'elle est davantage ancrée dans les expériences vécues, dans le concret, dans les réalités quotidiennes et le contexte particulier dans lequel émergent les problèmes éthiques (71,79,84). Elle s'intéresse aux problèmes éthiques « dans l'ordinaire des vies, soit dans les réalités quotidiennes du lien et de l'interdépendance d'êtres humains vulnérables » (72, p.36). Les relations humaines, leur interdépendance et leurs rapports dans les structures sociales constituent des éléments phares du *care* (71,79,81–83,83–85). L'éthique du *care* est plus souvent associée aux éthiques féministes où elle constitue une approche qui « bouscule non seulement les manières habituelles de concevoir l'éthique et le politique, mais également les manières de produire des connaissances » (72, p.29).

L'éthique du *care* est fondamentalement attachée à la notion du soin. Le soin est un humanisme considéré comme le propre de l'être humain et l'attention portée à soi et à autrui (86). La notion de *care* prend des significations que le terme en français du « soin » ne peut traduire. Le terme du *care* signifie à la fois prendre soin, se préoccuper et se soucier (84). Il est plus large que l'acte de soigner ce qui rend le champ de l'éthique du *care* aussi vaste et pluriel (81,83). Glenn et Sofio considèrent le *care* comme une éthique et une activité :

« Il nous faut repenser le concept de care [...] comme une pratique qui est à la fois une éthique (se soucier de / caring about) et une activité (prendre soin de / caring for). 'Se soucier de' mobilise aussi bien la pensée que le domaine des affects : cela implique de prêter attention aux besoins des autres, d'y être sensible, de se sentir concerné·e par la nécessité d'y répondre et d'en prendre la responsabilité. 'Prendre soin de' se réfère aux diverses activités nécessaires pour assurer le bien-être d'une autre personne et prodiguer les soins dont elle a besoin. Ces activités comprennent les soins physiques (par exemple : faire la toilette, donner le repas...), les soins émotionnels (par exemple : le fait de rassurer quelqu'un, l'écoute empathique...) et des services directs (par exemple : conduire une personne chez le médecin, lui faire ses courses...) » (70, p.207).

Ces auteurs ont redéfini le *care* à la lumière des apports de différentes philosophes féministes qui ont contribué aux deux grands courants de pensée du *care*. Chacun de ces courants offre une perspective qui peut sembler dichotomique, mais qui constitue en fait une transformation de la définition du *care* comme une éthique pluraliste et transdisciplinaire (71,79,81–83). Les nouvelles définitions du *care* font qu’il constitue une éthique à la fois individuelle et collective ; à la fois une activité singulière et un processus ; à la fois une pensée et une action, une théorie et une pratique ; une activité privée et publique, gratuite ou rémunérée; qui s’applique autant au niveau personnel qu’au niveau sociopolitique et qui s’intéresse autant au particulier qu’à l’universel (79,81–84).

Ces définitions a priori bipolaires découlent de deux grands courants en éthique du *care* (71). Dans le premier courant, le *care* est associé à la pensée féministe (84). Il est défini en tant que théorie morale féminine qui s’inscrit dans une vision plus personnelle, émotionnelle et privée. Ce courant est davantage associé à la sollicitude, à la vertu et à l’attention pour autrui (79,81,84). Le *care* est dans ce premier courant de pensée une éthique qui représente la morale et les pratiques attribuables aux femmes. Elle renvoie à l’attention envers les besoins d’autrui, mais également à la prise en charge de ces besoins dont on doit intrinsèquement se soucier (87). L’éthique du *care* comme théorie morale féministe célèbre les perspectives et la voix des femmes, la singularité d’êtres humains vulnérables et interdépendants (71,84). Elle repose sur des perspectives féministes qui critiquent les biais masculins contenus dans les approches éthiques traditionnelles qui se basent principalement sur des principes absolus et des présuppositions universelles (79,82–84).

Cette conception du *care* dans le premier courant de pensée comporte toutefois des limites surtout en ce qui concerne son champ d’application et son caractère genré. Cette conception offre une compréhension du *care* à travers des rôles sociaux d’aide dans des contextes intimes que ce soit une mère qui prend soin de son enfant ou une soignante qui prend soin de son ou sa patiente (79,83,87). Dans cette conception, le *care* se pratique exclusivement au sein d’une relation privilégiée entre deux personnes ou envers soi-même (79,81,83). Certaines philosophes modernes critiquent cette conception puisqu’elle réduit le *care* aux perspectives de genre où les femmes sont naturellement disposées à prendre en charge les besoins et les souffrances des plus vulnérables (84). Ce sont ces perspectives qui auraient d’ailleurs contribué à renforcer les stéréotypes sexuels, à réduire les femmes aux tâches des soins et à marginaliser leur travail en privilégiant les perspectives et biais masculins notamment en éthique, mais aussi dans les institutions de soin

(10,11,16,71,84). Cet élément est d'ailleurs significatif en regard aux infirmières qui ont été réduites aux tâches de soins et à différents pouvoirs qui ont permis de les subordonner au service des autres (10,11,16,78,81,86). Nous verrons comment cette construction sociale a favorisé la violence dans les milieux de soins dans le prochain chapitre et a contribué au processus de la violence structurelle pour les infirmières aujourd'hui.

Le deuxième courant du *care* transcende ces limites et transporte le *care* dans les sphères sociale et politique tout en considérant son intérêt individuel et interpersonnel (71,79,81,84). Tronto est une figure marquante de ce courant de l'éthique du *care* en tant que philosophie politique pluraliste et pratique démocratique (72,79,81,84). Dans son écrit *Du Care*, Tronto propose la même définition qu'elle a élaborée en collaboration avec Berenice Fischer dans un ouvrage publié en 1991. Le *care* y est défini comme :

« une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre “monde”, en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie » (83, p.244, traduit par Tronto)

Par les nouvelles propositions de Tronto, le courant politique du *care* transforme son activité en « concept moral et politique intégral » (81). Il envisage le soin au-delà de la sphère relationnelle, duelle et interindividuelle, mais comme une activité politique qui vise à bâtir une société juste et équitable (81). Ainsi, Tronto conçoit le *care* comme une pratique et une disposition qui peut s'appliquer à des individus, des objets et des environnements en tenant compte des contextes sociaux, politiques et culturels (81). Cette conception du *care* rejette les postulats que l'être humain est fondamentalement autonome et que tous les êtres humains sont égaux, car ces présuppositions ignorent la vulnérabilité de l'être humain, son interdépendance à autrui, les réalités sociales d'injustices et les contextes culturels (79,82–84). Ainsi, elle remet en cause le fondement de nos sociétés basées sur le patriarcat et la domination masculine majoritaire qui permettent de maintenir le racisme, le sexisme et d'autres injustices (79,83,84). Les CDT infirmières peuvent justement être réfléchies en rapport à diverses injustices socialement construites qui ont permis l'établissement de la violence structurelle. Le troisième chapitre repose justement sur l'analyse de ces injustices.

Le *care* comme éthique politique offre une vision plus élargie du concept du *care*. Elle nous amène à considérer les êtres humains à travers les rapports sociaux et politiques qui organisent notre société (79,84). Son application autant microsociale que macrosociale et sa capacité de naviguer entre ces deux champs constituent sa force et est d'ailleurs mobilisée dans ce travail pour réfléchir aux rapports entre la structure des organisations de santé et les CDT infirmières qui forgent la violence structurelle. Le *care* comme éthique critique est capable d'entrevoir les liens et relations entre les différents niveaux d'analyse sociale et les rapports entre les individus à travers ces différents niveaux et c'est là qu'elle trouve le potentiel de corriger des situations injustes et « réparer » notre monde (79,81–83). Elle révèle d'ailleurs comment les structures sociales influencent nos valeurs et nos pratiques quotidiennes et montre comment la société a profité des dispensatrices de soins pour les assujettir à de multiples positions de pouvoirs (81). Nous analyserons d'ailleurs cette dimension dans le prochain chapitre à travers une revisite sociohistorique. Les conditions historiques selon le *care* constituent un facteur important pour expliquer la dévalorisation, la réduction et la marginalisation des soignantes à l'heure actuelle (71,79,81,85). Ces conditions nous permettent d'ailleurs d'entrevoir comment la violence structurelle s'est construite à travers les époques et a influencé les pratiques quotidiennes de nos jours.

Au-delà d'encourager la réflexion critique, le *care* constitue aussi une pratique qui inspire et exige un travail réel porté vers l'action. Il nous mène à entrer en contact direct avec les individus ou objets de soin dans une vision de bien commun, de justice sociale et de démocratie (80,81,84). Pour Tronto, le *care* comme activité qui permet de maintenir, perpétuer et réparer notre monde implique aussi de nous protéger de la violence en évitant « les irruptions extraordinaires de violence ou d'autres formes de perturbation dans notre vie quotidienne » (83, p.246). Pour nous protéger de la violence ou de toute autre perturbation qui risque de dégrader notre monde, le *care* implique un engagement de la part de l'ensemble des êtres humains. Parallèlement, selon Barnes et coll., le *care* constitue une responsabilité collective et publique nécessaire aux bases d'une société bonne qui « requiert l'action au cœur des systèmes politiques et institutionnels ainsi qu'au cœur des relations interpersonnelles soignantes » (81, p.12). Ces auteures soutiennent que c'est dans cette vision que nous devons examiner « à la fois les origines et les réponses aux abus et aux mauvaises pratiques dans les établissements de soins » (81, p.12), ce qui est aussi pertinent pour examiner les CDT nuisibles dans les milieux de soins infirmiers. Les perspectives de l'éthique du

care sont donc très intéressantes pour analyser les causes de la violence structurelle faite aux infirmières et comprendre les injustices en amont des CDT infirmières nuisibles, une forme de violence normalisée dans la profession et dans les milieux de soins à travers le monde.

Approche méthodologique basée sur les quatre phases du care

Le *care* comme éthique critique, politique et pratique inspire non seulement des perspectives uniques, mais propose aussi certaines approches méthodologiques que nous utiliserons dans notre processus d'analyse. Selon Tronto, le *care* implique un processus actif de réflexion et d'action qui comprend quatre phases : 1) se soucier de ; 2) prendre en charge ; 3) prendre soin ; et 4) recevoir le soin (81–84). La première phase du *care* consiste à « se soucier de » (*caring about*) (81,84). Elle implique de se préoccuper, de porter une attention et de reconnaître la nécessité du soin comme une certaine fin à un besoin (81). Le premier chapitre de ce mémoire a porté à notre attention l'enjeu des mauvaises CDT des infirmières et de la violence structurelle qui le chapeaute. Nous avons pu reconnaître la nécessité de remédier aux mauvaises CDT puisqu'elles créent des contraintes et des souffrances que nous pourrions éviter si les CDT étaient moins violentes. Le souci porté vers ces problèmes nous amène à la deuxième phase du *care* qui consiste à « se charger de » ou « prendre en charge » (*taking care of*). Elle implique la reconnaissance que nous pouvons agir et « assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter » (71, p.249). La notion de responsabilité constitue un élément essentiel dans l'activité du *care*. D'ailleurs, selon Paperman, « les questions et les dilemmes moraux prennent plus souvent la forme de conflit de responsabilité entre soi et les autres » (72, p.31). Nous soulignerons d'ailleurs les conflits de responsabilité à travers notre analyse. Le *care* est très orienté vers les enjeux de responsabilité et nous analyserons comment la notion de responsabilité s'articule dans les rapports inégalitaires entre le personnel infirmier, les organisations de santé et les différents acteurs dans l'organisation du système de santé.

Tronto propose notamment l'idée d'irresponsabilité privilégiée qui permet à certains individus et groupes d'ignorer leur responsabilité dans le soin et de les déléguer le plus souvent aux femmes (81). Cette idée d'irresponsabilité privilégiée entraîne une répartition inéquitable des responsabilités plutôt qu'une responsabilité partagée entre les individus, objets et environnements impliqués directement et indirectement dans le soin (81,82). Une analyse critique basée sur le *care* « expose le mécanisme par lequel l'ignorance sert à éviter aux individus relativement privilégiés

de remarquer les besoins des autres » (71, p.258). Nous analyserons ainsi comment différents partis ignorent les besoins des infirmières et leurs responsabilités face aux enjeux qui les touchent. Cette ignorance nourrit justement la violence structurelle qui comme nous l'avons définie empêche les individus de répondre à leurs besoins et les empêche de réaliser leur plein potentiel. Pour découvrir la responsabilité de ces partis, nous conduirons notre analyse sur l'évolution des professions soignantes afin de déceler les objets de pouvoir qui ont contribué à la dévalorisation, la réduction et la marginalisation des soignantes à l'heure actuelle (71,79,81,85).

La troisième phase du *care* consiste à « accorder des soins » ou « prendre soin » (*care giving*). Elle implique de rencontrer directement les besoins des individus à travers un travail matériel, effectif et un contact direct avec les personnes qui rencontrent des problèmes (81,84). Puisque notre enjeu implique des questions d'injustices qui s'articulent entre des niveaux sociaux micro, méso et macro, il sera ardu de proposer des recommandations spécifiques à chaque forme d'injustice puisqu'elles sont influencées par des phénomènes complexes et se manifestent par différents facteurs défavorables dans les contextes de travail. Face à un problème systémique, je propose d'intégrer les principes du cadre éthique pour un système de santé apprenant (*An Ethics Framework for a Learning Health Care System*) à nos pistes de recommandations. Un système apprenant vise à transformer directement les structures inéquitables de notre système de santé par des activités d'apprentissage (88). Ce cadre éthique est mobilisé puisqu'il raisonne avec les valeurs de *care* dans une perspective structurelle. Ce cadre conçoit que chaque partie, peu importe sa position hiérarchique, peut contribuer activement à un système de santé plus juste. Il exige justement de considérer les inégalités dans le système de santé dans une vision de justice (88).

Le cadre éthique pour un système de santé apprenant repose sur sept obligations : 1) respecter les droits et la dignité des patients ; 2) respecter le jugement clinique des cliniciens ; 3) fournir des soins optimaux à chaque patient ; 4) éviter d'imposer des risques et des fardeaux non cliniques aux patients ; 5) réduire les inégalités de santé entre les populations ; 6) mener des activités responsables qui favorisent l'apprentissage à partir des soins cliniques et des informations cliniques ; et 7) contribuer à l'objectif commun d'améliorer la qualité et la valeur des soins cliniques et des systèmes de soins de santé (88). Chacune de ses obligations est partagée entre différents partis dans le système de santé qui peuvent y contribuer selon leurs moyens. En regard aux perspectives du *care*, nous traduirons le terme « obligations » par « responsabilités ».

Nous proposerons ainsi des recommandations reposant sur le partage de responsabilités entre les institutions de santé, les professionnels de la santé, les chercheurs, les gestionnaires et le public afin qu'ils puissent tous contribuer à bâtir un système de santé plus juste en reconnaissant les injustices liées aux mauvaises CDT. Le cadre éthique pour un système de santé apprenant a pour principal objectif « d'apprendre comment améliorer la pratique clinique ou la valeur, la qualité ou l'efficacité des systèmes, institutions et modalités par lesquelles les services de soins de santé sont fournis » [traduction libre] (87, p.19). Cet objectif pourra nous permettre de conférer des responsabilités à différents acteurs dirigées vers des meilleures CDT infirmières, un environnement de travail sain, moins propice à la violence et plus propice à des soins sécuritaires et de qualité.

Enfin, la quatrième et dernière phase consiste à « recevoir des soins » (*care receiving*). Elle implique la réception au soin accordé, le résultat du travail soignant. Cette étape permet d'évaluer si les besoins du soin ont été répondus (81,84). Évidemment, cette phase ne sera pas impliquée dans ce travail puisqu'elle ne peut être rencontrée que dans l'application concrète de nos recommandations si elles sont mises en place et intégrées dans les structures.

Implications : forces et limites

L'utilisation du cadre éthique du *care* constitue une force dans ce travail en raison de ses nombreux attributs et apports significatifs en regard à la violence structurelle qui pèse sur des soignantes. L'éthique du *care* ainsi que le concept de violence structurelle offrent des perspectives particulières pour aborder le problème des CDT infirmières en adoptant une vision systémique. Ces deux concepts raisonnent bien l'un par rapport à l'autre. Tous deux portent une attention aux individus, à l'expérience d'êtres humains au quotidien, leurs interrelations, leur vulnérabilité en rapport aux contextes micro, macro et méso qui produisent des souffrances et des injustices sociales. Le *care* soulève une injustice plus spécifique aux infirmières : la condition féminine. L'approche politique du *care* s'intéresse aux processus et aux conditions historiques, sociales et politiques qui ont réduit les perspectives du soin et un travail confié traditionnellement aux femmes. Le concept de violence structurelle met les mots sur les injustices que vivent les infirmières ainsi que sur les processus qui chapeautent les facteurs défavorables à la pratique infirmière qu'ils soient traduits en termes d'oppression, de souffrances, de violence au travail ou

d'autres torts comme les risques sur la santé (16). Si l'on applique les apports du *care* et de la violence structurelle selon une perspective éthique critique de la violence telle que propose par Malherbe, les mauvaises CDT infirmières constituent des symptômes qui dissimulent une forme de violence qui ne nous apparait pas de manière évidente et dont nous devons chercher les processus en cause.

Les concepts et cadres éthiques utilisés dans ce travail offrent en effet des perspectives qui s'appliquent bien à la violence structurelle et permettent de considérer les réalités infirmières. Cela dit, les choix de ces concepts et cadres éthiques sont teintés par des connaissances que j'ai acquises par mes expériences professionnelles et académiques. D'ailleurs, l'intérêt que je porte aux mauvaises CDT infirmières découle des expériences négatives que j'ai moi-même vécues dans ma pratique (le TSO, le déplacement, les menaces). Peut-être que si je n'étais pas infirmière et que je n'avais pas expérimenté personnellement certaines injustices, je ne me serais pas autant intéressée aux mauvaises CDT ni à la violence structurelle et j'aurais porté mon attention vers des formes d'injustices différentes de celles retenues dans le cadre de ce travail. C'est pour cela que j'ai tenu à exposer cet élément en avant-propos pour à la fois expliquer l'origine de l'intérêt de ce travail et expliquer les rapports que j'entretiens moi-même avec la problématique. Le *care* constitue d'ailleurs une éthique qui fait partie intégrante de mon identité professionnelle et qui influence mes approches d'intervention. Cela fait que ce travail peut être teinté par mes biais personnels.

Pour diminuer ces biais personnels dans l'exercice de l'analyse, j'ai décidé de ne pas intégrer mes expériences dans le processus d'analyse, mais de les situer en avant-propos et en annexe de ce travail. Initialement, l'analyse devait inclure des cas issus d'expériences que j'ai vécues dans mon quotidien d'infirmière puisque l'éthique du *care* encourage que l'on s'intéresse aux expériences vécues. En effet, mes points de vue personnels en tant que personne directement touchée par des injustices dans le cadre de ma profession sont considérées comme des « producteurs de connaissances » et auraient pu être valorisés pour communiquer des situations d'injustices qui ne peuvent être comprises autrement que par des éléments narratifs (82). Cela dit, pour que le travail ait une portée plus générale et moins singulière, mes expériences ne feront donc pas partie du processus d'analyse. J'ai tout de même inclus en annexes trois vignettes qui offrent un aperçu de mes expériences. J'ai rédigé trois cas issus de mes expériences personnelles. Ces cas sont contextualisés dans chacun des annexes. Ces vignettes ont été construites durant la rédaction de ce

travail. Je me suis souvenue de ces situations alors que je découvrais moi-même les rapports entre les injustices de la violence structurelle et mes propres expériences. Ces situations m'ont amenée à pousser davantage mes réflexions dans le cadre de ce travail et pour cette raison, je les présente afin d'illustrer comment les contraintes, les politiques de gestion et l'injustice s'expriment dans le quotidien d'une infirmière.

Chapitre 3. Déconstruire la violence structurelle vécue par les infirmières dans les organisations de soins

L'éthique du *care* porte une attention particulière à la place du soin dans notre société, au travail du soin et aux femmes à qui les tâches de soin ont été traditionnellement attribuées (79,84,85). Leur histoire est intimement liée à l'histoire du soin et à l'histoire des institutions hospitalières et de ses réformes (10,16,61,89). Les transformations sociales, politiques, économiques et professionnelles ont façonné les pratiques infirmières ainsi que leur CDT tel que nous les connaissons actuellement. Il est possible de distinguer trois phénomènes ou processus majeurs qui ont bâti la violence structurelle ou du moins qui y ont contribué en grande partie : *l'institutionnalisation* des soins par l'Église, *la médicalisation* et *l'étatisation* des soins de santé (10). Selon Cohen, l'histoire des infirmières est intimement liée à l'histoire du soin et l'histoire des hôpitaux. Ainsi, les transformations des pratiques soignantes et les transformations des institutions hospitalières ont également transformé les pratiques des infirmières, leur environnement de soins et leurs CDT globales qui ont également dévalorisé leurs savoirs, leurs pratiques, leur éthique et leur profession (10,11,16,55,78). À travers ces transformations, se sont introduites au fil du temps différentes formes de pouvoirs, de dominations et de hiérarchies qui ont contribué à opprimer et subordonner les infirmières et façonné ainsi la violence structurelle (10,16,55,65,78,89,90). Dans ce chapitre, nous analyserons plusieurs injustices liées à ces transformations en mettant en lumière les structures hiérarchiques, les rapports relationnels inégalitaires et les formes de déshumanisation qui habitent notre système de santé et affectent le personnel infirmier dans le quotidien de leur travail.

Avant d'investiguer la violence structurelle propre aux structures de notre système de santé actuel, il faut d'abord comprendre les origines de la violence structurelle. Les conditions historiques ont une part importante dans la construction de la violence pour les infirmières. Il est donc fondamental de regarder dans le passé des professions infirmières pour comprendre leur présent, là où l'histoire nous fournit des éléments de réponse aux enjeux non éthiques entourant les CDT nuisibles actuelles (85). Nous ferons donc l'analyse des injustices en deux temps. Dans un premier temps, nous retracerons des injustices qui sont profondément enracinées dans des conditions historiques qui ont façonné l'identité de la profession infirmière. L'ouvrage de Cohen sur l'histoire de la

profession infirmière dans les hôpitaux du Québec sera davantage utilisé pour retracer les événements qui ont transformé les pratiques infirmières au Québec. Cela dit, d'autres écrits de la littérature internationale seront mobilisés sur des éléments universels à la profession infirmière. Nous soulignerons les injustices attribuées à l'identité sociale de genre, à l'institutionnalisation des soins et à la domination médicale qui s'inscrivent dans l'identité de la profession infirmière (10,11,16,55,65,89,90). Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons à la violence structurelle encadrée dans les organisations de soins actuelles. Nous soulignerons l'impact des réformes institutionnelles et des nouvelles pratiques de gestion dans la déshumanisation des infirmières dans de nombreux pays industrialisés.

Le rôle des conditions historiques et de la condition féminine

Le genre féminin, le statut de la femme et le travail du *care* constituent des éléments fondamentaux dans la violence faite aux infirmières (10,16,78–81,83,84). Ces injustices ont fait des professionnelles en soins des « petites infirmières corvéables, obéissantes et dévouées » qui sont maintenues dans des CDT lourdes et déshumanisantes (10,11,16,61,78,89). Les CDT infirmières sont indissociables du phénomène du patriarcat qui a contribué à discriminer les infirmières (et les dispensatrices de soins de manière générale) en fonction de leur genre. En effet, le travail des infirmières orienté vers le *care* a depuis longtemps été destiné aux femmes et leur a conféré un statut socio-économique plus faible en société et une position hiérarchique faible dans les institutions de soins (10,16,74,79,81,90,91). De la même manière que les femmes ont été marginalisées et reléguées à un statut socio-économique plus faible en société, leurs professions ont subi le même traitement (11,78,90).

Le care aux femmes

Comme nous avons décrit précédemment, le portrait des infirmières est majoritairement féminin. Les professions infirmière et infirmière auxiliaire sont toutes deux constituées à 90 % de femmes (9,27,33). Cette statistique témoigne de l'héritage d'un métier qui s'est basé sur des valeurs féminines, d'un travail réservé aux femmes qui leur a attribué une place en société pour occuper exclusivement des postes de soignantes (10,11). Le métier du soin attribué à des religieuses pieuses et dévouées puis, plus tard à de jeunes filles célibataires aisées en quête d'une carrière professionnelle a été maintenue au fil du temps au bas de différentes hiérarchies du simple fait

qu'elles sont des femmes (10,16,78,89,90). Au tournant du 18^e et 19^e siècle, alors que les soignantes se chargent des soins dans les premiers hôpitaux et dispensaires, elles sont considérées moins intelligentes et plus utiles aux tâches domestiques qui consistent à servir les autres notamment à *care* pour les personnes malades, les infirmes, d'où l'appellation infirmière (10,78,89). Les professions soignantes sont d'ailleurs les premiers métiers qu'exercent les femmes en dehors de leur foyer (78). Leurs métiers se caractérisent par la patiente, l'obéissance, le respect de l'autorité, la soumission et surtout mettre les besoins des autres avant les siens (10,16,78,89,90). Ce dernier élément constitue entre autres une caractéristique que l'on retrouve dans le premier courant du *care* qui a contribué à marginaliser et stéréotyper le travail des femmes et des soignantes et à valoriser les perspectives masculines au profit des perspectives féminines, dont le *care* (79–82,84,92).

Le fait d'être femme a construit les métiers du soin et surtout contribué à la violence structurelle faite aux infirmières aujourd'hui. Cette violence n'est pas seulement subie par le personnel infirmier, mais constitue également une violence symbolique faite à des femmes en rapport à leur appartenance professionnelle, des femmes qu'il faut discipliner, entrainer et instrumentaliser pour servir les hommes qui n'ont pas à remplir des tâches de soins puisqu'ils les relèguent aux femmes (10,16,78,79,81,90). Malgré le fait que le « *nursing* » constitue aujourd'hui une pratique professionnelle autonome, certains auteurs avancent qu'en fait la profession infirmière demeure une semi-profession, subordonnée et opprimée puisqu'elle est maintenue dans des structures qui ont encadré sa pratique par la domination (10,16,45,78,90). Cette oppression provient de différentes formes de pouvoirs et de structures hiérarchiques qui se sont imposés aux soignantes à travers le temps (10,11,78).

Des femmes institutionnalisées pour soigner

D'abord, le premier événement à l'origine de la violence structurelle est l'institutionnalisation du soin par l'Église qui représente la première forme de pouvoir et de structure hiérarchique qui influence le futur des soignantes (10). Traditionnellement, dans l'histoire de l'humanité, les soins étaient exercés autant par des hommes et des femmes qui ont des savoirs en plantes médicinales servant à entretenir le corps et l'esprit (10). Les femmes sont plus souvent guérisseuses, nourrices, sages-femmes. Leurs soins se basent davantage sur un travail d'assistance, d'aider à donner la vie et contribuer au maintien de la communauté. Les hommes sont quant à eux barbiers, embaumeurs

ou médecins. Leurs soins se basent davantage sur le travail du corps. Par ailleurs, on retrouve également des soins exercés par les deux genres : sorcières et sorciers, prêtres ou chamans. Leurs soins se basent davantage sur l'activité spirituelle (10). Le soin est une activité aussi ancienne que notre monde avant même que des professionnelles ne s'en chargent. Elle est essentiellement une activité humaine (59,64,81,86).

Les traditions soignantes ont toutefois été chamboulées par la montée du christianisme (10). L'ère des soins traditionnels est abrogée par la prise de pouvoir des prêtres chrétiens qui prennent le contrôle de la société en prenant le contrôle sur les corps. Les femmes, à moins d'être religieuses, sont exclues des fonctions de soignantes à défaut d'être accusées de sorcellerie. L'institution religieuse s'approprie l'exclusivité des soins et l'entretien du corps pour assurer sa mission religieuse et colonisatrice. Certaines congrégations hospitalières se donnent le monopole des soins en les encadrant dans des institutions cloîtrées, alors que d'autres ordres religieux se concentrent sur des soins à visée spirituelle dans des dispensaires ou des écoles. Il se produit alors une rupture entre les soins donnés par des hommes et des femmes dans la communauté, à des soins donnés par des prêtres et des religieuses dans des institutions cloisonnées (10). C'est ainsi que l'on réfère souvent aux religieuses comme ancêtres des infirmières puisque leur histoire découle de l'histoire de femmes institutionnalisées par l'Église pour donner des soins. Les soins donnés par ces femmes sont gratuits, empreints de charité, de vocation et de bénévolat qui font d'elles des femmes dévouées à la cause humanitaire et au service de l'autre. Ces nouvelles pratiques soignantes font aussi d'elles des femmes obéissantes, soumises, silencieuses et subordonnées à l'autorité de l'Église (10,16,78,89).

Ainsi, l'institutionnalisation des soins par le système religieux peut être considérée à l'origine de la violence structurelle pour les infirmières par la mise en place d'une première structure hiérarchique entre l'Église et les premières soignantes en institution. C'est effectivement ce rapport institutionnel qui caractérise la violence structurelle dont l'État s'appropriera plus tard avec la laïcisation des institutions hospitalières et la création d'un système public de santé (10,16,73,77). Cohen stipule que l'institutionnalisation des soins par l'Église a fait du soin un enjeu de pouvoir (10). Cette première structure de violence institutionnelle a confiné des femmes dans des institutions cloîtrées afin de pouvoir prodiguer des soins sous l'autorité des prêtres. Elle a discriminé certaines femmes par rapport à d'autres quant à des qualités de servitude servant la

mission hospitalière et colonisatrice (10). Elle a depuis plus d'un siècle contribué à instaurer de mauvaises CDT où le soin était une vocation, un travail charitable et gratuit en permettant l'exploitation des soignantes (10,11,16,78,86). Malgré la professionnalisation et l'enseignement des soins infirmiers, les infirmières travaillaient jusqu'à 14h par jour et les étudiantes en soins infirmiers étaient vues comme de la main-d'œuvre bon marché. En 1932, au Canada, un éducateur demande une investigation sur les CDT des étudiantes et les compare à l'esclavage : « *no other profession would tolerate such working conditions* » (78). En 1956, une centaine d'infirmières pratiquaient bénévolement dans les hôpitaux de Montréal (10). Jusque dans les années 1960, au Québec et ailleurs au Canada, les étudiantes en soins infirmiers pouvaient travailler sur des quarts de nuit cinq semaines de suite en plus de leur formation à l'école (10,78). L'institutionnalisation des soins par l'Église peut être conçue comme la fondation de la violence structurelle qui a instauré des CDT violentes comparables à l'esclavage (78). Cela dit, d'autres pouvoirs et hiérarchies se sont imposés sur les soignantes dans l'histoire de la profession infirmière suite à l'institutionnalisation des soignantes (10,78).

Des soignantes au service de l'autorité médicale

L'Église n'est pas la seule entité qui a pris l'autorité sur les soignantes. Le phénomène de violence structurelle se caractérise aussi par la domination médicale dans les institutions hospitalières (10). L'introduction du pouvoir médical vers la fin du 19^e siècle se produit avec les phénomènes d'industrialisation et d'urbanisation à l'heure du progrès scientifique et médical (10). Les savoirs scientifiques et médicaux s'imposent dans les hôpitaux qui subissent d'importantes épidémies. Les médecins et l'institution hospitalière sont les premiers à bénéficier de nouveaux savoirs scientifiques et vont imposer leur autorité sur les soignantes par leurs connaissances et la science. Dès 1870, les médecins acquièrent plus de pouvoirs dans les hôpitaux. Cohen illustre ce phénomène par le cas de l'Hôtel-Dieu à Montréal. Les médecins sortants des facultés de médecine se sont associés aux directions religieuses pour prendre en charge les soins aux malades et l'enseignement théorique. Les deux partis ont notamment signé un accord en 1921 qui visait à recruter du personnel médical compétent pour traiter les malades. À cette époque, il faut soulever que les femmes n'ont pas accès à la science et leur accès à la profession médicale leur est interdit (10).

Les hommes et les femmes sont ainsi divisés dans l'institution hospitalière. Les hommes bénéficient des savoirs masculins reposant sur la science et les nouvelles techniques antiseptiques. Les femmes conservent leurs savoir-faire féminins reposant sur la charité, l'enseignement et les œuvres caritatives (10). Cette division marginalise les infirmières, les sages-femmes et les guérisseuses. Avec la science et la laïcisation, les médecins prennent désormais le contrôle des institutions hospitalières précédemment contrôlées par les prêtres. Ils prennent également le contrôle des corps, autant ceux des malades que ceux des soignantes qui deviendront des outils de travail pour les médecins (10,78). Cohen soulève d'ailleurs que le modèle médical qui s'est imposé en santé est à l'origine des conflits entre les médecins et les infirmières. Ces deux professions ont fondé le réseau de la santé depuis plus d'un siècle et leurs rapports les ont divisés à travers des enjeux de pouvoir (10).

Selon de nombreux auteurs, les savoirs scientifiques ont permis en effet au corps médical de s'associer à la direction hospitalière pour exercer leur autorité sur les soignantes et les instrumentaliser au service des médecins et de l'institution de soin (10,16,55,57,78). Au Québec, avec la laïcisation des institutions hospitalières à partir des années 1940, les religieuses qui étaient chargées des malades sont poussées vers la gestion comptable et on laisse les infirmières la charge des soins aux malades (10). Les médecins prennent le contrôle sur les soins, sur l'éducation, la formation et le *training* des infirmières et contrôlent ainsi leurs standards de pratique (10,16,78,89). Cette éducation demeure toutefois minimaliste. Elle est suffisante pour permettre aux infirmières d'assister les médecins et les servir dans les nouvelles techniques médicales sans toutefois qu'elles négligent toutes les tâches de *care* autour des malades (les nourrir, les laver, les assister, être attentive à leurs besoins) (78). Le *training* des infirmières constitue d'ailleurs l'outil d'oppression des médecins qui sert à renforcer leur domestication dans un milieu de travail en concordance avec le rôle de soignantes soumises et obéissantes institué par l'Église (16,78). Dans les écoles d'infirmières, les surintendantes (*nurse leaders*) apprennent aux étudiantes infirmières à obéir à l'autorité et à maîtriser les techniques sous la supervision de leurs supérieurs (surintendantes et médecins) (10,78). Les « *nurse leaders* » ont été des complices dans la domination médicale et ont contribué à maintenir le symbole de la femme dominée malgré la professionnalisation des soins infirmiers: « *No matter how gifted she may be, she will never become a reliable nurse until she can obey without question* » (78).

L'autorité médicale a joué un rôle important dans la violence structurelle, car elle a permis d'*objectifier* les infirmières en tant qu'instruments de travail (10,16,55,78). La place des médecins dans l'éducation des infirmières a persisté jusque dans les années 1920 au Québec malgré la professionnalisation des infirmières et la formation universitaire. Les médecins ont commencé à reconnaître la légitimité du rôle de l'infirmière en santé et leur partenariat dans la prise en charge des patients. Seulement, ils conservent l'autorité sur leur pratique à travers la prescription de tâches et de techniques tout en continuant de superviser leur travail auprès des patients (10). Surtout devant la complexification et la quantité de nouvelles techniques médicales, les médecins délèguent ces techniques et utilisent des prescriptions qu'elles doivent remplir et respecter à la lettre (10,11,78).

L'oppression médicale occupe une place importante dans la construction de la violence structurelle pour le personnel infirmier et dans l'altération des CDT qui se complexifient (10,16,55). Alors que l'Église confine les soins et les femmes dans des institutions et au travail du soin, la médicalisation, elle, instrumentalise les infirmières en devenant des objets de servitude médicale avec des savoirs inférieurs à qui les techniques peuvent être déléguées (10,16,78,89). L'introduction du pouvoir médical a créé une hiérarchie supplémentaire pour les infirmières au sein même des institutions hospitalières et a contribué à leur semi-professionnalisation. En effet, malgré que la profession infirmière se soit autonomisée, elle s'inscrit toujours en rapport avec la profession médicale qui a créé une hiérarchie par la division des hauts savoirs réservés aux hommes et des savoir-faire réservés aux femmes (11,55,90). C'est ainsi qu'encore aujourd'hui, les infirmières sont souvent associées aux médecins parfois comme à leur service, même si elles sont plus reconnues comme des partenaires indispensables dans les soins (61,90). Il demeure que la hiérarchie entre ces professionnels de la santé peut encore être perçue à travers des inégalités sociales qui apparaissent dans les pratiques organisationnelles.

En effet, durant la crise sanitaire, des situations ont été dénoncées concernant les privilèges des médecins. Comme mentionné sur la plateforme « Je dénonce », l'utilisation du matériel de protection était limitée pour les infirmières et contrôlée par les gestionnaires alors que les médecins spécialistes avec qui elles travaillent dans les mêmes milieux portent masque et visière (ou lunettes) en tout temps selon d'autres recommandations (7). En plus, de l'inaccessibilité aux moyens de protection, les infirmières ne reçoivent pas des informations cohérentes avec celles des

médecins notamment. Cette inégalité est d'ailleurs causée par une hiérarchisation des milieux de travail en fonction des spécialités et des départements budgétaires (7). La pandémie a accentué les iniquités de santé et le personnel infirmier a subi l'effet COVID-19 (4,5). Nous pouvons ainsi déceler le rôle de la violence structurelle qui entraîne une distribution inéquitable des ressources en fonction des groupes privilégiés dans les milieux de soins (7,73–76).

La violence structurelle produite par l'établissement de l'autorité médicale au sein des institutions hospitalières vers la fin du 19^e siècle ne constitue pas de l'histoire ancienne. Cette violence a permis l'oppression des infirmières actuelles en créant des injustices entre le corps soignant et le corps savant (10,16,55). Les conséquences de cette violence hiérarchique apparaissent notamment aujourd'hui par des inégalités de santé que subissent les infirmières et par les multiples contraintes au travail lorsqu'on les compare aux autres professionnels de la santé (11,12,14,20,41,53). Les CDT infirmières actuelles découlent des pratiques soignantes qui se sont complexifiées et alourdies pour répondre justement aux tâches à la fois médicales, techniques et au chevet des patients (11,20,41,48). La division des savoirs masculins et féminins explique aussi d'une certaine manière pourquoi les compétences et expertises des infirmières sont moins reconnues que celles d'autres professionnels spécialisés comme les médecins, les physiothérapeutes ou nutritionnistes qui ne portent pas le même héritage historique que les soignantes et qui sont davantage considérées comme des experts de leur champ de pratique (9–11,45,58).

L'Église et l'autorité médicale ont exercé un rôle déterminant dans le fondement de la violence structurelle, surtout dans sa dimension symbolique où les infirmières, leurs savoirs féminins et leurs perspectives basées sur le *care* sont inférieurs aux savoirs masculins. Elles se retrouvent ainsi marginalisées, discriminées et exploitées par ceux qui détiennent les connaissances, la science et le pouvoir (10,55,78,79,81,84,85). Cette violence a fait des infirmières des objets disciplinaires qui peuvent être instrumentalisés au service des partis qui se déresponsabilisent des tâches de soins (10,16,78,81). Les médecins ont d'ailleurs forgé cette image symbolique auprès de la société où ils étaient perçus comme l'autorité de l'hôpital, les patrons et les savants qui disciplinent « les petites infirmières » au service du public et du bien commun (10,78,89).

La construction de la violence structurelle ne s'arrête tout de même pas à l'établissement de l'autorité médicale en position hiérarchique sur les infirmières. La domination médicale n'agit pas seule. Elle s'entremêle à d'autres formes de pouvoirs comme la santé publique, les directions des

hôpitaux et la loi qui régleme la pratique des infirmières selon les nouvelles normes médicales (10,16,55). La prise de pouvoir de l'Église a institué la violence dans des lieux de soins cloîtrés, mais la violence structurelle s'est complexifiée avec la prise de pouvoir scientifique et médicale qui s'allie en même temps au pouvoir institutionnel dans l'enseignement et la gestion hospitalière (10,18,57,61,78,89). La soumission des soignantes à l'autorité religieuse bascule vers une soumission à l'autorité médicale et plus tard, à l'autorité managériale avec la laïcisation des hôpitaux et le rôle dominant de l'État (10,16,78,78,89). Les CDT infirmières subissent ainsi de nouvelles transformations plus profondes introduisant d'autres acteurs et objets hiérarchiques dans l'environnement de soin.

La violence organisationnelle : le personnel infirmier dans un système de santé déshumanisé

La suite de l'histoire

Après une histoire et un héritage issus de la domination religieuse et de la domination médicale, les pratiques infirmières basculent vers une nouvelle forme de domination qui transforme du même coup le visage de la violence structurelle : l'État (10,11,16,55,65,86). Avec la création d'un régime d'assurance public en 1962 et différentes réglementations qui encadrent les soins infirmiers depuis les années 1940, l'État occupe une place plus importante dans les institutions hospitalières et introduit différentes formes de pouvoirs et de hiérarchies supplémentaires dans les organisations de santé (10,11,61). Au Québec, les soignantes n'exercent plus dans des hôpitaux où elles prennent exclusivement soin des malades, elles exercent dans des hôpitaux qui intègrent de nouvelles normes de soins dans des structures de plus en plus complexes, notamment les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) comme nous les connaissons en 2022 (10).

Cohen explique qu'au tournant des années 1940, face à des demandes de soins croissantes et à la multiplication d'établissements de soins, les infirmières doivent répondre à la demande de soins dans les établissements et s'identifient quant à leurs rôles et leurs savoirs organisationnels. Pour répondre à cette demande, les infirmières auxiliaires sont de plus en plus intégrées dans les milieux de soins. Les infirmières sont dirigées vers des soins cliniques et les infirmières auxiliaires vers les soins techniques. La pratique infirmière s'inscrit de plus en plus dans une collaboration avec

les médecins et les infirmières contrôlent davantage la pratique des infirmières auxiliaires. Pendant ce temps, d'autres professionnels sont intégrés dans les hôpitaux avec l'apparition d'autres spécialités en santé et les soins infirmiers sont toujours définis comme une vocation autant pour les infirmières que pour les infirmières auxiliaires (10).

Avec les nouvelles lois sur les infirmières et infirmières auxiliaires, les syndicats, les restructurations du système de santé pour répondre aux demandes de la population, le personnel infirmier exerce désormais dans un réseau complexe de la santé (10). La nouvelle hiérarchie étatique par ses lois et ses réformes associées au système public de la santé resitue la violence structurelle au niveau macro social, la rendant plus large encore, plus organisée, plus institutionnalisée et introduit plus de contraintes, de pressions et de souffrances en milieu de travail tel que nous les connaissons aujourd'hui à travers des CDT infirmières nuisibles (10,11,45,57,62,76,77). Cette violence structurelle dépasse même les frontières nationales alors qu'elle est influencée par des phénomènes sociaux internationaux. En effet, dans les années 1990, les institutions hospitalières se transforment en administration publique qui introduit une philosophie des affaires, une idéologie capitaliste, une logique d'entreprise et une culture de performance, de rentabilité et de flexibilité qui influencent les pratiques (11,16,45,55,57,61). Les CDT des infirmières subiront du même coup les pressions économiques, technocratiques et bureaucratiques qui exerceront plus de contraintes que dans les années de l'Église et du pouvoir médical.

Des nouvelles contraintes qui empêchent de bien soigner : un conflit de responsabilités

Les organisations de santé ne sont plus que des milieux de soins, elles deviennent des entreprises et intègrent des idéologies et pratiques d'entreprises, notamment la méthode Lean, qui créent une véritable perte de sens pour les infirmières, les déshumanisent davantage en tant que soignantes, déshumanisent également leur travail auprès des patients et déshumanisent le système de santé dans son ensemble (11,16,18,55,57,59,65,86). Le système de santé est affecté par les pressions économiques et politiques de l'État et doit se soumettre au contrôle des dépenses à travers « des politiques de restrictions budgétaires, une hyperrationalisation du travail, un système d'évaluation, de gestion, de pilotage des performances et de la qualité du travail analysées sous le seul prisme des coûts de la prise en charge des patients » (19, p.62).

Ces impératifs deviennent les préoccupations principales des dirigeants dans le système de santé et établissent une culture de résultats qui invisibilise le travail soignant (18,55). L'idéologie gestionnaire bouscule les pratiques soignantes et l'essence même de notre système de santé dont la mission principale se veut d'abord humanitaire. Comme l'explique Fleury, la mission soignante se soustrait à la déshumanisation qui s'articule par :

« la pression de la rationalisation économique, qui veut faire du nom un chiffre, du qualitatif du quantitatif ; la pression technologique et numérique qui tend à réduire le sujet à des données ; la pression neuro-amélioratrice, qui dévalue elle aussi la notion du perfectionnement humain en lui substituant l'idée d'augmentation ; la pression politique et démocratique, enfin, qui désubstantialise l'état social en pensant protéger l'État de droit, alors que celui-ci devient l'ombre de lui-même » (84, p.12).

Les gestionnaires doivent rendre compte de l'excellence de la qualité des services à partir de chiffres, de données administratives et des critères de qualité sans tenir compte de la réalité du travail des infirmières (11,55,57,61). Effectivement, leur évaluation se fait à l'extérieur des milieux de soins et vise à montrer des résultats à la haute gouvernance, « rendre des comptes à la hiérarchie », « aux gens d'en haut », sans considérer les contextes des infirmières et leurs besoins, notamment la conciliation travail et vie familiale ou encore leurs capacités physiques et mentales pour administrer les meilleurs soins (16,18,61,77). Cette gestion éloigne les décideurs, dirigeants et gestionnaires des réalités des milieux de soins et du travail soignant (18). Dans ce nouveau système, le pouvoir administratif qui colonise l'environnement de soins impose « un monde de contraintes » sur le travail infirmier et génère un conflit entre les valeurs soignantes et les valeurs gestionnaires (11,45,55,57,58,61,65,86).

En effet, d'une part, les pratiques infirmières se basent sur des valeurs de *care* et nécessitent des attitudes d'attention, de souci et d'accompagnement des patients, et surtout du temps pour réaliser ces activités humanistes (5,79–81,84). Le *care* constitue une responsabilité éthique qui engage le personnel infirmier à rencontrer les besoins de leurs patients. Cette responsabilité constitue l'identité morale des infirmières à travers une réciprocité relationnelle entre elles et les patients (5). D'une autre part, les valeurs gestionnaires reposent sur des valeurs de performance, de productivité, de rentabilité et d'efficacité (11,18,45,55,57,59,62,77). Les gestionnaires conçoivent

les soins prodigués aux patients en termes de critères de qualité, de normes et de budget (55). Guidés par ces valeurs, ils imposent des exigences supplémentaires aux infirmières par une augmentation des tâches, des ratios infirmières/patients élevés, une intensification du travail et des tonnes de formulaires à remplir pour objectiver et quantifier leurs soins et leurs tâches (11,55,57,77). L'environnement stressant, la surcharge de travail, le manque de ressources humaines et matérielles, le partage de tâches inégales, des protocoles, normes et routines stricts et une structure hiérarchique rigide et stratifiée caractérisent désormais les CDT infirmières actuelles et constituent en réalité les manifestations de la violence structurelle dans les organisations de santé (11,16,57,65).

La surcharge de travail pour les infirmières ne se traduit plus seulement par la quantité de patients et la complexité des soins médicaux, elle se traduit également par une charge administrative, par une quantité de papiers et de formulaires qui doivent rendre compte des soins aux instances hiérarchiques (11,18,55,61,71,77,80). Les infirmières doivent alors en faire plus sans que ce soit suffisant puisque « tout ce qui n'est pas écrit n'est pas fait » même si « tout ce qui est fait ne s'écrit pas » (61, p.247). Il apparaît alors pour les infirmières un conflit entre les valeurs et responsabilités de *care* qui consistent à donner les meilleurs soins pour les patients et les responsabilités envers l'organisation où elles doivent rendre leurs soins traçables, objectivables et quantifiables (18,55,61,77). Face à la surcharge de travail, dont une dimension administrative importante, les infirmières manquent de temps pour réaliser l'ensemble de leurs tâches. Cela peut les amener à travailler sous la pression et le stress, à déborder de leur quart de travail pour finir des tâches qu'elles n'ont pas pu remplir dans un temps donné ou réduire du temps de qualité auprès des patients (11,18,55,57,61,71,80). Leurs CDT les placent ainsi dans des situations d'impuissance qui les empêchent de faire du travail de qualité à la hauteur de leurs compétences professionnelles (18,61,71,77,80). Et c'est exactement ce qui qualifie la violence structurelle : une violence qui empêche les individus de réaliser leur plein potentiel, qui empêche les infirmières de donner les meilleurs soins possibles et mettre en valeur leurs compétences auprès des patients. De là, nous pouvons constater un écart entre ce qui est (des CDT nuisibles, déshumanisantes et sous-optimales) et ce qui pourrait être (des soins d'excellence et de qualité) (73,75).

C'est ainsi qu'elles s'éloignent du chevet des patients, réduisent le temps consacré aux soins et mettent parfois en danger les patients malgré elles (17,47,53). Souvent, les infirmières doivent

faire des choix entre leurs patients et d'autres tâches non cliniques. Elles doivent organiser leur quart de travail et prioriser certains soins allant même jusqu'à négliger leurs responsabilités professionnelles (11,18,61). Leur temps est consacré plus souvent à remplir des papiers (11,71,80). Devant ces contraintes, leurs pratiques de *care* sont transformées :

« les patient·e·s se trouvent parfois soumis·e·s à des procédures de contrôle (par exemple l'utilisation de sédatifs ou d'entraves physiques) censées maintenir 'l'ordre' dans un contexte de manque de personnel. De ce fait, il arrive que les patient·e·s ne bénéficient pas des soins individualisés susceptibles de préserver leur dignité et leur autonomie » (70, p.206).

Les infirmières se distancient ainsi de la nature même de leur travail basé sur le *care* et cela entraîne souvent une perte de sens et de la détresse morale au travail (17,18,70). Cette détresse est le produit du conflit entre des valeurs centrées sur le *care* qui sont à la base des professions infirmières et des valeurs qui s'éloignent des activités de *care*. Ce même conflit divise l'ordre soignant et l'ordre dirigeant puisque le *care* n'est pas une valeur partagée par l'ensemble des acteurs qui ont un pouvoir sur le contexte des soins et l'imposent également sur les infirmières qui se retrouvent déchirées entre leurs obligations professionnelles et leurs obligations organisationnelles (56,57,61,77).

Ce même conflit permet d'ailleurs de blâmer les infirmières en plaçant le fardeau de la responsabilité sur elles sans tenir compte du contexte organisationnel et du rôle des contraintes qui empêchent de donner des soins de qualité et sécuritaires pour les patients (11,16,55,65). Advenant que les patients formulent des plaintes sur la qualité des soins, ce sont les infirmières qui sont blâmées en premier lieu (11). Les nouvelles modes de gestion perpétuent ainsi la tradition qui réduit les perspectives de *care* et exploite les soignantes à plus de tâches, dans des contraintes et des fardeaux de responsabilités à la fois soignantes, médicales, administratives, organisationnelles, économiques et bureaucratiques (18,55,57,61,80).

Les nouvelles normes de soins influencées par des logiques d'entreprise entraînent des contraintes au travail qui empêchent l'infirmière de donner les meilleurs soins face au manque de personnel, l'organisation du travail, la surcharge de travail et des contraintes de temps rigides (11,47,55,55,57,58,65,71). Nous pouvons également soulever un élément essentiel qui caractérise les inégalités que vivent les infirmières au travail, soit le fardeau de responsabilités et

l'irresponsabilité privilégiée des acteurs qui ne sont pas directement impliqués dans les soins aux patients (81). Ces nouvelles modes de gestion dans les organisations de santé affectent le travail des infirmières auprès des patients, mais également le personnel infirmier en tant qu'individus. Nous avons noté la détresse morale comme impact individuel, mais les organisations de santé induisent aussi de la violence par une déshumanisation des soignantes. En plus d'exercer un contrôle et une surveillance constante sur leur travail à travers des outils qui *objectifient* leurs tâches, les organisations de santé *objectifient* également le personnel infirmier (11,16,77,78).

Bien que l'organisation soit créatrice des CDT qui affectent la pratique des infirmières, elle ne semble pas considérer l'influence du contexte de l'environnement de soins. Finalement, un autre élément illustrant la violence organisationnelle se situe au niveau du pouvoir disciplinaire qui sanctionne l'infirmière par rapport à sa pratique professionnelle et ignore son contexte de travail et les éléments qui l'ont possiblement empêchée de donner de bons soins (11,16,65,77). Ces multiples facettes de la violence structurelle nous amènent à examiner davantage le rôle des organisations dans les difficultés et les souffrances du personnel infirmier et nous questionner sur leur part de responsabilité.

La déshumanisation : exploitation et silence organisationnel

Les nouvelles pratiques de gestion qui introduisent des idéologies d'entreprises ont aussi des conséquences directes sur le pouvoir d'agir et la réalisation des infirmières. L'idéologie managériale conserve l'héritage du pouvoir médical qui a servi à exploiter et instrumentaliser les infirmières (16,18,61,78,80,90). En effet, les soignantes sont définies en termes d'objets, d'outils et d'instruments de la structure organisationnelle par différents moyens (11,16,18,19,55,61,65,77). Selon la logique gestionnaire, les infirmières ne sont pas seulement des professionnelles de la santé ou des soignantes, elles sont aussi des salariées, des employées, des effectifs, des ressources humaines ou de la main-d'œuvre (9–11,45,55,57,61,65,90). Ces termes découlent de la logique d'entreprise qui déshumanise les individus (18,45,57). Les infirmières sont comparables à des pions dans les pratiques de gestion des effectifs (55). La gestion conçoit l'infirmière comme une salariée flexible et polyvalente qui a une capacité d'adaptation et de production que l'on peut substituer (45). C'est d'ailleurs cette logique qui permet aux gestionnaires d'obliger les infirmières à se déplacer entre les milieux de soins sans égard à leurs compétences et expertises, à les substituer et les obliger au TSO entre autres (11,18,41,57).

Les institutions de santé exercent ce type de pratique grâce à leur pouvoir qui leur confère des droits qui sont utilisés pour dominer une fois de plus l'infirmière placée au bas de la hiérarchie organisationnelle (16,57,59,77). Leur pouvoir de gestion leur permet d'utiliser de nombreuses stratégies et techniques pour contrôler le personnel infirmier, notamment la surveillance continue, la discipline et les représailles qui engendrent un sentiment de peur pour les infirmières si elles venaient à contredire leur hiérarchie (11,16,93). Les personnes qui dénoncent justement des pratiques non sécuritaires ou qui partagent des opinions contradictoires à la volonté des gestionnaires sont punies et subissent des représailles ou des mesures disciplinaires (7,93). Le pouvoir disciplinaire des gestionnaires dans les milieux de soins minimise « l'importance de leur jugement clinique, en affaiblissant la solidarité collective et en mettant au pas l'organisation syndicale, ce qui détourne ces infirmières de la revendication de leurs droits et idéaux d'émancipation les ramenant à une position subalterne » (11, p.5). Si certaines infirmières refusent de se soumettre au TSO ou toute autre pratique de gestion ordonnée par la hiérarchie, elles sont accusées de faire preuve « d'acte d'insubordination ». Cet acte qui peut être puni par des tâches au dossier personnel de salariée ou encore servir pour menacer les infirmières d'envoyer des avis à l'ordre professionnel (11,93).

Dès lors, la hiérarchie organisationnelle avec ses nouvelles pratiques et politiques managériales et administratives, en plus d'imposer des contraintes organisationnelles, impose aussi une culture du silence et une invisibilité des souffrances vécues par les infirmières (11,61,77,93). La violence du silence ou le phénomène de silence organisationnel comporte deux dimensions (93). Elle s'impose d'une part chez l'ordre dirigeant qui ne reconnaît pas la violence dans les CDT puisque les réalités des soignantes leur sont invisibles « sous des couches hiérarchiques ». D'une autre part, elle s'impose sur les soignantes qui ont peur de dénoncer leurs mauvaises CDT malgré qu'elle leur provoque des souffrances et qu'elles nuisent à leur travail auprès des patients (11,19,61,77). Même lorsqu'il s'agit de remplir leur responsabilité de *care*, d'agir à la défense et au bien des patients et de faire preuve de leadership pour améliorer l'environnement de soin, ces initiatives sont plutôt mal perçues par les dirigeants. Celles qui dénoncent sont stigmatisées et perçues comme des éléments négatifs : « *speak out and you are silenced and labeled as a "problem."* » (93).

Les nouvelles pratiques et cultures de gestion contribuent ainsi à perpétuer le problème des CDT infirmières puisque la dénonciation est mal perçue. Le silence organisationnel contribue ainsi à

maintenir et perpétuer des CDT nuisibles. Ces conditions sont non seulement produites par une violence structurelle qui est difficile à percevoir et ébranler, mais qui en plus réduit ses victimes au silence et à la négation de leurs besoins lorsqu'ils tentent de visibiliser les torts, contraintes et souffrances qu'elle crée (77). Et il est à se demander si nous pouvons sortir de cette violence structurelle qui s'est construite à travers une histoire d'oppression et qui s'est dissoute et enracinée dans les structures de notre société et particulièrement dans nos institutions de santé.

La violence structurelle est en effet difficile à ébranler, mais il faut souligner que la violence réside dans l'écart entre la situation réelle et la situation potentielle. La violence structurelle produit en effet des situations de contraintes, de torts et de souffrance, car elle limite le potentiel des individus. Ainsi, si nous pouvions résoudre les injustices sociales qui pèsent sur les individus en rencontrant leurs besoins, nous pourrions réduire l'écart entre les formes de violence et le véritable *care*. Effectivement, même si le *care* a contribué à exploiter, marginaliser et invisibiliser les infirmières, il a également le pouvoir de rétablir la justice en redistribuant justement les responsabilités de *care* de manière équitable et en faisant du *care* une responsabilité collective plutôt que subordonnée (71,73,75,80,81,85). Le *care* nous a permis de nous soucier de la violence structurelle comme problématique qui chapeaute les mauvaises CDT infirmières. Ses perspectives nous ont permis de reconnaître le rôle des conditions historiques, des figures et objets de pouvoir qui ont contribué à réduire les infirmières au travail de *care* et les maintenir dans des CDT négligées. En reconnaissant le rôle des rapports inégalitaires, l'éthique du *care* nous permet de nous charger des situations problématiques et d'assumer une responsabilité à l'égard de ces situations problématiques à travers nos liens et notre interdépendance qui unissent nos rapports au travail qu'ils soient individuels ou politiques. Le *care* peut être appliqué dans notre système de santé même si sa culture managériale semble à priori être en contradiction avec les valeurs de *care*, car en fait les institutions sont également des objets de soin. Elles peuvent être soignées et peuvent appliquer le soin comme une éthique au sein même de ses structures (57,80,81). Le *care* est même essentiel à la réhumanisation du système de santé qui a subi des transformations déshumanisantes qui a éloigné les êtres humains d'un fondement de leur humanité, le soin (86).

Chapitre 4 : Recommandations et discussion

Notre analyse des CDT infirmières a mis en lumière la violence structurelle et de nombreuses injustices responsables des mauvaises CDT infirmières. L'analyse des enjeux éthiques entourant les CDT infirmières dans une vision de *care* nous a permis d'aborder des situations problématiques complexes en amont et en aval des difficultés que l'on peut observer dans notre système de santé et notre société. En début de travail, nous avons porté à notre attention divers enjeux préoccupants entourant les CDT infirmières. Nous avons souligné les conséquences systémiques qu'elles créent pour les infirmières - leur santé et leur bien-être au travail et dans leur quotidien-, pour la qualité des soins aux patients et pour la pérennité de notre système de santé. Dès le début de notre travail, nous avons pratiqué le *care* en nous souciant de divers éléments préoccupants et en portant une attention sur les liens et l'interdépendance entre les CDT, les individus qui les entourent et quelques contextes qui les définissent comme la crise sanitaire.

À travers cette analyse, nous avons porté une attention particulière à l'évolution des professions infirmières et des rapports de pouvoir qui se sont développés à travers trois changements historiques importants. Nous avons souligné le rôle de la condition féminine, du travail soignant délégué aux femmes, de l'institutionnalisation des soins, de la médicalisation et des réformes administratives et gestionnaires dans le système de santé public québécois et dans d'autres pays qui subissent les mêmes pressions macrosociales. Nous avons souligné certaines influences macro systémiques qui ont colonisé les organisations de soins telles les pressions économiques et les valeurs néolibérales.

Les conditions historiques nous ont permis de comprendre le processus de la violence structurelle et les différents pouvoirs qui y ont contribué en dominant et complexifiant les pratiques infirmières quotidiennes. Ainsi, nous avons pu faire des liens entre les CDT nuisibles actuelles et le fondement de la violence structurelle. Nous avons pu réaliser que les infirmières ont été réduites dans des structures hiérarchiques qui multiplient les rapports sociaux inégalitaires, qui multiplient les contraintes et créent une déshumanisation qui les a exploitées et empêchées de se réaliser en concordance à leurs valeurs professionnelles et leur potentiel en tant que professionnelles de la santé qui fondent les structures de notre système de santé. Maintenant que nous avons pu nous soucier et prendre en charge le problème de la violence structurelle en éclairant sur des inégalités

et des irresponsabilités privilégiées, nous pouvons mettre en pratique la dernière¹² phase de *care* qui consiste à accorder des soins.

La notion de responsabilité selon une vision de *care* nous amène à prendre en charge les besoins et intervenir par un travail réel et concret (81). Les CDT infirmières constituent des situations problématiques découlant de la violence structurelle et nécessite un travail réel sur les structures du système de santé. Pour corriger les CDT infirmières selon la vision de Tronto, des solutions systémiques doivent être mises en place pour toucher l'ensemble des strates hiérarchiques et des individus issus de ces strates qui sont interdépendants dans leurs rapports sociaux. Les interventions de *care* nécessitent que l'on agisse particulièrement sur la distribution inéquitable des responsabilités qui crée des fardeaux pour les infirmières. Elles nécessitent que l'on reconnaisse que des individus/organisations en position de pouvoir se préservent du souci des besoins dans les milieux de soin et se permettent ainsi de rester dans l'ignorance et le privilège de fuir les responsabilités de *care*. Elles nécessitent que ces mêmes individus/organisations se soucient et répondent directement aux besoins des infirmières et soient en contact direct avec elles dans leur contexte de soin. Elles nécessitent de reconnaître le rôle de la violence structurelle qui contribue à l'oppression des infirmières et des valeurs de *care* dans les organisations de santé actuelles (81).

Face à un problème systémique des mauvaises CDT infirmières, nous suggérons une solution systémique en proposant aux organisations d'adopter le cadre éthique pour un système de santé apprenant tout en s'inspirant d'une valeur forte de *care* : la responsabilité. Nous proposons ainsi cinq recommandations basées sur les sept obligations du cadre éthique pour un système apprenant. Ces recommandations suggèrent des pistes d'intervention qui sont adaptées aux CDT infirmières dans un contexte organisationnel.

Vers un système de santé apprenant : des responsabilités partagées dans des organisations de soins plus justes

1. Considérer l'impact des environnements de soins dans la prise en charge des patients

¹² La quatrième phase du *care* n'est pas appliquée dans ce travail. La troisième constitue donc la dernière phase dans notre processus.

Dans le cadre éthique pour un système de santé apprenant, trois obligations sont rattachées directement aux patients : *respecter les droits et la dignité des patients, prodiguer des soins cliniques optimaux aux patients et éviter d'imposer des risques non cliniques et des fardeaux aux patients* (88). Comme nous avons établi, les milieux de soins sont des environnements violents qui nuisent à la prise en charge optimale des soins. Nous devons donc considérer l'impact des environnements dans lequel sont prodigués les soins. Nous devons reconnaître que l'environnement de soin est interdépendant des CDT infirmières, de leurs besoins et de leurs capacités de travail qui leur confèrent des conditions particulières qui leur permettent (ou non) de bien prendre soin de leurs patients. Pour viser un système de santé plus juste, les responsabilités envers les patients constituent une obligation morale pour l'ensemble des intervenants en santé. Ils impliquent un accompagnement par le respect, l'écoute et des pratiques qui répondent à leurs besoins. Ils impliquent d'éviter de leur imposer des risques et des fardeaux évitables surtout lorsqu'ils sont non cliniques (88).

Ces responsabilités raisonnent justement avec le *care* qui constitue une obligation morale pour les infirmières. Cela dit, comme nous avons souligné, le conflit entre les valeurs et responsabilités de *care* et les valeurs et responsabilités organisationnelles empêchent les infirmières de remplir cette obligation. Elles sont même parfois contraintes à négliger la qualité et la sécurité des soins au chevet des patients pour remplir d'autres tâches non cliniques. Nous avons souligné que les contraintes au travail comme le TSO ou la surcharge de travail entraînent des conséquences importantes pour les patients, notamment des complications. Il faut donc prendre en compte que les environnements de soins actuels ne sont pas optimaux pour répondre à ces responsabilités et tant que nous n'assumons pas une part de responsabilité dans les contraintes organisationnelles, nous ne pourrons favoriser un système de santé plus juste

Les chercheurs, les professionnels de la santé, le public et les gestionnaires doivent reconnaître et évaluer l'impact du conflit éthique entre les valeurs de *care* et les valeurs organisationnelles contraignantes. Les administrateurs au niveau des organisations doivent évaluer l'impact du contexte de soins lorsque des patients ou leur famille sont insatisfaits des soins ou lorsque des complications surviennent. Les obligations de respecter les droits et la dignité des patients et de fournir des soins optimaux et prudents peuvent être respectées si on favorise des environnements de soins plus éthiques où l'ensemble des acteurs font du *care* une responsabilité partagée; surtout

en permettant aux infirmières plus de temps pour pratiquer le *care* dans des contextes sécuritaires. Les autres tâches non cliniques qui entrent en conflit avec cette responsabilité doivent être réévaluées à la baisse, notamment la charge administrative, pour permettre plus de temps au chevet, plus de relations humaines entre le personnel infirmier et les patients. Il faut tout de même considérer que les soins aux patients lourds et complexes constituent une réalité qui ne peut être endiguée, mais des efforts peuvent être mis en place au niveau organisationnel par divers moyens notamment par des ratios sécuritaires.

2. Offrir des espaces de dialogue aux infirmières et valoriser leurs perspectives

La deuxième obligation prescrite pour un système de santé apprenant est de *respecter le jugement des cliniciens*. Elle implique de considérer les opinions, croyances et recommandations des cliniciens et leur permettre de mettre en pratique ce qu'ils considèrent être les meilleurs soins aux patients sous leur charge. Cela implique de reconnaître leur expérience professionnelle personnelle et d'éviter les contraintes qui les empêchent de mettre en pratique leur jugement. Cette responsabilité doit être remplie par les gestionnaires, les chercheurs et le public (88). La responsabilité de respecter le jugement des cliniciens est significative en ce qui concerne la violence organisationnelle que vivent les infirmières. Elle doit être reconnue par les gestionnaires en réévaluant les CDT empreintes de contraintes qui empêchent le personnel infirmier de bien soigner. Considérant le pouvoir faible et la non-reconnaissance de la place des infirmières, la marginalisation, l'invisibilisation de leur travail et le silence organisationnel, la responsabilité de respecter le jugement des infirmières est d'autant plus pertinent.

Les gestionnaires et autres professionnels de la santé doivent établir des communications respectueuses avec le personnel infirmier, considérer leurs difficultés au travail et leurs recommandations pour améliorer les milieux de soins. Les travaux de recherche et projets de politiques publiques doivent considérer le rôle et les tâches des infirmières et prendre en compte leur réalité dans l'élaboration de projets d'intervention qui impactent l'environnement de soins et en particulier lorsqu'ils interfèrent avec le travail infirmier et sont susceptibles de mettre à l'épreuve leur CDT. Consulter le personnel infirmier et prendre en compte leurs points de vue est d'autant plus essentiel puisqu'il est le plus au souvent au chevet des patients. La consultation auprès des cliniciens est d'ailleurs utile pour atteindre une excellente qualité des soins (88). Cette pratique est encore plus intéressante pour *subjectifier* les infirmières, les reconnaître en tant

qu'individus, reconnaître leur voix et leur pouvoir d'agir et non seulement comme des objets ou outils organisationnels. Permettre le partage d'informations avec les infirmières et leurs hiérarchies contribuerait également à réhumaniser les rapports dans la structure organisationnelle par l'écoute, la reconnaissance et surtout le dialogue. Le respect du jugement des infirmières peut contrer la violence structurelle en encourageant le potentiel individuel des infirmières dans les organisations de santé par leurs perspectives de *care* longtemps réduites et invisibilisées. Cela contribuerait aussi à l'amélioration de leur environnement de travail, à leur santé, à celle des patients et au bon fonctionnement des unités de soins.

3. Réduire les *inégalités de santé entre les populations en assurant des milieux de travail sains et sécuritaires*

Un système de santé apprenant considère les individus désavantagés, abusés et les groupes sociaux qui subissent des traitements inéquitables et sont maintenus dans des conditions défavorables. Il encourage les organisations de santé à se défaire des conceptions traditionnelles dominantes pour viser les principes de justice de manière plus globale. Cette responsabilité est attribuée aux professionnels de la santé, au public, aux chercheurs et aux gestionnaires (88). Tous et toutes doivent prendre en compte les individus moins privilégiés et évaluer les impacts des décisions sur ces groupes. Comme nous avons déjà proposé, l'impact des politiques publiques et autres projets d'intervention impactant les milieux de soins doit être évalué en matière des possibles fardeaux sur le travail infirmier. Comme durant la crise sanitaire de la COVID-19, nous devons réfléchir à la distribution des ressources matérielles et financières au sein des intervenants de première ligne. Nous devons questionner les inégalités sociales en santé ainsi que le fardeau des souffrances au sein des organisations de santé qui impactent davantage les soignantes, et qui atteint donc une plus grande proportion de femmes. Les organisations de santé ont le pouvoir et la responsabilité d'adresser ces inégalités surtout lorsque le contexte de travail et les hiérarchies au sein même de ses enseignes y contribuent. Des activités d'apprentissage pour l'ensemble des intervenants et gestionnaires peuvent être planifiées pour sensibiliser sur ses inégalités et mettre en place des activités qui favorisent des rapports sociaux égalitaires plutôt que des rapports hiérarchiques. Par exemple, le simple fait de responsabiliser les équipes multidisciplinaires à remplir leurs tâches administratives plutôt que de solliciter le personnel infirmier pour remplir des formulaires à leur place.

4. Organiser des activités sur le partage des connaissances et le partage des rôles dans les milieux de soins

Un système de santé apprenant encourage à *mener des activités responsables qui favorisent l'apprentissage à partir des soins cliniques et des informations cliniques*. Cette responsabilité implique que chaque intervenant en santé et chaque institution fournissent des informations permettant d'enrichir les connaissances et contribuer à améliorer les soins (88). Chaque intervenant et intervenante dans les milieux de soins ont des savoirs expérientiels qui peuvent contribuer à produire des connaissances. Cette responsabilité peut être pertinente à condition que l'on permette à tous les individus de partager les informations et de les valoriser sans craindre des représailles ou des menaces. Les infirmières sont issues du terrain et sont le plus souvent au chevet des patients, elles ont également une responsabilité de contribuer à l'apprentissage organisationnel, mais il faut considérer la violence qui les réduit au silence et néglige leurs perspectives. Dès lors, pour favoriser une transition vers un système de santé apprenant, il faut que tous les acteurs de ce système puissent partager les informations cliniques et organisationnelles qui ont le potentiel d'améliorer la prestation des soins et des services.

5. Sensibiliser le public aux enjeux du personnel infirmier

La dernière responsabilité proposée dans le cadre éthique pour un système apprenant concerne l'obligation *des patients de contribuer à l'objectif commun d'améliorer la qualité et la valeur des soins cliniques et des systèmes de soins de santé*. Cela implique que les patients, en tant que membres de la société, doivent également participer aux responsabilités contribuant à un système de santé plus juste et partager les intérêts pour son amélioration. Cette responsabilité conçoit que la justice dans un système de santé est un intérêt commun et un intérêt social. Cette responsabilité implique également que la population doit être informée et doit contribuer à informer les organisations de santé pour conduire des activités apprenantes en vue d'améliorer la prestation de soins (88). Considérant les CDT infirmières et le *care* comme responsabilité collective, la population doit partager les préoccupations entourant notre système de santé et se questionner notamment lorsque des infirmières se mobilisent par des moyens de pression dans le but de garantir des soins sécuritaires et de qualité à la population (94). Surtout dans notre système de santé public

qui subit des pressions et des pénuries de personnel infirmier, le public doit se sentir d'autant plus concerné par les enjeux qui touchent les organisations de soin.

Bâtir un système de santé apprenant est une responsabilité partagée. Le *care* comme activité est également une responsabilité partagée qui peut contribuer à bâtir un système de santé apprenant en considérant les diverses injustices faites aux infirmières au fil du temps, leur travail significatif auprès des patients, leurs perspectives de *care* et les oppressions qu'elles ont subies. Comme la violence structurelle s'est construite sur des conditions historiques et cristallisée dans nos structures, nos pratiques, nos professions et nos organisations sociales, il faudra du temps pour déconstruire son héritage pour rebâtir nos structures sociales, dont notre système de santé qui a le plus institutionnalisé cette violence. Les professions infirmières se sont développées sur des inégalités de genre et sur des oppressions sociales. Elles ont subi des contraintes de politiques publiques et de hiérarchies androcentristes. Elles ont subi les conséquences de logiques techniques, administratives et économiques qui ont détérioré leurs CDT au fil du temps sans que l'on reconnaisse nécessairement que ces CDT sont influencées par des inégalités sociales, par une violence structurelle. Pour rebâtir un système de santé et une société plus juste, il est nécessaire de se soucier et de prendre en charge ces inégalités. Il est nécessaire de reconnaître les constructions sociales et historiques et les injustices qu'elles ont créé pour les femmes, les savoirs féminins et le travail du soin dans nos organisations de santé et dans d'autres secteurs sociaux, dont le système d'éducation.

Discussion

Les CDT infirmières comme objet d'analyse critique nous permettent d'ouvrir de plus larges réflexions sur le fondement même de nos institutions sociales et les valeurs qui guident nos pratiques quotidiennes au travail, dans nos rapports qui nous lient aux autres et les impacts que l'on peut avoir sur eux directement et indirectement. En étudiant les CDT infirmières à travers des constructions historiques - leurs causes plus profondes et systémiques attachées à la violence structurelle - nous pouvons mieux réfléchir à des moyens d'y pallier en amont des conséquences observées. En reconnaissant les rôles des diverses figures d'oppression et structures inégalitaires, nous pouvons leur attribuer une certaine responsabilité face au problème de violence structurelle. Nous pouvons cibler les structures et mobiliser les acteurs qui influencent la violence structurelle et qui ont un pouvoir d'agir concernant des enjeux de santé, la condition des femmes et d'autres

populations marginalisées. Cette approche ne vise pas directement à corriger les torts, contraintes et souffrances découlant de nos problèmes en société. Elle vise plutôt à corriger les inégalités sociales, la distribution inéquitable des richesses et des ressources et d'autres formes de violences en amont des constats problématiques. Dans cette vision, nous ne serions probablement pas condamnées à perpétuer les injustices bâties sur un passé historique fondamentalement violent.

Nous devons reconnaître que même dans un système de santé qui prône la promotion de la santé et qui est dédié à soigner la population, ce système peut aussi être à l'origine d'inégalités sociales en santé et de barrières importantes pour la santé des individus. Nous devons reconnaître notre interdépendance en tant qu'êtres humains, mais aussi notre interdépendance envers les structures dans lesquels nous évoluons et qui créent pour nous des conditions particulières qui nous affectent au quotidien. Cette réflexion et analyse critique que nous avons tenue sur les CDT infirmières, leurs impacts systémiques et leurs causes structurelles nous a permis de cibler des recommandations qui touchent directement les structures du système de santé. Elle nous a permis de considérer la responsabilité partagée des organisations de santé et diverses parties dans une problématique qui se construit à travers les rapports hiérarchiques qui nous concernent toutes et tous. En considérant une vision élargie et contextuelle, nous avons pu réfléchir à des pistes de solutions en amont de la problématique qui ont le potentiel d'enrayer bien plus que des CDT nuisibles, mais de réduire la violence systémique, de promouvoir la santé de tous les travailleurs et travailleuses du réseau de la santé, de contribuer à assurer des environnements de travail sains, justes et équitables et d'éventuellement contribuer à rebâtir un système de santé plus performant en étant surtout plus juste et équitable et surtout plus humain.

Liste des références

1. Archambault H, Duchaine H. Hôpitaux: fermé pour l'été faute de personnel. TVA Nouvelles [Internet]. 23 juill 2021 [cité 23 janv 2022]; Disponible sur: <https://www.tvanouvelles.ca/2021/07/23/hopitaux-ferme-pour-lete-faute-de-personnel-1>
2. Fontaine P, Laperrière SO. Les dessous de la pénurie infirmière. Le Devoir [Internet]. 24 août 2021 [cité 23 janv 2022]; Disponible sur: <https://www.ledevoir.com/documents/special/2021-08-penurie-infirmieres/index.html>
3. Conseil international des infirmières (CII). Note d'orientation du CII - La pénurie mondiale du personnel infirmier et la fidélisation des infirmières [Internet]. ICN - International Council of Nurses. 2022 [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_FR.pdf
4. Conseil international des infirmières (CII). L'effet COVID-19 : les infirmières du monde entier à l'épreuve d'un traumatisme de masse, un danger immédiat pour la profession et l'avenir de nos systèmes de santé [Internet]. ICN - International Council of Nurses. [cité 29 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.icn.ch/fr/actualites/leffet-covid-19-les-infirmieres-du-monde-entier-lepreuve-dun-traumatisme-de-masse-un>
5. Peter E, Variath C, Mohammed S, Mitchell M, Killackey T, Maciver J, et al. Nurses' Experiences of their Ethical Responsibilities during Coronavirus Outbreaks: A Scoping Review. Can J Nurs Res. 15 févr 2022;08445621221080153.
6. Protecteur du citoyen. Rapport spécial du Protecteur du citoyen | La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie : cibler les causes de la crise, agir, se souvenir [Internet]. 2021 nov p. 72. Disponible sur: <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2021-11/rapport-special-chsld-premiere-vague-covid-19.pdf>
7. Perron A, Dufour C, Marcogliese E, Gagnon M. La dénonciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19: une analyse de contenu de la plate-forme « Je dénonce ». Aporia. 26 août 2020;12(1):76-90.
8. ICI.Radio-Canada.ca ZS. Des centaines d'infirmières quittent le métier | Coronavirus [Internet]. Radio-Canada.ca. Radio-Canada.ca; [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1734070/departs-infirmieres-augmentation-quebec>
9. Boucher G. Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021 - Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec UN CHANGEMENT PORTEUR D'AVENIR [Internet]. 2021 p. 16 septembre 2021. Disponible sur: <https://www.oiiq.org/en/l-oiiq-accueil-favorablement-le-rapport-des-commissaires-des-etats-generaux-sur-la-profession-infirmiere?inheritRedirect=true&redirect=%2Fen%2Fmedias>

10. Cohen Y. Profession infirmière : une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec. Les Presses de l'Université de Montréal. Montréal; 2000.
11. Martin P. Contraintes vécues, idéal normatif et actions déployées en vue de transformer l'exercice de la profession infirmière en centre hospitalier : une étude exploratoire auprès d'infirmières québécoises politiquement engagées [Internet]. 2015 [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/13042>
12. Hayward D, Bungay V, Wolff AC, MacDonald V. A qualitative study of experienced nurses' voluntary turnover: learning from their perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. 2016;25(9-10):1336-45.
13. Fédération interprofessionnelle du Québec (FIQ). Négociation des professionnelles en soins: des ponts de Québec et de Montréal pris d'assaut [Internet]. Négociation nationale 2020. 2020 [cité 20 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.fiqsante.qc.ca/nego2020/2020/10/19/negociation-des-professionnelles-en-soins-des-ponts-de-quebec-et-de-montreal-pris-dassaut/>
14. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains – La prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé [Internet]. 2011 [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <https://rnao.ca/bpg/language/la-pr%C3%A9vention-et-latt%C3%A9nuation-de-la-fatigue-des-infirmi%C3%A8res-dans-les-milieux-de-soins-d>
15. Lim J, Bogossian F, Ahern K. Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International Nursing Review*. 2010;57(1):22-31.
16. St-Pierre I, Holmes D. Managing nurses through disciplinary power: a Foucauldian analysis of workplace violence. *J Nurs Manag*. avr 2008;16(3):352-9.
17. Rittenmeyer L, Huffman D. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*. 2009;7(28):1234-91.
18. Safy-Godineau F. La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La nouvelle revue du travail* [Internet]. 26 oct 2013 [cité 29 sept 2021];(3). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/nrt/1042>
19. Remili D. Violences et souffrances en milieu hospitalier: le cas des infirmiers du gouvernorat de Tunis. 2019;419.
20. Horellou-Lafarge C. La santé des infirmières françaises. *remest*. 13 oct 2011;6(2):73-102.
21. Ministre de la santé et des services sociaux. Arrêté numéro 2020-007 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 21 mars 2020 [Internet]. Mesures prises par décrets et arrêtés ministériels en lien avec la pandémie de la COVID-19. [cité 6 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/mesures-prises-decrets-arretes-ministeriels>

22. Fédération interprofessionnelle du Québec (FIQ). La FIQ et la FIQP déposent une requête en Cour pour que cesse l'utilisation abusive de l'arrêté ministériel [Internet]. FIQ (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec). 2020 [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.fiqsante.qc.ca/2020/07/13/la-fiq-et-la-fiqp-deposent-une-requete-en-cour-pour-que-cesse-lutilisation-abusive-de-larrete-ministeriel/>
23. Messier F. Congés annulés, horaires modifiés : le personnel de la santé de nouveau sursollicité | Coronavirus [Internet]. Radio-Canada.ca. Radio-Canada.ca; [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1851716/vacances-infirmiere-covid-annulation-conventions-collectives>
24. Gruda A. COVID-19 et déplacement de personnel: Mortelle mobilité. La Presse [Internet]. 24 sept 2020 [cité 21 nov 2021]; Disponible sur: <https://www.lapresse.ca/debats/editoriaux/2020-09-24/covid-19-et-deplacement-de-personnel/mortelle-mobilite.php>
25. Modifications aux mesures incitatives pour le personnel du réseau de la santé et des services sociaux et des milieux privés - Salle de presse - MSSS [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-3476/>
26. Bachand S. Délestage dans les hôpitaux: Des images pour le croire. La Presse [Internet]. 27 janv 2021 [cité 16 janv 2022]; Disponible sur: <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2021-01-27/delestage-dans-les-hopitaux/des-images-pour-le-croire.php>
27. À propos de la FIQ / FIQP [Internet]. FIQ (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec). 2020 [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.fiqsante.qc.ca/a-propos/>
28. Fédération interprofessionnelle du Québec (FIQ). Gouverner par arrêtés dans le réseau de la santé et des services sociaux : ça suffit! [Internet]. FIQ (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec). 2021 [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.fiqsante.qc.ca/2021/11/17/gouverner-par-arretes-dans-le-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux-ca-suffit/>
29. Fédération interprofessionnelle du Québec (FIQ). Je dénonce [Internet]. FIQ. [cité 2 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.fiqsante.qc.ca/jedenonce/accueil/>
30. Fédération interprofessionnelle du Québec (FIQ). Journée de commémoration nationale en mémoire des victimes de la COVID-19 : la FIQ et la FIQP soulignent le courage des professionnelles en soins pendant la pandémie [Internet]. FIQ (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec). 2021 [cité 14 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.fiqsante.qc.ca/2021/03/11/journee-de-commemoration-nationale-en-memoire-des-victimes-de-la-covid-19-la-fiq-et-la-fiqp-soulignent-le-courage-des-professionnelles-en-soins-pendant-la-pandemie/>
31. Mesures exceptionnelles pour l'attraction et la rétention du personnel de la santé et des services sociaux [Internet]. [cité 26 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/gouvernement/travailler-gouvernement/sante-services-sociaux/mesures-attraction-retention-personnel>

32. Institut canadien d'information sur la santé. Le personnel infirmier au Canada, 2020 — notes méthodologiques [Internet]. Ottawa, ON: ICIS; 2021. Disponible sur: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nursing-in-canada-2011-2020-meth-notes-fr.pdf>
33. Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). Rapport annuel 2020-2021 [Internet]. Montréal; 2021 oct [cité 30 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.oiiq.org/publications/rapports-annuels>
34. Office des professions du Québec. Ordres professionnels [Internet]. [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.opq.gouv.qc.ca/Rapports/Rapport.aspx>
35. Gouvernement du Canada SC. CNP 2011 - 3 - Secteur de la santé [Internet]. 2012 [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=122372&CVD=122373&CPV=3&CST=01012011&CLV=1&MLV=4
36. Profession infirmière : champ d'exercice et activités réservées [Internet]. OIIQ. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>
37. Loi sur les infirmières et les infirmiers [Internet]. [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/I-8>
38. Code des professions [Internet]. [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/C-26?&cible=>
39. Code de déontologie des infirmières et infirmiers [Internet]. chapitre I-8, r. 9. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/I-8,%20r.%209%20/>
40. Gouvernement du Québec. Fiche du terme : Personnel infirmier - Thésaurus de l'activité gouvernementale [Internet]. Portail Québec. 2022 [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=9275>
41. Boivin-Desrochers C, Alderson M. Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. Recherche en soins infirmiers. 13 oct 2014;N° 118(3):85-96.
42. Fédération interprofessionnelle du Québec (FIQ). Échelles salariales et nomenclature des titres d'emploi du 10 octobre 2021 au 31 mars 2023 [Internet]. FIQ (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec). 2020 [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.fiqsante.qc.ca/convention-collective/>
43. Devenir infirmière auxiliaire [Internet]. Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec | OIIAQ. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.oiiq.org/devenir-infirmiere-auxiliaire/devenir-infirmiere-auxiliaire>

44. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Choisir sa formation [Internet]. OIIQ. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.oiiq.org/acceder-profession/decouvrir-la-profession/choisir-sa-formation>
45. Mainhagu S. Les soignants face à la flexibilité des effectifs. *Journal d'économie médicale*. 2010;Volume 28(3):114-26.
46. Statistiques sur les soins infirmiers - Association des infirmières et infirmiers du Canada [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/les-soins-infirmiers-reglementes-au-canada/statistiques-infirmieres>
47. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 1 févr 2013;50(2):143-53.
48. Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. La fatigue des infirmières et la sécurité des patients: rapport de recherche [Internet]. Ottawa, Ont.: Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2010 mai [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.deslibris.ca/ID/230658>
49. Ghram R. Conditions de travail. In: *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* [Internet]. Paris: Dunod; 2019. p. 124-7. (Univers Psy; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations--9782100801411-p-124.htm>
50. Ghram R. Conditions de travail. In: *Psychologie du Travail et des Organisations* [Internet]. Paris: Dunod; 2016. p. 120-3. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations--9782100738113-p-120.htm>
51. Office québécois de la langue française. Conditions de travail [Internet]. *Le grand dictionnaire terminologique (GDT)*. 2008 [cité 11 déc 2021]. Disponible sur: http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8869019
52. Eurofound. Working conditions [Internet]. Eurofound. [cité 11 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.eurofound.europa.eu/fr/node/52225>
53. Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *BR J NURS*. 9 févr 2017;26(3):172-6.
54. Statistique Canada. Resultats [Internet]. 2015 [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2009003/article/10915/findings-resultats-fra.htm>
55. Soliveres AP. Quand la violence du tout-économique empêche de soigner. In: *L'éthique à l'épreuve des violences du soin* [Internet]. Érès; 2014 [cité 26 sept 2021]. p. 243-53. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-ethique-a-l-epreuve-des-violences-du-soin--9782749243146-page-243.htm>

56. Bougie M, Cara C. Temps supplémentaire obligatoire. Une première étude phénoménologique sur les perceptions d'infirmières. Sept thèmes se dégagent de leurs propos. *Perspect Infirm.* déc 2008;5(8):32-40.
57. Miremont MC, Valax M. Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique. 1 janv 2015;15:15.
58. Rossignol C. Organisation du travail et temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières dans le secteur de la santé au Québec : comparaison de deux centres hospitaliers [Internet]. 2017 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/19128>
59. Cherrier B. La souffrance au travail chez les soignants. :8.
60. Wu Y, Wang J, Liu J, Zheng J, Liu K, Baggs JG, et al. The impact of work environment on workplace violence, burnout and work attitudes for hospital nurses: A structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management.* 2020;28(3):495-503.
61. Dayer A. L'hôpital public sous l'ère de la nouvelle gouvernance : une « camisole de force » pour le personnel soignant ? IDHEAP; 2015.
62. Cherkaoui W, Montargot N, Yanat Z. Changement organisationnel et déterminants du stress : Etude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc. *Question(s) de management.* 2012;N° 0(1):41-55.
63. Pariona-Cabrera P, Cavanagh J, Bartram T. Workplace violence against nurses in health care and the role of human resource management: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing.* 2020;76(7):1581-93.
64. Malherbe JF. Les ruses de la violence dans les arts du soin - Essais d'éthique critique. Tome 2 [Internet]. Liber. 2003 [cité 26 sept 2021]. 123 p. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/essais-d-ethique-critique-9782895780335.html>
65. Fernandes H, Sala DCP, Horta AL de M. Violence in health care settings: rethinking actions. *Rev Bras Enferm.* oct 2018;71:2599-601.
66. Mitchell A, Ahmed A, Szabo C. Workplace violence among nurses, why are we still discussing this? Literature review. *JNEP.* 13 févr 2014;4(4):p147.
67. Pereira CAR, Borgato MH, Colichi RMB, Bocchi SCM. Institutional strategies to prevent violence in nursing work: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 19 août 2019;72:1052-60.
68. Institut national de santé publique (INSPQ). Les définitions et les formes de violence en milieu de travail [Internet]. INSPQ. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-en-milieu-de-travail/les-definitions-et-les-formes-de-violence-en-milieu-de-travail>

69. Kim H, Kim JS, Choe K, Kwak Y, Song J seok. Mediating effects of workplace violence on the relationships between emotional labour and burnout among clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(10):2331-9.
70. Poisson C. La detresse morale vecue par les infirmieres : etat des connaissances. :11.
71. Gonin A, Grenier J, Lapierre JA. La souffrance éthique au travail : L'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux. *ref*. 2013;19(2):85-110.
72. Structural Violence - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [cité 7 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/structural-violence>
73. Flynn C, Damant D, Bernard J. Analyser la violence structurelle faite aux femmes à partir d'une perspective féministe intersectionnelle. *nps*. 2014;26(2):28-43.
74. Marzano M, éditeur. *Dictionnaire de la violence*. Paris: Presses universitaires de France; 2011. 1546 p. (Quadrige. Dicos poche).
75. Galtung J. Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*. 1 sept 1969;6(3):167-91.
76. Burton CW, Gilpin CE, Moret JD. Structural violence: A concept analysis to inform nursing science and practice. *Nurs Forum*. avr 2021;56(2):382-8.
77. Vidal G. Négation de l'autre et violence institutionnelle. *Champ psychosomatique*. 2004;no 33(1):105-16.
78. Pasioka D. Oppression in nursing practice [Internet]. *Nursing - Hektoen International*. [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <https://hekint.org/2017/01/29/oppression-in-nursing-practice/>
79. Barnes M, Brannelly T, Ward L, Ward N. Introduction: the critical significance of care. In: Barnes M, Brannelly T, Ward L, Ward N, éditeurs. *Ethics of care* [Internet]. 1^{re} éd. Bristol University Press; 2015 [cité 3 févr 2022]. p. 3-20. (Critical advances in international perspective). Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1t89d95.5>
80. Glenn EN, Sofio S. Pour une société du care. *Cahiers du Genre*. 5 oct 2016;4(3):199-224.
81. Tronto JC. Du care. *Revue du MAUSS*. 20 nov 2008;n° 32(2):243-65.
82. Paperman P. L'éthique du care et les voix différentes de l'enquête. *rf*. 2015;28(1):29-44.
83. Sander-Staudt M. Care Ethics [Internet]. *Internet Encyclopedia of Philosophy*. [cité 11 mai 2022]. Disponible sur: <https://iep.utm.edu/care-ethics/>
84. Delassus E. L'éthique du care [Internet]. 2012 [cité 29 janv 2022]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00701247>

85. Laugier S. The Ethics of Care as a Politics of the Ordinary. *New Literary History*. 2015;46(2):217-40.
86. Fleury C. *Le soin est un humanisme*. Paris: Gallimard; 2019. (Tracts).
87. Noddings N. Care ethics and “caring” organizations. In: *Care Ethics and Political Theory* [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2015 [cité 29 mars 2022]. Disponible sur: <https://oxford.universitypressscholarship.com/10.1093/acprof:oso/9780198716341.001.0001/acprof-9780198716341-chapter-5>
88. Faden RR, Kass NE, Goodman SN, Pronovost P, Tunis S, Beauchamp TL. An ethics framework for a learning health care system: a departure from traditional research ethics and clinical ethics. *Hastings Cent Rep*. févr 2013;Spec No:S16-27.
89. Calbéra JB. La profession infirmière. L’historique et le mythe. *VST - Vie sociale et traitements*. 2003;79(3):55-7.
90. Whitehead B. Will graduate entry free nursing from the shackles of class and gender oppression? *Nurs Times*. 1 juin 2010;106(21):19-22.
91. Lemay ÉY. COVID-19: entente payante pour les médecins spécialistes [Internet]. *Le Journal de Montréal*. [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.journaldemontreal.com/2020/04/15/covid-19-jusqua-2500--par-jour-pour-les-specialistes>
92. Norlock K. Feminist Ethics. In: Zalta EN, éditeur. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* [Internet]. Été 2019. Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2019 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://plato.stanford.edu/archives/sum2019/entries/feminism-ethics/>
93. Hascup VA. Organizational Silence: The Threat to Nurse Empowerment. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. nov 2003;33(11):562.
94. Pour la qualité et la sécurité des soins, les professionnelles en soins de la FIQ demandent 24 heures sans temps supplémentaire obligatoire (TSO) [Internet]. FIQ (Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec). 2019 [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.fiqsante.qc.ca/2019/11/06/pour-la-qualite-et-la-securite-des-soins-les-professionnelles-en-soins-de-la-fiq-demandent-24-heures-sans-temps-supplementaire-obligatoire-tso/>

Annexe 1 : L'expérience de l'AM-007

Cas 1 : Expérience personnelle – contexte de crise sanitaire

Au poste des infirmières – 5 avril 2020, 15h10 (date approximative)

Peu après le décret de l'AM-007 en mars 2020, les prescriptions ministérielles s'appliquaient de plus en plus dans notre milieu. Un soir, juste avant de commencer mon quart de travail, mon collègue me rapportait un incident qui s'est passé hier matin durant le quart de jour. Il paraît que Sarah¹³, une jeune infirmière, a été déplacée dans un CHSLD :

[Moi] : « Hein ? Comment ça ? »

[Mon collègue] « À ce qu'il paraît maintenant, n'importe qui peut être déplacé là-bas et c'est la plus jeune qui se fait déplacer. »

[Moi] : « Mais comment ça ? Je veux dire, je commence mon shift là là sur l'étage et boum, on me dit d'aller dans un autre centre ! Que je ne connais même pas, où je n'ai jamais travaillé ? ! Je débarque là comme une touriste sans orientation et je fais quoi...? »

[Mon collègue] : « Bah oui, qu'est-ce tu veux. C'est ça qui est arrivé. Bah on sait pas comment ça s'est passé pour elle en arrivant là-bas, mais à ce qui paraît la pauvre était en pleurs au poste devant tout le monde. Elle a pas voulu y aller, mais la coordo l'a obligée à cause de l'arrêté ministériel. Elle l'a menacée d'être renvoyée, d'avoir un avis disciplinaire ou j'sais pas quoi. En tout cas, tu connais, l'intimidation usuelle »

[Moi] : « Hein ? Mais elle est allée comment ? Est-ce qu'elle a une auto ? C'est pas si proche d'ici et le quart de travail est déjà commencé. »

¹³ Nom fictif basé sur un fait vécu.

[Mon collègue] : « La coordo l'a envoyée en taxi en mode *tchop tchop*. Elle nous racontait ça hier soir justement. Elle se vantait ici au poste qu'elle a réussi à faire déplacer quelqu'un au CHSLD. Elle était ben fière ».

[Moi] : « En tout cas, moi je te dis, si on m'oblige à faire quoi que ce soit, je démissionne ! »

Quelques jours plus tard, lors d'un point de presse du gouvernement Legault – 15 avril 2020

Le premier ministre s'exprime devant le Québec et ses mots m'ont profondément marqué alors que je pensais à chaque quart de travail où je stresse, car je ne sais pas si on va me forcer à aller travailler dans des milieux que je ne connais pas. Je pensais à ma collègue qui s'est fait déplacée dans un CHSLD et lorsque j'écoutais le point de presse du gouvernement, je ne pouvais m'empêcher de me demander pourquoi les infirmières subissent l'AM-007 et pas d'autres professionnels alors que nous vivions la même pandémie :

« ... là je veux pas insulter les médecins, mais ce que je demande aux médecins, c'est de venir aider dans les CHSLD, je comprends qu'il manque pas de médecins, mais ils peuvent venir aider à faire du travail d'infirmières. On peut peut-être demander aux infirmières de faire le travail de préposées, mais on manque de bras actuellement dans les CHSLD [...] Je comprends que c'est pas drôle de demander à des médecins spécialistes de venir s'occuper de patients à la place d'infirmières, mais il nous manque d'infirmières, il nous manque de préposées ». La ministre de la santé ajoute : « on a une entente avec les spécialistes. On a aussi une entente avec les généralistes alors ces ententes-là prévoient des rémunérations adaptées au contexte de COVID-19 à l'intérieur de leur enveloppe... » [verbatim du point de presse du 15 avril 2020] (91).

Annexe 2 : L'expérience des inégalités en contexte de crise sanitaire

Cas 2 : Erline¹⁴ et contexte de crise sanitaire

Durant la première vague de COVID-19, j'étais aux études à temps plein et au travail à temps partiel. Je travailler trois fois par semaine et chaque fois que je revenais au travail, il y avait moins de monde, moins de personnel, moins de patients. Je n'avais jamais vu l'étage aussi vide. Ça, c'est parce que la plupart de mes collègues ont été contaminées par le virus et ont dû se confiner. Il y avait beaucoup de colère et de peur, car nous n'avions pas été protégées lorsque les premiers cas ont été rapportés. Malgré que nous savions que le virus circulait dans notre milieu et que plusieurs patients et membres du personnel avaient été contaminés, nous avons l'interdiction de porter des masques de procédure pour nous protéger. Je rapporte ici deux situations. La première m'a été racontée par une collègue qui travailler sur un autre étage que le mien. La deuxième est une situation qui s'est passée sur mon étage, peu après la première situation que je rapporte, et qui m'a été raconté par plusieurs collègues qui étaient présents à une réunion spéciale.

Au chariot à médicaments entre la chambre 14 et 16 – 9 mars 2020, 8h10

Erline, infirmière auxiliaire me racontait que sa cheffe l'a interceptée dans le couloir durant sa tournée du matin alors qu'elle s'apprêtait à entrer dans la chambre 12 :

[Gestionnaire] « Erline, où est-ce que t'a pris ce masque ».

[Erline] « Je l'ai ramené de chez moi ».

[Gestionnaire] « Je vais te demander de l'enlever, tu sais que c'est la consigne de pas le mettre ».

¹⁴ Nom fictif

Au CIUSSS, la consigne est claire : on ne doit pas porter le masque tel que recommande la santé publique. Seulement, aucune note de service n'existe à ce sujet. C'est une consigne informelle. Les boîtes de masque de procédure ont été retirées des corridors, des chambres de patients et du poste et mis sous clé dans les bureaux des gestionnaires comme il a d'ailleurs été dénoncé (7).

Erline continua son récit et me raconta que plus tard en soirée, deux ambulanciers sont venus chercher le patient COVID positif de la chambre 3 pour le transférer dans un hôpital dédié COVID. Les ambulanciers étaient habillés comme à la télé : en combinaison avec de gros masques à gaz. À la vue des ambulanciers, tout le personnel a commencé à paniquer : « comment ça ils ont ces masques ?! »

Au poste infirmier – 14 mars, 15h40

Quelques jours suivant l'événement avec Erline, un collègue me rapportait qu'il y avait eu une réunion. Toute l'équipe de soins du soir avait été réunie au poste infirmier : les deux PAB, les deux infirmières auxiliaires, les deux infirmières, l'assistante du supérieur immédiat. Une rencontre a été planifiée avec la microbiologiste en présence de notre gestionnaire, l'infirmière cheffe. La microbiologiste avait été chargée de nous donner certaines informations sur le virus, la chaîne de propagation des infections et puis à la fin, elle a insisté surtout de ne pas porter le masque, car aucune donnée scientifique n'indique de le porter. Mon collègue me racontait qu'il s'était permis une question au médecin spécialiste : « Pourquoi vous le portez le masque alors ... et nous dites à nous de pas le porter ? ». La réponse a été qu'elle avait un rhume.

Plusieurs mois plus tard, j'ai eu une conversation avec une collègue qui travaille sur le quart de jour et elle me rapportait une situation similaire où la conseillère en prévention des infections faisait des tournées sur les étages pour que le personnel retire les masques de procédure alors qu'elle en portait un. Lorsqu'elle a été questionnée, sa réponse est la même : elle a un rhume.

Annexe 3 : L'expérience des contraintes organisationnelles et du pouvoir disciplinaire

Cas 3 : L'expérience de Selma¹⁵

Ce cas rapporte une expérience qu'une collègue a vécue et m'a confiée. Son expérience m'a rappelé des situations que j'ai vécues lorsque je représentais des collègues dans mon rôle syndical. La première partie de ce cas raconte l'expérience de l'infirmière selon les détails dont je me souviens. La deuxième partie est basée sur une rencontre fictive inspirée du cas de l'infirmière et des rencontres réelles auxquelles j'ai participé dans mon rôle de représentante syndicale. Ce qui est rapporté en deuxième partie est inspiré de discussion et d'événements réels.

Unité de chirurgie – 23 avril 2020, 00h23

Selma a fini son quart de travail à 23h30 le 22 avril, mais n'a toujours pas quitté. Elle doit finir ses notes aux dossiers. Elle était déjà très inquiète en débutant son quart à 15h30 : « Est-ce que j'ai les quatorze patients ? D'habitude, pour 14 patients, on est deux infirmières ». Les deux infirmières de jour ont refusé de rester. Elles étaient épuisées par les post-op¹⁶ qu'elles ont reçus. Impossible qu'elles restent, le ton est monté au poste en début de soirée à cause du TSO. Marie venait d'en faire un cette semaine « si je reste en TSO, je démissionne là là ». La liste de rappel n'a trouvé personne pour rentrer. La cheffe d'unité s'était même rendue sur place à l'étage et a jugé que le TSO n'est pas nécessaire : « bah, c'est comme ça. On peut garder personne en TSO pour ce soir. Ça va être correct. On a mis une auxi¹⁷ de plus pour aider. T'a pas vraiment le choix. C'est comme ça. T'es pas toute seule. L'assistante¹⁸ prendra les admissions ».

¹⁵ Nom fictif. Inspiré d'un cas réel.

¹⁶ « Post-op » réfère à post-opératoire. Ce sont les patients qui viennent de subir une chirurgie et sont transférés sur l'étage pour être hospitalisés.

¹⁷ Réfère à l'infirmière auxiliaire

¹⁸ Réfère à l'assistante infirmière cheffe

Selma ne sait pas quoi dire. Elle est bouleversée et sent le stress monter de plus en plus : « comment je vais faire pour m'occuper de tous les patients ? ». Elle est nouvelle dans l'équipe et dans la profession. Elle ne veut pas se plaindre. C'est pas bon pour sa probation. Elle se sent impuissante et pas du tout capable de pouvoir gérer tout l'étage. Mais, elle passe rapidement à autre chose. Une grosse tournée l'attend. Elle commence par relever les prescriptions médicales au dossier avant de commencer sa tournée. Mélie, l'infirmière auxiliaire, qui a déjà commencé sa tournée de signes vitaux et de glycémies, vient la voir pour un patient qui a de la douleur et qui doit être évalué par l'infirmière. Elle se dépêche pour finir de relever les FADM¹⁹. Toute la soirée, elle est débordée avec des pansements, les patients en douleur, une transfusion sanguine et deux nouvelles admissions post-op que finalement l'assistante n'a pas pris en charge : « moi je prends pas de patients. J'ai fait les congés. Je vais pas sur le plancher ». Avec tout ça, elle n'a pas eu le temps de faire ses notes aux dossiers à l'intérieur de son quart de huit heures. Elle n'a même pas pris sa pause repas et finit par rentrer chez elle une heure après la fin de son quart de travail en pleine nuit.

Au poste infirmier – 27 avril 2020– 15h40

Selma commence son quart de travail. Alors qu'elle s'apprête à commencer sa tournée, sa cheffe lui demande de la rejoindre dans son bureau et lui remet une lettre intitulée : *Suspension avec solde de durée indéterminée pour enquête*. Le contenu de cette lettre stipule « des pratiques préoccupantes pour la sécurité et la qualité des soins [...] à partir de ce moment et pour la durée de l'enquête, vous n'êtes pas autorisée à avoir de contact avec les usagers ». Selma doit alors quitter l'hôpital sur le champ pour la durée de l'enquête et ne pourra s'y présenter que pour rencontrer son syndicat ou si elle devait avoir besoin de soins en tant que patiente : « Je ne comprends pas... qu'est-ce que j'ai fait ». Sa cheffe s'explique : « Écoute Selma, on a eu connaissance de certains éléments sur ta pratique. Je ne peux rien dire. Tu vas être rencontrée bientôt pour donner ta version de faits. En attendant, ça doit rester confidentiel. Tu peux parler de ça à personne ». Dans l'angoisse, Selma

¹⁹ Formulaire d'administration des médicaments

quitte pour rentrer chez elle sans idée de ce qu'il se passe. Elle ne dort par cette nuit, elle repense à l'erreur qu'elle a dû faire. Elle reste dans le noir pendant deux semaines jusqu'à la rencontre planifiée avec l'employeur pour donner sa version de faits. Elle est questionnée sur les événements de la soirée du 23 avril.

Dans une salle de rencontre de l'hôpital – 3 juin 2020, 15h00

Selma reçoit aujourd'hui les conclusions de l'enquête concernant sa pratique professionnelle. Elle est à nouveau rencontrée en présence de sa cheffe, un représentant syndical et une représentante de l'employeur du service des relations de travail. La rencontre conclut qu'elle devra se soumettre à une évaluation de compétences et qu'une lettre sera insérée à son dossier personnel de salariée et y restera pour une durée d'un an si aucune autre mesure disciplinaire ne survient entre temps. À la fin de la rencontre, son représentant syndical souligne le ratio de patients de la soirée du 23 avril qui n'a pas été pris en compte dans la conclusion de l'enquête et qu'il est injuste de mettre tout le fardeau sur l'infirmière : « en tant qu'employeur, vous avez laissé Selma travailler dans ces mauvaises conditions et c'est elle qui prend tout le blâme ». La représentante de l'employeur répond : « Mme Selma a accepté de travailler dans de telles conditions. Elle avait qu'à pas accepter si elle jugeait que ce n'était pas sécuritaire pour elle. Nous ne sommes pas responsables de sa pratique professionnelle. Mme a négligé le suivi de la douleur, son organisation des tâches était problématique et ses notes infirmières étaient incomplètes. C'est ce qui met fin à la rencontre. On en reparlera en comité ». Selma ne sait pas quoi dire. Elle se sent trahie. C'est tout de même sa cheffe qui ne lui a pas laissé le choix ce jour-là. Elle ne savait pas qu'elle pouvait refuser cette charge de travail. Mais comment refuser ?