

Résumé

La divulgation d'enjeux critiques par le personnel soignant constitue une part essentielle de la bonne marche de tout système de santé. En contexte de pandémie, la communication rapide d'informations critiques est indispensable à l'identification et à la résolution de problèmes. Or, une telle communication est difficile en contexte de crise. Des témoignages d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et d'autres professionnels de la santé, indiquent que des signalements réalisés dans des milieux de soins aux prises avec la COVID-19 se sont soldés par l'absence de mesures correctives et, dans certains cas, des représailles envers les personnes divulgatrices. Au Québec, ce contexte de crise a mené à la mise en service d'une plate-forme en ligne par une instance syndicale. Celle-ci sert à recueillir des témoignages de professionnels de la santé et de membres du public et à les rendre rapidement disponibles à la population et aux médias. Cet article présente les résultats d'une analyse de contenu des témoignages soumis par des infirmières et infirmières auxiliaires afin, d'une part, de constater la teneur des enjeux dénoncés et, d'autre part, d'examiner l'utilité de ce type de plate-forme dans les démarches de dénonciations entreprises par le personnel infirmier.

Mots-clés analyse de contenu, dénonciation, pandémie, personnel infirmier, représailles

La dénonciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19: une analyse de contenu de la plate-forme « Je dénonce »

AMÉLIE PERRON, CAROLINE DUFOUR, EMILY MARCOGLIESE, & MARILOU GAGNON

Introduction

La divulgation d'enjeux critiques par des membres du personnel infirmier (entendu comme regroupant les infirmières techniciennes, cliniciennes et auxiliaires) constitue une part essentielle de la bonne marche de tout système de santé. Elle permet notamment de mettre en lumière des pratiques mettant à risque le bien-être et la sécurité des patients et des travailleurs. En contexte de pandémie comme celle déclenchée par le nouveau coronavirus COVID-19, la communication rapide d'informations critiques

est indispensable à l'identification et à la résolution de problèmes, alors que le système de santé tente d'endiguer la propagation du pathogène et de limiter ses effets délétères, voire létaux, sur la population. Or, une telle communication n'est pas aisée en contexte de crise. Cela laisse également entendre que la transmission d'informations critiques est nécessairement bienvenue dans des organisations sous pression. Des témoignages d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et d'autres professionnels de la santé, indiquent toutefois que des signalements réalisés dans des milieux de soins québécois aux prises avec la COVID-19 se sont soldés par l'absence de mesures correctives [voir par exemple 1-3] et, dans certains cas, des représailles envers les personnes divulgatrices malgré le bien-fondé de leurs démarches [voir par exemple 4,5].

Au Québec, ce contexte de crise a mené à la fin mars 2020 à la mise en service d'une plate-forme en ligne par un syndicat, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), qui représente la plus grosse proportion d'infirmières et infirmières auxiliaires de la province. La plate-forme Je

dénonce sert à recueillir des témoignages de personnels soignants et non-soignants (toutes professions confondues) et de membres du public et à les rendre rapidement disponibles à la population et aux médias afin d'informer ceux-ci des enjeux relatifs à la gestion de la pandémie dans le réseau de la santé. Une telle plate-forme est inédite dans le domaine de la santé. Elle présente donc une opportunité d'enrichir notre compréhension du phénomène de la dénonciation par des membres des professions infirmières qui lancent l'alerte au sujet de situations préoccupantes, dangereuses ou illicites dans leurs milieux d'exercice. Cet article présente une analyse de contenu des témoignages soumis à Je dénonce par des infirmières et infirmières auxiliaires afin, d'une part, de constater la teneur des enjeux signalés et, d'autre part, d'examiner le rôle et l'utilité de ce type de plate-forme dans les démarches de dénonciations entreprises par le personnel infirmier témoin de pratiques non sécuritaires ou répréhensibles.

Contexte

En santé, des personnes qui dénoncent le font lorsque surviennent des pratiques professionnelles/cliniques (par des professionnels de la santé) ou administratives (par des gestionnaires ou des décideurs) qui ne respectent pas les règles, normes ou lois en vigueur. Le terme dénonciation est utilisé ici dans le sens du terme anglais de whistleblowing suivant la définition de Near et Miceli: « The disclosure by organisation members (former or current) of illegal, immoral or illegitimate practices under the control of their employers, to persons or organisations that may be able to effect action ».[6 p4] Les écrits actuels montrent que la plupart des personnes qui dénoncent à l'extérieur d'une l'organisation ont d'abord recouru à ses canaux internes.[7,8] Un acte de dénonciation est typiquement perçu comme un affront aux attentes de conformité et de loyauté des organisations envers leurs employés.[9,10] Il est donc généralement tenu pour acquis que la dénonciation externe n'est acceptable que si tous les autres moyens de signalement (internes, surtout) ont été épuisés.[voir par exemple 11]

Différents processus peuvent s'offrir à une infirmière pour rapporter des problèmes: par exemple, aviser ses supérieurs, remplir un rapport d'incident ou faire un signalement anonyme via un système de rapport interne.[12] Toutefois, dans bien des cas ces rapports ne mènent pas à des actions concrètes et plusieurs dénonciateurs constatent que les situations dénoncées persistent. Ainsi, plusieurs études montrent que le personnel infirmier a peu confiance dans les procédures organisationnelles pour traiter ses plaintes.[13,14] ce qui peut

l'amener à se tourner vers des canaux externes. Plusieurs auteurs estiment d'ailleurs que le recours à la dénonciation externe est un signe patent d'échec organisationnel qui peut être résolu si les organisations consolident leurs mécanismes internes de signalement, gèrent efficacement les problèmes rapportés et promeuvent une culture d'intégrité, de transparence et d'amélioration.[8,15,16]

La dénonciation entraîne des conséquences sérieuses pour toutes les parties impliquées. Pour le dénonciateur, des signalements internes peuvent entraîner une surveillance accrue de son travail par ses supérieurs, des évaluations de performance arbitraires, et de la distanciation de ses pairs.[17,18] En cas d'escalade des stratégies de signalement, le dénonciateur peut voir son jugement et sa compétence discrédités, une intensification de la surveillance de sa performance, de l'ostracisme, du harcèlement, des menaces, et des représailles pouvant aller jusqu'à la perte d'emploi. Tous les écrits recensés rapportent des conséquences émotionnelles graves: isolement; perte d'estime de soi; désengagement envers les patients; désir de quitter la profession; anxiété, dépression; et, dans des cas plus extrêmes, le suicide.[17,18] Pour l'organisation, la dénonciation est généralement perçue négativement même si les problèmes dénoncés sont reconnus (19). Bien que des réponses constructives n'affligeant pas le dénonciateur soient possibles, elles demeurent étonnamment rares.[9,19] Dans la plupart des cas, diverses contraintes sont rapidement mises en place afin de contrôler l'impact public de la dénonciation (minimisation de la situation, évocation d'un incident isolé, discrédit du dénonciateur, etc.) tout en contrôlant, souvent de façon extrême, la capacité de parole et d'action du dénonciateur.[7,9]

Le contexte de crise favorisé par la pandémie à la COVID-19 aura vu quantité de lanceurs d'alerte se manifester à travers le monde et les reportages indiquent que les réactions agressives à leur égard ne diffèrent pas de celles déployées hors-crise [pour un compte-rendu de cas notoires, voir 20]. Ce constat ne fait pas exception au Canada, et en particulier au Québec, où des membres du personnel infirmier et des instances infirmières (syndicales, surtout) ont pris la parole dans des proportions exceptionnelles.[21] À la lumière des enjeux émergeant de la progression de la pandémie et de la gestion se révélant de plus en plus incohérente de celle-ci, une plate-forme intitulée Je dénonce a été lancée à la fin mars par la FIQ afin de recueillir et rassembler les divulgations de situations répréhensibles et non sécuritaires dans le réseau de la santé.

Je dénonce est à la disposition de quiconque désire faire

connaître des situations ou des pratiques mettant à risque ou susceptibles de mettre à risque tant les patients que les personnes qui œuvrent dans le réseau de la santé (professionnels soignants et non-soignants, personnel de gestion, etc.). Plus précisément, le syndicat vise à mettre de tels témoignages en contraste avec les informations données par les instances gouvernementales au sujet de l'état de la crise. Sur le site de la plate-forme, la FIQ indique en ce sens que

Ce site a été mis sur pied pour rapatrier en un même endroit tous les témoignages de ce que vivent les professionnelles en soins sur le terrain durant la crise sanitaire actuelle. Nous souhaitons mettre en évidence le décalage entre ce que le gouvernement affirme et la réalité à laquelle font face les professionnelles en soins chaque jour dans le réseau.[22]

Outre cette courte description sur les visées de la plate-forme Je dénonce, un onglet figure dans le menu de la page pour rappeler certaines considérations, en français et en anglais, aux personnes désirant se prévaloir de cet outil. Elles présentent notamment des rappels au regard de la liberté d'expression et des limites de celles-ci ainsi que des conseils afin de dénoncer de manière sécuritaire, compte tenu du caractère public de la divulgation.

La page de dénonciation présente un formulaire simple à remplir par le divulgateur. Le nom, le titre d'emploi et le lieu de travail du divulgateur sont recueillis. Ce dernier peut décider s'il désire s'identifier publiquement ou non; la majorité des soumissions révisées dans le cadre de notre analyse indiquent que les personnes dénonciatrices préfèrent garder l'anonymat. Une boîte permet de saisir du texte libre décrivant la situation problématique, et la personne dénonciatrice a l'option d'ajouter à son témoignage des photos ou des vidéos à l'appui. Le consentement de la personne est confirmé avant que celle-ci ne puisse soumettre son témoignage dans la plate-forme. Les témoignages soumis sont vérifiés avant d'être mis en ligne (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, communication personnelle, 28 juin 2020). Les premiers témoignages ont été soumis le 29 mars 2020. La grande majorité des personnes dénonciatrices sont des infirmières et infirmières auxiliaires, mais d'autres catégories de travailleurs (ex : préposés aux bénéficiaires, travailleurs sociaux, inhalothérapeutes, médecins, personnel d'entretien ménager) ainsi que des membres du public ont également soumis des témoignages.

Le but de cette étude était d'analyser les témoignages rendus publics sur la plate-forme Je dénonce et de déterminer dans quelle mesure celle-ci s'avère utile, ou non, dans la mise

au jour de problèmes critiques en contexte de pandémie. Cet article présente les résultats de l'analyse de contenu réalisés sur les témoignages soumis par des infirmières et infirmières auxiliaires sur une période de deux mois afin, d'une part, de constater la teneur des enjeux dénoncés et, d'autre part, d'examiner le rôle et l'utilité de ce type de plate-forme dans les démarches de dénonciations entreprises par le personnel infirmier témoin de pratiques non sécuritaires ou répréhensibles.

Méthodologie

En conformité avec le but de l'étude portant sur les démarches de dénonciation réalisées par le personnel infirmier, nous avons analysé les témoignages spécifiquement soumis par des infirmières et infirmières auxiliaires et ce, entre le 29 mars et le 31 mai 2020. Ces dates ont été choisies afin de saisir les témoignages soumis dès le lancement de la plate-forme, au plus fort de la crise et par après, tout en obtenant un ensemble robuste de données. Cette période a permis dans un premier temps d'obtenir 611 témoignages. Quatorze témoignages ont été retirés puisqu'ils étaient écrits par des membres du public ou étaient hors sujet. Dans sa forme finale, notre échantillon comportait donc 597 témoignages soumis par des infirmières et des infirmières auxiliaires.

Nous avons soumis ce corpus de témoignages à une analyse de contenu. Cette approche permet de comprendre et décrire le sens qui ressort des témoignages des infirmières et infirmières auxiliaires qui ont dénoncé sur la plateforme Je dénonce. L'analyse a été réalisée en suivant les principes conventionnels de cette approche.[23,24] Nous avons utilisé une méthode inductive et avons laissé les catégories émerger de l'analyse. Dans un premier temps, 50 témoignages ont été choisis au hasard pour cerner les grands thèmes issus des témoignages. Nous avons ensuite ajouté 20 témoignages additionnels pour tester et peaufiner le schème analytique. De ce processus, 12 catégories ont émergé. Nous avons testé ces catégories sur 10 témoignages supplémentaires choisis au hasard et, pour finir, sur la totalité des témoignages de notre échantillon. Aucune approbation éthique n'a été nécessaire pour mener cette analyse, puisque les témoignages sont librement accessibles au grand public.

Résultats

L'analyse nous a permis d'identifier douze catégories (Figure 1) et d'établir la fréquence de chacune d'entre elles dans notre échantillon (Figure 2). Les catégories sont les suivantes : 1. Hiérarchie; 2. Invalidation; 3. Instrumentalisation; 4. Mesures de contrôle; 5. Surcharge; 6. Manque de ressources;

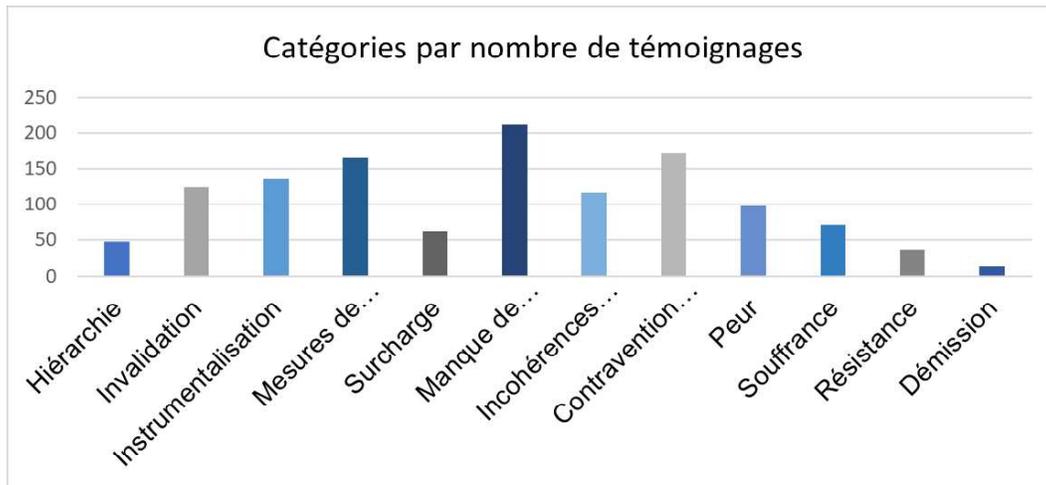


Figure 1 : Fréquence d'apparition de chaque catégorie

7. Incohérences multiples; 8. Contravention aux normes de prévention et de contrôle des infections; 9. Peur; 10. Souffrance; 11. Résistance; et 12. Démission. Chacune sera détaillée ci-après.

Hiérarchie

La notion de hiérarchie est évoqué dans 48 témoignages (8%). La hiérarchie est inhérente au système de santé du Québec et détermine le modèle de gestion des soins. Elle établit également la place accordée à certains groupes ou certains domaines de spécialisation. La pandémie semble accentuer

des iniquités entre certains professionnels alors que ceux de statut plus élevé bénéficient d'une meilleure protection face au virus et d'une information différente sur celui-ci, comme l'illustre l'extrait suivant.

Je suis infirmière, on me demande de limiter l'utilisation du matériel médical étant donné la pénurie du matériel de protection. Par contre, les médecins spécialistes (gynécologue) eux ont comme recommandation de porter le masque avec lunette et/ou visièr en tout temps vu le risque de transmission communautaire. (Témoignage 370)

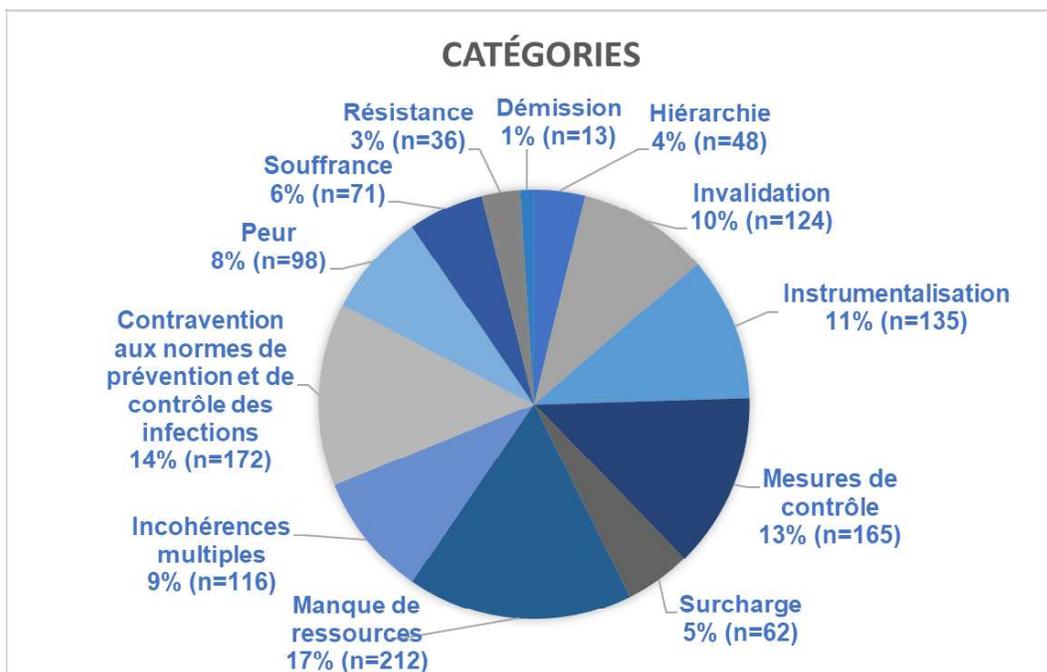


Figure 2 : Répartition des pourcentages pour chaque catégorie (à noter que chaque témoignage peut donner lieu à plus d'une catégorie)

Il y a également hiérarchisation entre les différents milieux de soins. Des disparités sont ainsi rapportées en matière d'équipements et de ressources budgétaires selon les départements et spécialités.

Au CHSLD, la direction veut qu'on prenne la température DIE pour tous les résidents, mais on n'a pas de thermomètre portable, on a demandé un thermomètre sur le budget de COVID-19. La réponse était : « les CHSLD sont les derniers sur la liste pour utiliser le budget de COVID-19. » (Témoignage 625)

Des infirmières et infirmières auxiliaires rapportent également que leur gestionnaire immédiat (chef de service) a un pouvoir décisionnel limité et que les décisions problématiques sont prises par de plus hautes instances.

Je ne jette pas la faute sur les chefs du centre, car elles travaillent du mieux qu'elles peuvent, mais c'est plutôt plus haut le problème (Témoignage 831)

Invalidation

Le fait d'être invalidé est rapporté dans 21% des témoignages d'infirmières et infirmières auxiliaires (n= 124). L'invalidation est comprise comme le fait de voir ses observations, préoccupations et suggestions ignorées. Plusieurs décrivent ainsi la manière dont leur expertise, leur expérience et leur jugement cliniques sont dévalorisés.

Un matin une conseillère de la prévention des infections est venue nous parler... Elle nous a donné des instructions à l'encontre de tout ce que l'on nous a appris et recommandé jusqu'alors... Pas de gants, on doit juste se laver les mains. Pas de jaquette couvrant tout le corps et imperméable, la jaquette jaune perméable et courte suffit. (...) On a beau lui expliquer qu'une fois dans cette unité nous sommes amenés à instrumenter des patients qui décompensent. On n'est pas de passage. On est au chevet. On agit, on est des professionnels qui faisons des actes invasifs. (Témoignage 706)

De nombreux témoignages relatent aussi la difficulté d'obtenir une réponse à une question ou encore l'impossibilité de communiquer une situation problématique à un gestionnaire. L'extrait suivant atteste de cette situation.

J'ai frappé à toute les portes, j'ai écrit un témoignage de 16 pages pour demander de l'aide à plusieurs personnes... J'ai envoyé des courriels, j'ai écrit des Messenger, j'ai appelé... Mais personne n'est venu, personne ne nous a aidé... (Témoignage 840)

D'autres témoignages dénoncent le fait que les infirmières et les infirmières auxiliaires ne semblent pas considérées comme des interlocuteurs valides dans la transmission d'information par leur gestionnaire, par exemple au sujet de changements

sur leur unité.

vendredi dernier une décision a été prise qu'une aile de mon étage serait réservée au COVID-19 et ils ont décidé de débiter cela un samedi, lorsque je suis arrivé au travail rien n'était en place, aucune personne n'était au courant de cette situation, aucune personne n'avait de fit test à l'étage au cas où un patient décompenserait ou présenterait des critères de sévérité respiratoire. (...) De plus aucun gestionnaire n'était là malgré cette situation hors du commun. Je suis découragée. (Témoignage 615)

Une proportion importante des extraits évoquant des processus d'invalidation reflète également des sentiments de découragement et d'impuissance chez les infirmières et infirmières auxiliaires—un élément auquel nous reviendrons plus loin.

Instrumentalisation

Le fait de se sentir instrumentalisé a été rapporté par 135 infirmières et infirmières auxiliaires (23%). Instrumentaliser une personne réfère au fait de considérer celle-ci comme un simple objet, plutôt qu'un être humain. Les témoignages soumis indiquent en ce sens que les membres du personnel infirmier semblent perçus comme des pions interchangeable et déplaçables entre unités et départements au gré des besoins de l'administration et ce, sans égard à leurs compétences et leurs expériences.

Nous avons l'impression que la direction RH profite de cette situation pour favoriser la mobilité de la main-d'œuvre, de rendre toutes les infirmières des équipes volantes, technique de gestion qui perdurera après la pandémie. Ils démontrent que selon eux, une infirmière est égale à une autre et que l'expertise accumulée dans un secteur spécialisé ne vaut rien, que chaque infirmière est facilement remplacée par une autre après une formation expéditive. Merci de démontrer à vos infirmières à quel point elles sont facilement remplaçables, même quand les patients en pâtissent par la perte d'expertise dans vos centres. (Témoignage 775)

Dans la même veine, les témoignages illustrent l'absence de préoccupation envers le bien-être du personnel infirmier, couplée à une banalisation de conditions de travail compromettant leur santé physique et mentale.

Depuis la COVID-19 je fais de l'anxiété dû à devoir être au front sur la première ligne (aux patients) en ayant une maladie chronique qui est l'asthme non contrôlé depuis ma naissance. Mon employeur ne fait rien et refuse de me rapatrier dans un travail sécuritaire pour ma situation (travail de bureau.). Il me délaisse à la maison sans paye, malgré mon désir d'aller travailler,

il refuse! Et ce malgré un billet médical. Ce n'est aucunement prendre soin de son personnel ni d'être humain. Ce n'est pas normal, quand moi j'ai une amie qui travaille au Tim Hortons qui est elle aussi asthmatique contrôlé pour sa part, et son Boss lui a compris est plus humain que le mien et l'a arrêté à maison et elle est rémunérée... ÇA N'A PAS D'ALLURE, C'EST COMME ÇA QU'ON NOUS TRAITE ? (Témoignage #402)

De même, plusieurs témoignages rapportent le fait que des infirmières et infirmières auxiliaires enceintes et immunosupprimées sont forcées de travailler et ne sont pas retirées des milieux à risque.

Même avec une connaissance de mon état de santé (immunosupprimée), ils ont refusé de prendre en compte le certificat médical de mon médecin spécialiste. On m'a confirmée que j'allais être affecté ce dimanche à l'unité chaude (Zone très contagieuse), dont je connais l'état actuel par rapport au Covid-19. (Témoignage 824)

L'analyse met en lumière des irritants dans certains centres vis-à-vis la compensation du personnel infirmier. Des témoignages décrivent par exemple la manière dont des décisions bureaucratiques permettent à certains centres d'éviter le versement des primes prévues pour compenser le personnel infirmier œuvrant sur les unités affectées par la pandémie.

Nous sommes une unité de plusieurs spécialités, dont pneumologie. Nous ne recevons pas la prime de 8% que le gouvernement avait promis, car l'unité est composée de deux corridors et l'autre corridor est une zone froide, donc nous sommes pénalisées. (Témoignage 698)

Dans mon hôpital, pour éviter de devoir offrir la prime à trop de personne, ils ont changé les définitions de zones chaudes et tièdes. Un des étages a une section qui accueille les covid-19 suspectés ou positifs, mais les personnes y travaillant n'auront pas la prime, car c'est maintenant considérées comme une zone "tiède". (Témoignage 873)

La notion d'instrumentalisation exprimée dans les témoignages est frappante compte tenu des nombreux discours par des élus, des administrateurs de centres de santé et des membres du public louant le dévouement et l'héroïsme du personnel infirmier. En ce sens, l'instrumentalisation banalisée de celui-ci pendant la pandémie tranche avec le traitement attendu de ceux couramment désignés comme des « anges-gardiens ». De nombreuses infirmières et infirmières auxiliaires dénoncent cet état de fait et la perversité sous-tendant l'expression « ange-gardien ».

Anges? Non. Nous sommes esclaves de notre système, à nos risques, au risque de nos enfants. Pourquoi devons-nous être au front, sans protections, sans salaire si symptômes et avec si peu de reconnaissance. (Témoignage 287)

On est comme de la chair à canon. Des esclaves du CISSS. Traité comme des numéros. (Témoignage 102)

Mesures de contrôle

L'analyse indique que 28% des témoignages (n=165) concernent l'assujettissement d'infirmières et infirmières auxiliaires à des mesures de contrôle. Ces mesures, qui visent à contraindre celles-ci à faire ce que l'on attend d'elles, opèrent à différents niveaux. Tout d'abord, de nombreux témoignages font état du contrôle des équipements de protection. Par exemple, ceux-ci sont fréquemment mis sous clé et le personnel doit obtenir une permission spéciale pour les obtenir.

Je suis en CSI (Clinique de soins infirmiers) CLSC, depuis le début de la pandémie, nous avons accès aux masques chirurgicaux que depuis quelques jours seulement, nous avons 2 boîtes de disponible à la CSI, les autres sont cachés sous clés. Nous avons le droit d'utiliser les masques, que pour les soins de PICC Line et nous sommes surveillés par l'ICASI [infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat] quant à l'utilisation. (Témoignage 578)

Masque mis sous clé par notre gestionnaire, désinfectant pour les mains retirés de nos bureaux et de notre matériel pour les soins à domicile. Lingettes désinfectantes indisponibles ou en faible quantité pour la désinfection de notre matériel pour les soins à domicile. On se fait dire régulièrement que le matériel n'est pas disponible pour la désinfection. On se sent surveillé pour tout prise de matériel. En soins à domicile il est primordial de faire la désinfection de notre matériel entre chaque client !!! (Témoignage 548)

Des infirmières et infirmières auxiliaires rapportent également l'utilisation de menaces par des gestionnaires afin de contrôler l'information qu'elles peuvent divulguer.

Nos supérieurs nous envoient chaque jour des e-mails menaçant pour ne pas dénoncer le manque du matériel puis l'organisation du personnel. (Témoignage 508)

De nombreuses infirmières et infirmières auxiliaires rapportent avoir été intimidées et avoir subi des représailles pour avoir remis en question les directives reçues. Le refus d'obtempérer à des ordres pourtant contraires aux directives de santé publique entraîne des sanctions. L'exemple suivant provient d'une infirmière auxiliaire travaillant dans un CHSLD sans cas de COVID-19 ayant refusé d'aller travailler dans un

autre CHSLD connu pour avoir une centaine de cas positifs, de crainte de provoquer une éclosion dans son milieu d'origine.

On me répond que je suis la moins ancienne, c'est donc à moi d'y aller et que des sanctions pourraient avoir lieu si je REFUSE d'y aller !! Je demande quelles sont les sanctions possibles? Car je ne veux pas avoir un mauvais dossier! Il (assistant infirmier chef) me répond avec incertitude qu'il a entendu parler d'amende pouvant aller jusqu'à 4000\$ ou encore qu'après 3 refus on m'enlève toute mon ancienneté ☐ que J'AI TRAVAILLÉ ET MÉRITÉ !! Je suis en réflexion (...) je me décide et dit NON! À la suite de mon refus, mon assistant contact la coordo et reçoit la directive de cette dernière de me renvoyer chez moi !!! (Témoignage 856)

Enfin, plusieurs témoignages rapportent un contrôle serré du personnel par le biais de l'arrêté ministériel. Ils décrivent l'utilisation abusive de cette mesure exceptionnelle par des administrateurs pour combler des manques de personnels déjà présents pré-pandémie, alors qu'aucun cas de COVID-19 n'est recensé dans leurs établissements. Ces abus se traduisent par l'imposition de travail à temps plein et sur plusieurs quarts différents, l'obligation d'être mobile et de changer de département, voire même d'établissement, et l'annulation de vacances.

Je trouve étrange que mon établissement utilise l'arrêté ministériel. On commence déjà à annuler les vacances, les fériés et on impose le temps plein, alors que le besoin n'est nullement là... Je travaille aux soins intensifs où il n'y a aucun cas de COVID puisqu'on les transferts automatiquement. Nous n'avons d'ailleurs pas droit à la prime de 8% pour cette même raison! Pourquoi utiliser l'arrêté si justement nous n'avons pas de prime sous prétexte que nous ne sommes pas en crise de COVID !!! Il y a de nombreux surplus de personnel chaque jour mais on va imposer le temps plein? Mon établissement utilise les droits que lui donne le gouvernement même s'il n'en a pas besoin, juste parce qu'ils ont le droit! Je suis découragée... (Témoignage 797)

Ces pratiques inquiètent plusieurs divulgatrices qui appréhendent que ces méthodes de gestion abusives ne deviennent routinières post-pandémie.

Surcharge

Soixante-deux infirmières et infirmières auxiliaires (10%) rapportent être surchargées. Cette catégorie reflète un déséquilibre entre la charge de travail et le temps et les ressources disponibles pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients. Les infirmières et infirmières auxiliaires attribuent principalement cette surcharge à l'augmentation

de la complexité des soins et au manque de ressources humaines de divers corps de métiers (sous-effectif déjà présent, absences dues à la COVID-19, etc.). Ce manque de ressources engendre des ratios infirmières/infirmières auxiliaires-patients non-sécuritaires.

Ce n'est pas sécuritaire pour travailler, aucune sécurité pour les patients, aucune confiance au personnel. J'ai parlé à un collègue hier, il est de même avis que moi. Ce matin j'ai reçu des nouvelles d'un autre collègue qui était cette nuit... my god. Il était tout seul avec une nouvelle infirmière aussi et 1 préposé non régulier de l'unité. Il a dit qu'il n'a pas eu de pause, 1 chute et 2 décès. Un coordo qui lui a parlé juste par téléphone a dit de laisser les corps pour l'équipe du matin, inhumain. Pas de médecin pour constater les décès. (Témoignage 765)

En conséquence, des soins ne sont pas donnés et les patients en souffrent.

Une patiente laissée dans sa chambre, caca par terre, fiévreuse. Rendu 14:00 plateau dîner sur table non touché celui du déjeuner dans la poubelle... Déshydratée++ Aucun employé sur l'étage! Ça sentait la mort dans sa chambre !!!! J'ai fait son dépistage mais je crois qu'au moment d'écrire ces lignes, elle doit être décédée de déshydratation et non du COVID! Négligence CRIMINELLE !!! (Témoignage 925)

Manque de ressources

Ce thème émerge dans 36% des témoignages (n= 212) et touche fortement au manque de ressources matérielles de base pour prodiguer des soins, accentuant ainsi les pertes de temps et l'alourdissement des soins.

Il y a pénurie de matériel. Hier pour faire l'installation d'un soluté, j'ai dû vérifier les réserves de 4 départements différents (rouge, ou jaune). Ce matin pour être en mesure de poursuivre ce soluté, pour une résidente changée d'unité, j'ai eu besoin d'une permission spéciale du chef d'unité en place pour pouvoir aller chercher le matériel que j'avais mis de côté pour elle sur une unité dite rouge. Une heure de temps perdu pour 2 litres de soluté, 1 vial de rocephin et des pochettes de 100 ml de NS. (Témoignage 876)

De plus, les lieux physiques sont souvent inadéquats. Par exemple, dans certains milieux les aires de travail ne permettent pas la distanciation physique ou il manque de vestiaires pour se changer avant et après le quart de travail.

La plupart [des patients] toussent énormément et mon poste de travail est à moins de 4 mètres des patients. La morgue qui vient chercher les cadavres est mieux équipé que nous (95, visièrre et full suit). (Témoignage 748)

Enfin, le manque de matériel de protection (masques de procédures/chirurgicaux, masques N95, uniformes, jaquettes, gants, etc.) est problématique pour une forte proportion d'infirmières et infirmières auxiliaires (178 témoignages, 84%). Dans les cas plus extrêmes, elles doivent partager le matériel de protection, le réutiliser et même le fabriquer elles-mêmes.

Masque mis sous clé par notre gestionnaire, désinfectant pour les mains retirés de nos bureaux et de notre matériel pour les soins à domicile. Lingettes désinfectantes indisponibles ou en faible quantité pour la désinfection de notre matériel pour les soins à domicile. On se fait dire régulièrement que le matériel n'est pas disponible pour la désinfection. On se sent surveillées pour tout prise de matériel. En soins à domicile il est primordial de faire la désinfection de notre matériel entre chaque client !!! (Témoignage 548)

je travaille à l'étage où nous recevons maintenant les dépistages covid-19. (...) Le jour où ils ont voulu admettre ces gens, nous avions aucun masque, aucune visière, aucune jaquette. Un matin on nous a demandé de visionner un vidéo pour voir comment on doit s'habiller et se déshabiller. Le même matin on nous fait pratiquer et en fin de journée on nous demandait d'accueillir notre premier usager sans équipement. Rapidement, notre agence administrative passe une commande rapide. Nous recevons des lunettes alors que nous avons eu une formation seulement sur la visière. Nous avons 10 jaquettes jetables pour faire 16h de travail. Et pas de masques N95 pour tous, il manquait des grandeurs. On nous demande alors de mettre des masques expirés. Un cartables a été fait au poste pour qu'on retrouve nos infos, les cartables n'est pas gardé à jour. L'informations est périmés. On nous demande de pas mettre tous le matériels demandés de peur qu'on en manque. Nous devons référé notre supérieurs aux lignes directrices de l'INSPQ pour gagner la permission d'avoir du matériel et devons refuser d'entrer dans une chambre pour que ça bouge. (Témoignage #39)

Nous devons créer nous-mêmes des « visières » à partir d'acétate que nous nous partageons et lavons. Cela ne fait pas de sens et est broche à foin. (Témoignage 166)

Incohérences multiples

Cent seize témoignages (19%) rapportent de multiples incohérences, c'est-à-dire des ruptures entre, d'une part, les informations fournies par les administrateurs des milieux de soins et, d'autre part, les informations requises pour accomplir un travail, celles ayant été établies par les autorités de santé publique ou celles qui ont été acquises en cours de formation professionnelle. Les témoignages analysés

exposent des manques de communication, de formation et de cohérence dans les informations données. Les infirmières et infirmières auxiliaires vivent de surcroît un stress important dû au manque de consignes cohérentes et à la rapidité avec laquelle les informations changent.

cette semaine, on nous montrait comment retirer les masques N95 élastiques par élastiques de façons très délicate, afin d'éviter les éclaboussures et de le jeter immédiatement lors d'un isolement aérien pour un patient COVID procédure aérienne, ils nous demandent de mettre le masque dans un sac en papier brun (soit disant pour que le masque respire...) et de réutiliser le masque 5 fois. Afin qu'il soit moins contaminé. Il s'agit de quelqu'un d'intubé... En même temps qu'ils essaient de nous convaincre, ils nous affichent dans les chambres leurs propres procédures soit la feuille de résumés des étapes d'habillage et de déshabillage en cas d'isolement aérien approuvé par l'établissement et le CIUSSS. Sur cette belle feuille la procédure nous dit de jeter le masque à la poubelle. (Témoignage 450)

Les chefs d'unités nous donne très peu d'informations et souvent ils se contredisent. Nous leur posons des questions et souvent ils sont incapables de répondre. Pas très rassurant disons. L'anxiété est palpable sur l'unité, les filles ont peur et plusieurs disent qu'elles vont démissionner si ça devient à risque pour nous et nos familles. On ne se sent pas protégés. (Témoignage #39)

Contravention aux normes de prévention et de contrôle des infections

Une catégorie à forte fréquence est la contravention aux normes de prévention et de contrôle des infections, décrite dans 172 témoignages (29%). Ce thème reflète le non-respect des normes établies pour prévenir la propagation de la COVID-19. Infirmières et infirmières auxiliaires relatent par exemple des déplacements inappropriés de patients et de personnels entre zones chaudes (unités de patients COVID-19 positifs confirmés), tièdes (unités de patients suspectés) et froides (unités exemptes de COVID-19), ainsi que le non-respect des normes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) par les établissements de santé.

Au CHSLD où je travaille, il n'y a aucun cas positif pour l'instant. Cependant pendant toute la fin de semaine nous avons eu des employés qui se promènent d'un centre à l'autre dont certains ont travaillé dans un centre où il y a une dizaine de cas. Les consignes ministérielles ne sont pas respectées par les gestionnaires. (Témoignage 694)

Les infirmières et infirmières auxiliaires reconnaissent ces situations comme étant problématiques, mais indiquent ne

pas être écoutées et manquer de pouvoir décisionnel pour y remédier.

Peur

Quatre-vingt-dix-huit témoignages (16%) reflètent des sentiments de peur chez les infirmières et infirmières auxiliaires, qui estiment mettre quotidiennement leur sécurité et leur permis professionnel à risque. Elles craignent ainsi pour leur propre santé et celle de leur famille, de leurs collègues et de leurs patients. Plusieurs disent également craindre des représailles si, par exemple, elles expriment leur opinion ou refusent une directive jugée non-sécuritaire.

Ma plus grande peur reste d'avoir sur la conscience le fait de peut-être contaminer un de mes patients vulnérables et qu'il en décède. Je m'en voudrais toute ma vie... Les infirmières et infirmiers et les autres professionnels à domicile partagent tous cette même peur. (Témoignage #430).

Souffrance

Soixante et onze témoignages (12%) dépeignent une souffrance physique et/ou morale intense. Celle-ci est attribuable aux conditions difficiles dans lesquelles les infirmières et infirmières auxiliaires œuvrent durant la pandémie et elle engendre des conséquences réelles pour celles-ci.

En ce qui me concerne avant cette crise j'arrivais plus à fonctionner, j'arrivais plus à faire mes semaines, le moral ne suit plus, je suis anéantie, fatigué, Je ne tiendrai pas bien longtemps encore. Chaque matin je me demande si je rentre au travail, chaque soir je me demande comme j'ai pu faire ma journée, vivre et travailler dans ces conditions ça sert à rien. Je coule à pic actuellement, je suis devenue l'ombre de moi-même. (Témoignage 788)

Le manque de protection, le manque d'écoute, l'instrumentalisation et les mesures de contrôle sont les causes les plus fréquemment identifiées de cette détresse dans les témoignages.

Résistance

Trente-six témoignages (6%) relatent des actes de résistance. Certaines infirmières et infirmières auxiliaires décrivent avoir refusé de céder sous la pression et les menaces et avoir opposé une résistance à leurs supérieurs. Certaines ont communiqué avec des médias, d'autres ont écrit des lettres et des courriels, d'autres encore ont questionné les procédures ou ont carrément refusé d'obtempérer à des demandes jugées abusives et non sécuritaires.

J'ai été en contact avec un patient en suspicion COVID dont le résultat s'est avéré + hier en journée. Je travaille de soir, hier la chef de service voulait déplacer une infirmière sur cet étage pour s'occuper des patients de l'UHB (Unité d'hospitalisation brève), on a dû faire front commun les 3 infirmières pour refuser car selon nous, le risque de contaminer un autre département était trop grand. Pendant cette argumentation était présent le responsable de la PCI (prévention et contrôle des infections) qui ne voyait pas le problème relié à ces déplacements entre les étages avec le personnel de l'étage COVID. Selon lui, en principe, il n'y aurait pas de danger de contaminer les autres si on applique les mesures d'hygiènes... (qui changent à la minute). Je lui ai répondu qu'en principe le viaduc du pont de la concorde de Laval ne devait pas s'écraser non plus !!!!! (Témoignage #522).

Par ailleurs, l'on peut également considérer l'utilisation de la plateforme Je dénonce comme un acte supplémentaire de résistance.

Démission

Seize infirmières et infirmières auxiliaires (2%) évoquent leur désir de démissionner ou ont déjà remis leur démission.

24 ans de service et la première fois que je songe sérieusement à démissionner! C'est carrément invivable! (Témoignage 134)

Malheureusement, j'ai dû mettre fin à mon volontariat, car ma santé physique et mentale ne peut plus être assurée par le CHSLD ni par le CISSS. (Témoignage 840)

Nous sommes rendus au point de vouloir démissionner collectivement et l'employeur nous a rencontrées dernièrement pour faire de l'intimidation. Une des infirmières a eu un avis disciplinaire hier, elle a démissionné sur le champ ce qui fait que le personnel de jour doit faire des TSO [temps supplémentaire obligatoire]. (Témoignage 571)

La démission d'un emploi constitue un acte significatif. Les témoignages analysés montrent que la démission, utilisée en dernier recours, sert à protéger la santé physique et mentale des infirmières et infirmières auxiliaires face à des contextes de travail qu'elles jugent intolérables.

Discussion

Les 12 catégories relevées dans l'analyse de l'outil Je dénonce couvrent une gamme étendue de préoccupations intimement liées entre elles mettant en valeur des pratiques qui nuisent au bien-être, à la sécurité et aux droits des patients et du personnel infirmier. Bien que certains problèmes dénoncés soient clairement liés au contexte pandémique (ex :

disponibilité des équipements de protection individuelle, suivi des directives des autorités de santé publique), il convient de souligner que bon nombre d'entre eux faisaient déjà l'objet d'analyses et de critiques depuis plusieurs années, tant au Québec qu'ailleurs. C'est le cas par exemple de processus organisationnels réifiant et invalidant le soin et ceux qui le prodiguent, de pratiques de gestion abusives, de l'aggravation des conditions du travail soignant, et de processus visant à museler le personnel infirmier[voir par exemple 25-30]. À la lumière des témoignages analysés, il semble que le contexte de pandémie ait non seulement perpétué, mais même amplifié ces problèmes. Notamment, la diffusion le 21 mars 2020 d'un arrêté du Ministère de la santé et des services sociaux[31] prévoyant la suspension de nombreux droits du personnel soignant a octroyé aux administrateurs des milieux de soins des pouvoirs inégalés pour disposer de celui-ci comme il l'entend dans un rapport hiérarchique absolu, plutôt que fondé sur la consultation, le respect de l'expertise et la collaboration.

Lorsque mis en contraste avec les discours dominant l'espace public depuis mars 2020, à l'effet duquel le travail du personnel soignant n'est rien de moins qu'« héroïque », les témoignages obtenus par l'entremise de l'outil Je dénonce révèlent des traitements tout autres à l'égard des infirmières et infirmières auxiliaires. Par exemple, le degré auquel les observations et les avis du personnel infirmier ont été ignorés, et dans de nombreux cas étouffés, s'explique difficilement alors que les gestionnaires et les élus devraient capitaliser sur toutes les informations disponibles pour prendre des décisions cohérentes protégeant la santé et la sécurité (physiques et émotionnelles) des patients et des soignants. Dans la même veine, alors que des gestionnaires déplorent le manque de personnel soignant pour faire face à la crise, les nombreux cas de suspension d'infirmières et infirmières auxiliaires qui auraient refusé d'obtempérer à des ordres contraires aux directives de santé publique suggèrent que le maintien de rapports d'autorité demeure malgré tout prioritaire dans plusieurs milieux de soins. Les témoignages analysés montrent ainsi dans quelle mesure la pandémie a créé un terrain fertile au maintien de la tension entre diverses compréhensions des enjeux (ex : organisation des soins; administration des équipements de protection; gestion des effectifs, incluant les déplacements de personnel) qui s'harmonisent difficilement alors que le réseau de la santé était déjà aux prises avec des problèmes chroniques de gestion (de ressources humaines, notamment), de climat de travail tendu et de relations de confiance affaiblies entre employeurs et employés. Tous ces éléments ressortent clairement dans le corpus de témoignages analysés. Or, selon Simard et collègues,

lorsque les employés estiment que le climat de ces relations est bon et axé sur la confiance et le respect mutuel, ils s'identifient plus fortement à l'[organisation] et tendent à ne pas dramatiser les risques de leur travail, alors qu'à l'inverse, s'ils jugent que le climat de relations est mauvais et axé sur la domination et l'exploitation, ils tendent à percevoir les problèmes de santé-sécurité comme un symbole de la déconsidération de l'employeur à leur égard.[32 p4]

La recherche montre invariablement que des employés qui n'ont pas confiance en leur employeur sont plus à même de recourir à des canaux de divulgation externes pour exposer des problèmes récurrents dans leur organisation (7)—un constat qui est vrai aussi pour le personnel infirmier.[33]

La plate-forme Je dénonce permet de suivre en temps quasi-réel l'émergence ou l'évolution d'enjeux critiques dans le réseau de la santé québécois alors que la pandémie sévit. Le fait qu'elle constitue, au Canada, le seul outil de son genre à la disposition des employés du système de santé et aux membres du public fait d'elle un cas intéressant dans la compréhension, d'une part, du phénomène de dénonciation par le personnel infirmier et, d'autre part, des formes que la dénonciation peut prendre en temps de crise. L'utilisation significative de la plate-forme depuis son lancement montre que les infirmières et les infirmières auxiliaires sont prêtes à intégrer un tel outil dans leurs démarches de dénonciation. Il est également raisonnable de déduire qu'elles le considèrent utile dans la rectification de pratiques problématiques en santé.

Avantages potentiels de la plate-forme

La plate-forme Je dénonce présente certaines caractéristiques que nous avons comparées à des critères proposés par des chercheurs en matière de dénonciation. Lee et Fargher ont recensé les caractéristiques de divers systèmes de divulgation afin de déterminer lesquels sont les plus bénéfiques.[34] Bien qu'ancrée dans le secteur privé, leur analyse dégage plusieurs éléments applicables aux institutions publiques. Notamment, elle identifie que la possibilité de faire des divulgations anonymes et confidentielles d'informations constitue un critère incontournable de la conception d'un outil efficace. Par ailleurs, le maintien de l'anonymat des lanceurs d'alerte assure la protection de ceux-ci contre des représailles—une réalité à laquelle fait face un nombre significatif de dénonciateurs.[33,35] Ensuite, un outil de divulgation devrait être accessible, disponible et facile d'utilisation. Il devrait également donner le contrôle de l'information aux lanceurs d'alerte. Les chercheurs et experts s'entendent sur le fait qu'un outil de signalement doit remplir ces critères pour

encourager son utilisation par des lanceurs d'alerte.

Je dénonce rencontre l'ensemble de ces critères puisqu'elle dissimule l'identité des informants, les protège contre des représailles et leur donne le contrôle de l'information qu'ils désirent partager. Elle est également simple à utiliser (aucune formation requise), accessible (plate-forme web) et disponible (en service 24h par jour, 7 jours sur 7). Il convient de souligner que cette disponibilité s'étend aux membres du public et aux journalistes qui peuvent consulter à toutes heures les témoignages soumis. En matière de contrôle de l'information, la plate-forme permet aux lanceurs d'alerte de décider du degré de détails qu'ils veulent partager. Ils peuvent formuler leur signalement dans leurs propres mots et inclure des fichiers (photos, vidéos) à l'appui s'ils le jugent nécessaires. La plate-forme vérifie également le consentement de la personne avant que celle-ci ne puisse soumettre son témoignage.

D'un point de vue des pratiques cliniques et organisationnelles, un tel outil permet un accès rapide à de l'information critique qui s'avère cruciale en temps de pandémie (par exemple, pour mettre un terme à des pratiques favorisant la propagation pathogénique). Il permet également de détecter des patterns problématiques dans certains milieux ou affectant certains corps de métiers. Enfin, il permet la mise en commun de problèmes identifiés et de noter le caractère systémique de ceux-ci le cas échéant. Une perspective systémique pourrait davantage encourager la prise en charge de ces problèmes; au contraire, la perception que des problèmes soient des cas isolés ou de simples interprétations subjectives réduit la probabilité qu'un suivi rigoureux sera fait.[7,19] La consultation des témoignages par des journalistes a ainsi permis à ces derniers de peindre un portrait plus complet de l'évolution et des effets de la pandémie dans l'ensemble du réseau de la santé, de la perte de contrôle des foyers d'écllosion dans certains établissements et des risques auxquels certains groupes de travailleurs font disproportionnellement face dans le cadre de leurs fonctions (ex : préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières).

D'un point de vue politique, nous estimons que la plate-forme Je dénonce constitue une stratégie supplémentaire à la disposition de travailleurs tels que le personnel infirmier. Elle permet en effet de transmettre des informations critiques et ainsi contribuer à préserver l'intérêt public. Par ailleurs, dans le cas où des processus internes de signalement n'aboutissent à aucune résolution (un élément souvent évoqué dans les témoignages analysés), l'utilisation d'un canal externe tel que Je dénonce peut contribuer à mettre de la pression sur les milieux qui demeurent sourds ou inopérants face aux préoccupations soulevées par leur personnel infirmier, et ainsi

modifier les rapports de force entre travailleurs et employeurs.

Enfin, nous estimons que l'outil Je dénonce offre également un avantage d'un point de vue de la recherche, dans la mesure où il crée un registre de données permettant de discerner des enjeux qui peuvent être difficiles à cerner autrement. Il offre également des possibilités d'analyses simples ou croisées, de fréquences ou narratives. La dissémination de telles analyses dans des forums publics et académiques peut par ailleurs permettre de sensibiliser et de mobiliser des cercles variés vis-à-vis les défis rencontrés par le personnel infirmier pendant la pandémie. Elle amplifie la visibilité des enjeux et permet de découpler les discussions à la recherche de solutions probantes.

Limites potentielles de la plate-forme

Des outils web de divers formats existent déjà depuis plusieurs années pour aider des dénonciateurs à transmettre de l'information de manière sécuritaire. Les signalements soumis par le biais de ces outils sont généralement reçus par des agents désignés (ombudsman, agent de conformité, etc.) dont le rôle consiste à y donner suite. Selon Lee & Fargher, cet élément fait partie des critères d'un bon outil de divulgation. [34] Dans le cas de Je dénonce, toutefois, les signalements ne sont pas destinés à une personne investie d'un mandat précis, mais bien à toute personne dans la population générale susceptible d'être intéressée par l'information en question. Autrement dit, la plate-forme n'est pas liée à un processus formel de prise en charge des signalements devant mener à une résolution suivant un processus particulier. Par conséquent, les représentants du gouvernement et les responsables des établissements au sein desquels des enjeux sévissent demeurent libres d'ignorer les signalements publiés sur la plate-forme. De même, l'outil Je dénonce ne prévoit pas de mécanisme intégré de reddition de comptes afin d'assurer l'imputabilité des personnes responsables de la saine gestion des milieux de soins. Bien que cet aspect ne constitue pas un objectif de la plateforme, plutôt prévue pour servir de courroie de transmission d'informations, il se pourrait que l'absence de mécanisme de suivi décourage certains lanceurs d'alerte de s'en servir.[34]

Parce que la plate-forme est accessible à tout un chacun, il est possible qu'elle soit utilisée de manière inappropriée, par exemple pour porter des accusations non fondées ou pour polluer la plate-forme avec des entrées provocatrices (« trollage »). Toutefois, une révision des soumissions avant leur publication afin de vérifier la validité des signalements ou supprimer les entrées corrompues permet de corriger cette limite. Dans le cas de Je dénonce, notre analyse révèle

que les infirmières et infirmières auxiliaires ont soumis des descriptions factuelles et ciblées de problèmes sérieux. Par ailleurs, les enjeux divulgués ont été abondamment rapportés ailleurs et reconnus, indiquant que les signalements infirmiers étaient fondés, non exagérés et de bonne foi.

Enfin, compte tenu du caractère souvent critique des signalements soumis par le biais de Je dénonce, il est possible que certains témoignages puissent être considérés comme étant diffamatoires et qu'ils fassent l'objet d'un recours en justice pour retracer leurs auteurs, faire fermer la plate-forme ou sévir contre l'organisation responsable de sa mise en œuvre (dans ce cas-ci, le syndicat FIQ). Bien que ce risque soit théoriquement possible, il est peu probable compte tenu du contexte sociopolitique québécois actuel. Ce contexte a vu, d'une part, l'opinion publique pencher fortement en faveur du personnel infirmier suite à de nombreux reportages exposant ses piètres conditions de travail (ex : temps supplémentaire obligatoire, épuisement professionnel, etc.) et, d'autre part, la forte couverture médiatique qui a permis au public de prendre pleinement conscience des lacunes dans la gestion de la pandémie (et les pertes humaines que celles-ci ont favorisé) et donc du rôle essentiel des lanceurs d'alerte dans la vie publique. Nous estimons donc qu'il y aurait peu d'intérêt et beaucoup de risque politique pour le gouvernement ou des administrateurs en santé à déployer des moyens légaux coûteux, payés à même les fonds publics, afin d'identifier des informateurs anonymes et de sévir contre eux.

Quel avenir pour des plates-formes de dénonciation telles que Je dénonce?

La normalisation de la dénonciation dans tous les secteurs constitue une étape indispensable à la saine gestion d'une société et de la vie publique. L'élaboration de systèmes et d'outils de divulgation efficaces a d'ailleurs été identifiée comme une nécessité dont on ne peut plus faire l'économie. [7,36]

Nous suggérons qu'un outil tel que Je dénonce présente une utilité socioéconomique et politique dans la mesure où il peut servir de contrepoids à des discours et à des pratiques allant à l'encontre de l'intérêt public. Nous estimons qu'il permet également une forme de démocratisation de l'information puisqu'il est à la disposition de quiconque désire exposer des problématiques dans le réseau de la santé. En particulier, il amplifie la visibilité des difficultés auxquelles font face des travailleurs souvent sous-représentés (incluant du personnel non-soignant), et il permet également aux utilisateurs des services de santé et aux membres du public en général de soumettre leurs propres expériences et préoccupations. La

plate-forme se démarque donc par l'inclusion de personnes souvent écartées des processus usuels de consultation et l'élargissement des cercles de discussions, traditionnellement dominés par les administrateurs du réseau et les membres de la profession médicale. Ceci permet ainsi une redistribution du pouvoir de parole et de l'information qui est cohérente avec la promotion et la protection de l'intérêt public.

Dans un milieu de santé, la disponibilité et la transmission d'informations à elles seules ne suffisent pas à modifier ou éliminer des pratiques qui minent la santé des patients, des soignants et des environnements de soins eux-mêmes : il faut également des mécanismes qui imposent cette information dans les prises de décisions et assurent la reddition de comptes, afin que les milieux de soins répondent pleinement à leurs missions de qualité et de sécurité. Ces mécanismes sont sujets à diverses considérations (cliniques, organisationnelles, économiques, idéologiques, etc.) et peuvent être bouleversés en contexte de crise—un moment où ils doivent, justement, être particulièrement opérants. L'absence ou l'inefficacité de tels mécanismes peut entraîner des conséquences sérieuses et durables. Cela accroît également la volonté des personnes à entreprendre des démarches de dénonciation externe afin de faire connaître leurs préoccupations à un public élargi.

Encore aujourd'hui, la dénonciation fait peu l'objet de discussions dans les espaces publics québécois et canadiens. L'on pourrait croire que les lois fédérales et provinciales actuelles assurent la protection des dénonciateurs, rendant de tels débats superflus. Or, selon plusieurs experts, ces cadres légaux sont inadéquats car ils offrent des protections beaucoup trop étroites et limitées pour être d'une quelconque utilité : en ce sens, leur bilan de performance n'est rien de moins qu'accablant.[37-39] St-Martin estime que des outils de dénonciation efficaces peuvent permettre de compenser les failles légales actuelles.[39] Il avance qu'en raison de l'échec de ces lois dans la promotion de la transparence et de l'intégrité dans les différents secteurs d'activité socioéconomiques (dont le domaine de la santé fait partie), le journalisme d'enquête s'est positionné comme l'une des seules entités au Canada capables de forcer des organisations fautives à rendre des comptes. Suivant cette perspective, en l'absence de mécanismes et de lois efficaces et fiables, faciliter les échanges d'informations entre lanceurs d'alerte et journalistes, comme le fait la plate-forme Je dénonce, constitue donc un atout de taille.

Conclusion

Les impacts de la pandémie à la COVID-19 évoluent rapidement et les décideurs de tous niveaux (ex : à la tête

de gouvernements, d'établissements de santé ou d'unités de soins) doivent recevoir des informations aussi à jour que possible sur l'état de la situation. Une considération essentielle réside dans le fait que ces informations doivent provenir de sources variées afin d'éviter les angles morts dans la compréhension des enjeux (35). Une plate-forme de dénonciation permettant à une variété d'acteurs de signaler des situations répréhensibles permet de répondre à ce critère. Une plate-forme de dénonciation à elle seule n'est toutefois pas suffisante pour opérer des changements en temps de crise. Dans le cas de Je dénonce, les changements désirés par les dénonciateurs dépendent d'agents supplémentaires tels que des journalistes et des membres du public pour tenir des décideurs responsables de leurs décisions dans la gestion de la crise.

La plate-forme Je dénonce a été mise en ligne pour répondre à un besoin identifié de disséminer des informations critiques au sujet de l'état et l'évolution de la crise liée à la COVID-19 dans les milieux de soins. Les effets concrets de la plate-forme sont difficiles, voire impossibles, à qualifier ou à quantifier. La plate-forme a réussi à capter l'attention de journalistes réalisant des reportages sur les effets de la crise et les ratés de la gestion de celles-ci dans le réseau de la santé. Il est plus difficile de cerner dans quelle mesure elle a contribué à la rectification de pratiques ou de politiques organisationnelles répréhensibles. Cependant, compte tenu du volume de témoignages soumis à travers la plate-forme, il ne fait aucun doute que les infirmières et infirmières auxiliaires la considèrent comme une ressource utile permettant de libérer leur parole face à des situations dangereuses, non éthiques et illicites.

Références

1. Beauchemin G, Slaughter G. Workers speak out at nursing home where nearly half of residents have COVID-19. CTV News. 8 avril 2020. Disponible sur <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/workers-speak-out-at-nursing-home-where-nearly-half-of-residents-have-covid-19-1.4889311>
2. Gosselin J. «J'ai vu l'horreur», dénonce une volontaire en CHSLD. La Presse. 2 mai 2020. Disponible sur <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-05-02/j-ai-vu-l-horreur-denonce-une-volontaire-en-chsld>
3. Leclair A. Coronavirus: Quebec nurses on the front lines are speaking out. Global News. 16 avril 2020. Disponible sur <https://globalnews.ca/video/6829491/coronavirus-quebec-nurses-on-the-front-lines-are-speaking-out>
4. Girard J. Des « lanceurs d'alerte » se taisent par peur des représailles. Radio-Canada. 1er mai 2020. Disponible sur <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1699246/coronavirus-sante-chsld-hopitaux-danielle-mccann-opposition-quebec>
5. Rédaction Laval. La CSQ dénonce une «omerta» au CISSS de Laval. Courrier Laval. 2 mai 2020. Disponible sur <https://courrierlaval.com/la-csq-denonce-une-omerta-au-cisss-de-laval/>
6. Near J, Miceli M. Organizational dissidence: The case of whistle-blowing. *Journal of Business Ethics*, 1985;4(5):1-16.
7. Brown AJ, Lewis D, Moberly R, Vandekerckhove W. *International handbook on whistleblowing research*. Cheltenham: Edward Elgar; 2014.
8. Mannion R, Blenkinsopp J, Powell M, et al. Understanding the knowledge gaps in whistleblowing and speaking up in health care: narrative reviews of the research literature and formal inquiries, a legal analysis and stakeholder interviews. *Health Services Delivery Research*, 2018;6(30):1-220.
9. Alford CF. *Whistleblowers: Broken Lives and Organizational Power*. Ithaca: Cornell University Press; 2001.
10. Cleary SR, Doyle KE. Whistleblowing need not occur if internal voices are heard: From deaf effect to hearer courage: Comment on "Cultures of silence and cultures of voice: the role of whistleblowing in healthcare organisations". *International Journal of Health Policy and Management* 2016;5(1):59-61.
11. AIC. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés*. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2017.
12. Lewis D, D'Angelo A, Clarke L. Industrial relations and the management of whistleblowing after the Francis report: what can be learned from the evidence? *Industrial Relations Journal*, 2015;46(4):312-327.
13. Cleary S, Duke M. Clinical governance breakdown: Australian cases of wilful blindness and whistleblowing. *Nursing Ethics*, 2017; 1-11, doi: 10.1177/0969733017731917.
14. Jones A, Kelly D. Whistle-blowing and workplace culture in older peoples' care: qualitative insights from the healthcare and social care workforce. *Sociology of Health and Illness*, 2014;36:986-1002.
15. MacDougall MR. Whistleblowing: don't encourage it, prevent it: Comment on: "Cultures of silence and cultures of voice: the role of whistleblowing in healthcare organisations." *International Journal of Health Policy and Management*, 2016;5(3):189-191.
16. Near JP, Miceli MP. After the wrongdoing: What managers should know about whistleblowing. *Business Horizons*,

2016;59: 105-114.

17.Jackson D, Hickman LD, Hutchinson M, et al. Whistleblowing: an integrative literature review of data-based studies involving nurses. *Contemporary Nurse*, 2014;48:240-252.

18.Lim CR, Zhang MWB, Hussain SF, Ho RCM. The Consequences of Whistle-blowing: An Integrative Review. *Journal of Patient Safety*, 2017;doi: 10.1097/PTS.0000000000000396

19.Ash A. Whistleblowing and Ethics in Health and Social Care. London: Jessica Kinley Publishers; 2016.

20.Brown AJ. Protection of whistleblowers vital during COVID-19. Melbourne, Australia: Transparency International Australia; 2020. Disponible sur <https://www.transparency.org/en/blog/protection-of-whistleblowers-vital-during-covid-19>

21.Gagnon M, Perron A. Nursing Voices during COVID-19: An Analysis of Canadian Media Coverage. *Aporia*, 2020;12.

22.Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. À propos. Montréal : Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec; N.d. Disponible sur <http://www.fiqsante.qc.ca/jedenonce/a-propos/>

23.Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 2005;15(9):1277-88.

24.Kondracki NL, Wellman NS, Amundson DR. Content analysis: Review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of nutrition education and behavior*, 2002;34(4):224-30.

25.Alderson M, Saint-Jean M, Rhéaume J, Ruelland I. Impasses dans le travail d'infirmières en Centres d'hébergement et de soins de longue durée soumis à des changements organisationnels significatifs. *Aporia*, 2011;3(4):30-46.

26.Davies C. Gender and the professional predicament in nursing. Milton Keynes: Open University Press;1995.

27.Huppatz K. Gender Capital at Work: Intersections of Femininity, Masculinity, Class and Occupation. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2012.

28.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. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Montréal, Canada; 2015.

29.McMillan K, Perron A. Nurses' engagement with power,

voice and politics amidst restructuring efforts. *Nursing Inquiry*, 2020: doi.org/10.1111/nin.12345

30.McMillan K, Perron A. Change fatigue: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 2020: doi.org/10.1111/jan.14454

31.Ministère 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. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux; 2020. Disponible sur https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-007.pdf?1584823544

32.Simard M, Carpentier-Roy MC, Marchand A, Ouellet F. Étude exploratoire des dynamiques préventives en santé au travail dans les petits établissements. Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail; 2002. Disponible sur <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-320.pdf>

33.Gagnon M, Perron A. Whistleblowing: A Concept Analysis. *Nursing and Health Sciences*, 2020;22(2): 381-389.

34.Lee G, Fargher N. Companies' Use of Whistle-Blowing to Detect Fraud: An Examination of Corporate Whistle-Blowing Policies. *Journal of Business Ethics*, 2013;114(2):283-295.

35.Perron A, Rudge T, Gagnon M. Hypervisible nurses: effects of circulating ignorance and knowledge on acts of whistleblowing in health. *Advances in Nursing Science*, 2020;43(2):114-131.

36.Powell M. Whistleblowing: still not an issue of social policy, but an issue for social policy. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 2020: doi.org/10.1108/IJSSP-02-2020-0045

37.Centre for Free Expression. What's Wrong with Canada's Federal Whistleblowing System. Toronto: Centre for Free Expression; 2017. Disponible sur https://cfe.ryerson.ca/sites/default/files/whats_wrong_with_the_psdpa.pdf

38.Comité permanent des opérations gouvernementales et des prévisions budgétaires. Renforcer la protection de l'intérêt public dans la Loi sur la protection des fonctionnaires divulgateurs d'actes répréhensibles. Ottawa : Chambre des communes; 2017. Disponible sur <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/OGGO/rapport-9>

39.St-Martin F. Measuring the Effectiveness of Canadian Whistleblowing Law. *International Anti-Corruption Academy*; 2014 : dx.doi.org/10.2139/ssrn.2635641

Remerciements

Les auteures remercient le Centre for Free Expression de l'Université de Ryerson pour leur soutien dans la rédaction de cet article. Elles remercient également le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour leur soutien financier.

Pour contacter les auteures :

*Amélie Perron, inf., PhD
Professeure agrégée
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
451 ch. Smyth
Ottawa, ON, Canada K1H 8M5
courriel : amelie.perron@uottawa.ca*

*Caroline Dufour, inf., MSc.
Coordonnatrice de recherche
Université d'Ottawa
Observatoire infirmier*

*Emily Marcogliese, inf., MSc, PhD(c)
Université d'Ottawa
Faculté des sciences de la santé
École des sciences infirmières*

*Marilou Gagnon, inf., PhD
Professeure agrégée
University of Victoria
School of Nursing*