

Résumé

Cette étude visait à analyser les dénonciations soumises par des membres du personnel infirmier via une plateforme développée par un syndicat en santé du Québec. Une analyse de contenu de 1118 formulaires nous a permis de saisir la nature des situations dénoncées, d'identifier des stratégies additionnelles de divulgations infirmières et de documenter les réponses administratives. Les dénonciations, issues majoritairement d'infirmiers(ères) autorisés(es) en milieux de soins hospitaliers et de soins de longue durée, concernaient principalement la lourdeur et l'instabilité des conditions de pratique. Le recours au formulaire s'inscrivait dans une démarche de dénonciation plus large motivée par la présence de risques pour les patients et le personnel ainsi qu'une détresse morale. Le recours au temps supplémentaire était la principale réponse administrative aux situations dénoncées. Notre étude suggère que la plateforme répondait partiellement aux besoins des infirmiers(ères) et présentait certaines limites liées à sa conception et à la nature des informations recueillies. Elle souligne également l'importance d'améliorer les canaux de dénonciation interne, indispensables à la résolution de situations problématiques et au maintien de soins sécuritaires.

Mots clés Dénonciation, Infirmières et infirmiers, Plates-formes électroniques, Soins infirmiers, Soins sécuritaires

Dénonciation infirmière et plateformes électroniques: Une analyse de contenu du *Formulaire de soins sécuritaires* de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

MARILOU GAGNON, MÉLYNA DÉSY BÉDARD, AMÉLIE PERRON, CAROLINE DUFOUR, EMILY MARCOGLIESE, PIERRE PARISEAU-LEGAULT, DAVID KENNETH WRIGHT, PATRICK MARTIN ET FRANCO A. CARNEVALE

Introduction

Les infirmiers(ères) sont surreprésentés(ées) dans les études portant sur la dénonciation dans les milieux de soins (1). Or, jusqu'à tout récemment, la dénonciation infirmière était peu abordée dans la littérature en sciences infirmières et elle était souvent considérée sous l'angle des pratiques

professionnelles et individuelles (2). Très peu d'études abordent la dénonciation comme un phénomène complexe doté d'importantes composantes organisationnelles et de processus qui font appel à un vaste ensemble de stratégies (p. ex., individuelles et/ou collectives, formelles et/ou informelles, internes et/ou externes, etc.) (3-10). La dénonciation infirmière peut se faire à l'interne, c'est-à-dire au sein du milieu de soin et de l'établissement concerné, et/ou à l'externe, c'est-à-dire à l'extérieur de l'établissement et en utilisant des stratégies telles que la prise de parole dans les médias et/ou les réseaux sociaux, le signalement via des mécanismes prévus dans la loi (p. ex., Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics) ou le recours à des plateformes électroniques de dénonciation (3,4,6,8-10). De façon générale, la dénonciation infirmière concerne cinq types de situations impliquant : 1) des conditions de travail non sécuritaires, 2) des inquiétudes liées à la pratique infirmière comme le non-respect de politiques et procédures et des standards professionnels, 3) des comportements problématiques en milieu de travail, 4) des manquements

aux soins et aux droits des patients, et 5) des enjeux de nature administrative, tel que la dissimulation de méfaits ou la gestion inefficace ou inappropriée du personnel (2). La dénonciation, qu'elle soit interne ou externe, comporte des risques et des conséquences à la fois personnelles et professionnelles (2,5,10-17). C'est pourquoi il est important de mieux comprendre la dénonciation infirmière, et surtout de s'intéresser aux stratégies de dénonciation auxquelles ont recours les infirmiers(ères). Ces stratégies sont intéressantes et importantes en soi, mais elles offrent aussi des pistes de réflexion et de solution importantes pour faciliter la dénonciation – et par voie de conséquence, mieux protéger le personnel infirmier et les patients.

Différentes stratégies s'offrent aux infirmiers(ères) qui souhaitent dénoncer. Au sein des milieux et établissements de soins, trois types de stratégies de dénonciation interne sont possibles (2). Premièrement, il est possible d'aviser ses supérieurs immédiats oralement et/ou par écrit. Selon la réponse hiérarchique, il est alors possible de répéter la démarche en ciblant des instances supérieures ou d'autres instances responsables de la santé et sécurité au travail et/ou du bien-être et de la protection des patients. Deuxièmement, il est possible de faire une démarche et une divulgation auprès de regroupements de travailleurs tels les syndicats. Ce type de stratégie peut comporter des éléments à la fois internes et externes selon la structure associative et les outils mis à la disposition du personnel infirmier (p. ex., plateforme électronique de dénonciation). Finalement, il est possible de recourir à des outils de dénonciation interne tels qu'un formulaire de déclaration d'incident/accident. À l'externe, les stratégies varient en fonction du type de divulgation (publique, privée, ou les deux). Des exemples de stratégies comportant une divulgation publique incluent la prise de parole dans les médias et les réseaux sociaux. D'autres stratégies, comme entreprendre une divulgation aux instances publiques chargées de protéger les patients (p. ex., le Protecteur du citoyen au Québec ou le Défenseur des droits en France), impliquent une divulgation interne aux organisations publiques, mais demeurent toutefois externe au milieu et à l'établissement de soins ainsi qu'au système de santé. Les plateformes de dénonciation électroniques sont relativement récentes en sciences infirmières et sont peu abordées dans la littérature et, de façon plus large, dans les études portant sur la dénonciation. Le présent article s'inscrit dans un programme de recherche visant, entre autre, à étudier les plateformes de dénonciation électroniques (6) et tout particulièrement, celles de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), car elles sont novatrices et propices à l'étude d'outils de dénonciation et la dénonciation infirmière comme telle.

Au cours de la dernière décennie, deux plateformes de dénonciation ont été créées par la FIQ. La première plateforme,

celle du « formulaire de soins sécuritaires », que nous abordons dans cet article, a été lancée en 2016 lors d'une campagne visant deux objectifs : 1) encourager le personnel infirmier, les inhalothérapeutes et les perfusionnistes à dénoncer leurs conditions de travail en signalant des situations où « leurs conditions de travail ne leur permettent pas d'offrir des soins de qualité, sécuritaires et humains, à chaque fois que cela se produit » et 2) permettre à la FIQ de mener « des interventions précises, auprès des directions d'établissements ou de toutes autres instances appropriées (...) ». (18, p.7). Le formulaire de soins sécuritaires pouvait être soumis de façon anonyme ou non et comportait quatre sections : 1) Information de suivi pour l'équipe syndicale (p. ex., quart de travail, titre d'emploi, centre d'activités, etc.), 2) Description de la situation problématique (p. ex., date, description narrative de la situation, actions entreprises, etc.), 3) Analyse de la situation (p. ex., indicateurs liés à la qualité des soins, nombre de patients à charge, recours au temps supplémentaire, etc.), 4) Imputabilité de la gestion (p. ex., gestionnaire informé(e), nom, solutions offertes, etc.). La seconde plateforme, celle lancée au début de la pandémie COVID-19 (Je dénonce!), avait des objectifs et une structure similaires. Elle a d'ailleurs fait l'objet d'une analyse (6) qui viendra nourrir la discussion des résultats de la présente étude. Nous nous intéressons tout particulièrement au formulaire de soins sécuritaires, car il s'agit, selon nous, d'une plateforme préceuseure en ce qui concerne l'utilisation d'outils de dénonciation électroniques pour divulguer des situations entravant la qualité et sécurité des soins. Cette plateforme s'ajoutant aux autres outils à la disposition du personnel, nous étions également intéressés dans la manière dont elle s'articulait avec l'usage de ces autres outils dans les démarches de dénonciations couramment utilisés par le personnel infirmier. C'est pourquoi nous avons porté notre attention sur les deux premières années d'existence de la plateforme (2016-2018).

Objectifs de l'étude

Notre étude avait pour but de décrire les caractéristiques des infirmiers(ères) ayant dénoncé par le biais du formulaire de soins sécuritaires, de comprendre la nature des situations dénoncées, de documenter les autres stratégies de dénonciation utilisées par les infirmiers(ères) mises en évidence dans le formulaire et d'explorer les réponses administratives, ainsi que leurs justifications. Ce faisant, notre étude visait à mieux comprendre la dénonciation infirmière électronique en étudiant le formulaire de soins sécuritaires comme plateforme de dénonciation électronique.

Méthodes

Pour répondre aux objectifs de l'étude, nous avons fait appel à

une analyse de contenu avec méthodes mixtes (19-21). À partir du corpus de formulaires de dénonciation (n=4868 formulaires soumis entre 2016 et 2018) compilé dans une base de données anonymisées, nous avons retiré les formulaires incomplets (n=390) et utilisé une méthode d'échantillonnage aléatoire systématique pour sélectionner 25% des formulaires. Une fois ce processus complété, une première vérification de l'échantillon (n=1122) a été effectuée pour confirmer que les formulaires avaient bel et bien été soumis par un(e) infirmier(ère). Au final, notre échantillon comptait 1118 formulaires.

Collecte des données

À partir de la base de données contenant le corpus des formulaires de dénonciation en format tableau, nous avons extrait les données des formulaires sélectionnés pour l'analyse en préservant leur structure originale. En préparation pour l'analyse, certaines colonnes ont été éliminées, car elles ne contenaient pas d'informations utiles à l'analyse (p.ex., langue, nombre de patients à charge au moment de la dénonciation, nombre de patients à charge normalement) et des colonnes ont été ajoutées afin de faciliter l'organisation des données (p. ex., ajout d'une colonne pour chaque indicateur coché caractérisant les situations dénoncées). Le formulaire de dénonciation contenait des questions fermées (p. ex., boîtes à cocher) et ouvertes (p. ex., boîtes de texte). Les données contenues dans la base de données étaient donc mixtes, reflétant ainsi les données quantifiables recueillies par le biais des boîtes à cocher et les données narratives écrites par les infirmiers(ères) directement dans le formulaire en ligne. Les données narratives contenaient plus d'information, pour mieux comprendre les situations dénoncées, ainsi que les stratégies de dénonciation utilisées et les réponses administratives.

Analyse des données

Compte tenu de la taille de l'échantillon et du volume de données à analyser, nous avons développé une grille d'analyse en deux étapes. En premier lieu, quinze formulaires ont été utilisés pour organiser la grille et évaluer son efficacité et son utilité. La grille a ensuite été testée de nouveau en utilisant quinze autres formulaires. Une fois la grille finalisée, les analyses (quantitative et qualitative) ont été complétées.

Les données quantitatives ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive permettant de mettre en lumière les distributions de fréquences au sein de l'échantillon et de mieux comprendre les caractéristiques des infirmiers(ères) qui dénoncent, les situations dénoncées, les stratégies de dénonciation utilisées et les réponses administratives

rencontrées. Les données narratives ont fait l'objet d'une analyse de contenu à la fois déductive et inductive (22). Pour la portion déductive, nous avons fait appel aux catégories existantes dans le formulaire pour nommer ce que décrivaient les infirmiers(ères) dans leurs données narratives. Par exemple, si une infirmière décrivait une situation rejoignant des indicateurs non cochés dans le formulaire, nous ajoutions ces indicateurs manuellement. Pour la portion inductive, nous avons utilisé trois types d'approches. Si les données narratives faisaient état de situations, de stratégies et/ou de réponses administratives récurrentes qui n'étaient pas reflétées dans la structure originale du formulaire de dénonciation, nous avons manuellement ajouté ces catégories. Les catégories existantes dans le formulaire étant assez limitées, cette stratégie s'est avérée utile et révélatrice de certaines lacunes que nous aborderons dans le cadre de la discussion. Les données narratives ont aussi été codées à l'aide de mots-clés permettant de mieux comprendre la nature des situations dénoncées et les raisons motivant les infirmiers(ères) à dénoncer. Finalement, les thèmes les plus récurrents ont été notés afin de pouvoir identifier des pistes de réflexion quant aux enjeux se dégageant des données. Nous estimons que la saturation de la portion inductive a été atteinte après l'analyse de 465 formulaires.

Résultats

Nos résultats s'articulent autour de quatre catégories qui répondent aux objectifs de cette étude. La première catégorie décrit les caractéristiques des infirmiers(ères) qui dénoncent. La deuxième résume les situations dénoncées ainsi que les thèmes les plus fréquemment abordés dans la portion narrative du formulaire. La troisième aborde les stratégies de dénonciation utilisées et témoigne d'un éventail assez large de stratégies dont plusieurs n'étaient pas abordées dans le formulaire. Finalement, la dernière catégorie fait état des réponses administratives et de leurs justifications.

Caractéristiques des infirmier(ères) ayant dénoncé

Les caractéristiques des infirmiers(ères) dont les formulaires faisaient partie de l'échantillon sont présentées dans le Tableau 1. Près de la moitié (n=554, 49,6%) des infirmiers(ères) ayant dénoncé sur la plateforme exerçaient leurs fonctions sur le quart de jour. Plus de la moitié pratiquaient en tant qu'infirmier(ère) (n=612, 54,7%) et un peu plus du quart (n=289, 25,8%) en tant qu'infirmier(ère) auxiliaire. Les infirmiers(ères) cliniciens(ennes), quant à eux(elles), constituaient près de 20% (n=209) de l'échantillon. Les assistants(es) du supérieur immédiat (n=234, 20,9%) représentaient le plus grand nombre de dénonciations

Tableau 1: Caractéristiques des infirmiers(ères) ayant dénoncé (n = 1118)

| | | n | % |
|-------------------|--|------|------|
| Quarts de travail | Jour | 554 | 49,6 |
| | Soir | 362 | 32,4 |
| | Nuit | 202 | 18,1 |
| Titres | Candidat(e) à l'exercice de la profession infirmière | 8 | 0,7 |
| | Infirmier(ère) auxiliaire | 289 | 25,8 |
| | Infirmier(ère) – <i>diplôme d'études collégiales</i> | 612 | 54,7 |
| | Infirmier(ère) clinicien(ne) - <i>baccalauréat</i> | 209 | 18,7 |
| Postes | Assistant(e) du (de la) supérieur(e) immédiat(e) | 234 | 20,9 |
| | Chef(fe) d'équipe | 87 | 7,8 |
| | Assistant(e) chef(fe) d'équipe | 5 | 0,4 |
| | Conseiller(ère) en soins infirmiers | 1 | 0,1 |
| | Non spécifié | 790 | 70,8 |
| Régions | Bas-Saint-Laurent | 69 | 6,2 |
| | Saguenay-Lac-Saint-Jean | 53 | 4,7 |
| | Capitale-Nationale | 129 | 11,5 |
| | Mauricie et Centre-du-Québec | 62 | 5,5 |
| | Estrie | 102 | 9,1 |
| | Montréal | 105 | 9,4 |
| | Outaouais | 15 | 1,3 |
| | Abitibi-Témiscamingue | 33 | 3,0 |
| | Côte-Nord | 18 | 1,6 |
| | Nord-du-Québec | 2 | 0,2 |
| | Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | 9 | 0,8 |
| | Chaudière-Appalaches | 29 | 2,6 |
| | Laval | 4 | 0,4 |
| | Lanaudière | 8 | 0,7 |
| Laurentides | 214 | 19,1 | |
| Montréal | 266 | 23,8 | |
| Secteurs | Soins hospitaliers (incluant les soins critiques) | 479 | 42,8 |
| | Soins de longue durée | 353 | 31,6 |
| | Soins dans la communauté | 86 | 7,7 |
| | Soins ambulatoires | 83 | 7,7 |
| | Soins de santé mentale | 77 | 6,9 |
| | Soins en milieu de réadaptation | 27 | 2,4 |
| | Soins au bloc opératoire | 13 | 1,2 |

rapportées selon le poste. Toutefois, la majeure partie de l'échantillon n'a pas spécifié de poste (n=790, 70,8%), ce qui nous empêche de connaître les répartitions définitives selon le poste des auteurs des formulaires dans notre corpus de données.

Les données par région démontrent que près du quart des formulaires provenaient d'infirmiers(ères) travaillant dans des établissements de santé en Montérégie (n=266, 23,8%), suivi par les régions des Laurentides (n=214, 19,1%), de la Capitale nationale (n=129, 11,5%), de l'Estrie (n=102, 9,1%) et de Montréal (n=105, 9,4%). Les autres régions cumulaient chacune moins de 100 formulaires. Les régions du Nord-du-Québec (0,2%), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (0,8%), de Laval (0,4%) et de

Lanaudière (0,7%) représentaient respectivement moins de 1% de l'échantillon. Plusieurs facteurs peuvent expliquer pourquoi certaines régions étaient plus ou moins représentées. Nous proposons une hypothèse dans la discussion.

Les dénonciations concernaient principalement les soins en milieux hospitaliers (n=429, 42,8%), incluant les soins critiques. À eux seuls, les soins critiques (p. ex., urgences et soins intensifs) représentaient environ le tiers (31%) des dénonciations infirmières en milieux hospitaliers. Les dénonciations concernant les milieux de soins de longue durée représentaient quant à elles le tiers de l'échantillon (n=353, 31,6%).

Caractéristiques des situations dénoncées

Le formulaire de dénonciation proposait dix indicateurs (voir Tableau 2) à cocher déjà prédéterminés ainsi qu'un indicateur « autre » permettant d'ajouter un contenu narratif. Les répondants pouvaient choisir un ou plusieurs indicateurs, et ce, sans limite de choix. Ce faisant, la majorité des infirmiers(ères) avaient coché plus d'un indicateur dans leur soumission. Les deux tiers des dénonciations concernaient les besoins en soins et/ou la lourdeur des patients (n=737, 66%). Les autres indicateurs les plus fréquemment cochés concernaient des situations où les infirmiers(ères) n'avaient pas pu prendre leur repas ou pause (n=510, 45,6%) et rapportaient la lourdeur de leur tâche administrative (n=472, 42,2%). Plus du tiers des dénonciations indiquaient, respectivement, une équipe de travail instable (n=421, 37,7%) et une incapacité à effectuer les soins requis (n=431, 38,6%).

La combinaison d'indicateurs la plus fréquemment observée lors de l'analyse était celle de la lourdeur des patients combinée à la lourdeur de la tâche administrative, ainsi que temps de repas ou pause non pris. Finalement, nous avons noté que l'indicateur concernant l'incapacité à administrer les soins requis comportait certaines nuances, car le fait de ne pas cocher cet indicateur était associé à l'indicateur de ne pas avoir pris son repas ou sa pause. En d'autres mots, les soins requis étaient complétés non pas parce que les infirmiers(ères) étaient en mesure de compléter les soins requis pendant leur quart de travail normal, mais plutôt, car ils(elles) utilisaient leur temps de repas ou de pause pour le faire.

Bien que les indicateurs, inclus dans le formulaire, permettaient de décrire certains facteurs contribuant aux situations dénoncées, ils ne permettaient toutefois pas de comprendre en profondeur ces situations et les raisons motivant les infirmiers(ères) à se tourner vers le formulaire. L'analyse des données narratives nous a donc permis d'aller au-delà des facteurs et d'identifier trois principaux thèmes qui mettent en lumière la nature des situations dénoncées : 1) la présence d'un ou de plusieurs risque(s) pour le patient et/ou le personnel, 2) les conséquences de la situation pour le patient et/ou le personnel, et 3) l'urgence de dénoncer découlant d'une détresse morale importante.

Les données narratives nous ont permis de comprendre, par exemple, que les infirmiers(ères) ne se servaient pas du formulaire de soins sécuritaires pour dénoncer la lourdeur des patients. Ce qui était dénoncé, avant tout, était le(s) risque(s) associé(s) à cette lourdeur ainsi que les conséquences pour le patient et/ou le personnel. De façon générale, et ce peu importe l'indicateur choisi, les risques rapportés étaient ceux liés à l'intégrité physique et psychologique du personnel ainsi que ceux concernant la qualité des soins, la santé et la sécurité des patients.

Les exemples de risque(s) d'atteinte à l'intégrité physique pour le personnel concernaient principalement des situations impliquant du matériel défectueux, des aires physiques inadéquates et du manque de personnel augmentant les risques de blessures physiques. Ce type de situations était fréquemment rapporté dans certains secteurs, notamment en

Tableau 2: Caractéristiques des situations dénoncées (n = 1118)

| Indicateurs | n | % |
|---|-----|------|
| 1 - Besoins en soins/lourdeur des patients | 737 | 66,0 |
| 2 - Lourdeur de la tâche administrative | 472 | 42,2 |
| 3 - Équipe de travail instable | 421 | 37,7 |
| 4 - Substitution | 213 | 19,1 |
| 5 - Formation/orientation inadéquate | 162 | 14,5 |
| 6 - Équipement/matériel inadéquat/insuffisant | 156 | 14,1 |
| 7 - Lieux physiques inadéquats/déplacements | 119 | 10,6 |
| 8 - Repas/pause n'ont pas été pris | 510 | 45,6 |
| 9 - Incapacité à effectuer soins requis | 431 | 38,6 |
| 10 - Ajouts de lits (débordement) | 84 | 7,5 |

santé mentale, en soins critiques et dans les soins de longue durée.

« [...] De plus, le frein de plusieurs civières est défectueux. Ce qui a pour conséquence que, lors de la mobilisation des patients, la civière bouge, augmentant le risque de blessure pour les professionnels en soins et les [préposés aux bénéficiaires]. » (Formulaire #33).

Les situations soulevant des risques à l'intégrité psychologique du personnel concernaient principalement l'épuisement associé au temps supplémentaire obligatoire et l'augmentation chronique du ratio infirmière-patient. L'extrait ci-dessous démontre bien les risques pour l'intégrité psychologique :

« La liste de rappel m'a forcé à faire un quart de travail en temps supplémentaire (8h de soir + 8h de nuit). Je suis restée éveillée pendant plus de 24 heures, ce qui a compromis ma capacité à fournir des soins sécuritaires et adéquats, à cause de la fatigue physique et psychologique. » (traduction de l'anglais, Formulaire #47).

Une portion importante des formulaires faisait référence directement à un ou plusieurs risque(s) inhérents à la qualité des soins, la santé et la sécurité des usagers. Le risque le plus souvent rapporté était le manque de personnel nécessaire pour assurer une surveillance clinique sécuritaire. La surveillance clinique des patients présentant un trouble cardiaque qui nécessite une télémétrie, des patients sous dialyse, et des patients instables, en sont quelques exemples. Les autres risques les plus souvent cités concernaient du matériel manquant, comme des électrodes de défibrillation, de l'équipement défectueux, tel que des climatiseurs non fonctionnels lors de canicules ou des lieux physiques inadéquats entravant la surveillance clinique nécessaire. Le manque d'expérience et de formation mettant à risque la sécurité des patients, des délais dans l'évaluation et la réalisation de certaines tâches cliniques et l'interruption fréquente lors de la préparation des médicaments, augmentant les risques d'erreurs, faisaient également partie des risques rapportés.

« Suite au déménagement de la pédiatrie, le nombre de chambres a été réduit. On a donc été contraint de placer un bébé de 4 jours dans une chambre de débordement de la maternité. Le bébé était sous mes soins, mais la chambre qu'il occupait était isolée de la pédiatrie par des portes et de plus, lorsque les parents utilisaient la cloche d'appel, celle-ci ne sonnait pas en pédiatrie, mais seulement en maternité. » (Formulaire #20).

Plusieurs situations rapportées comportaient aussi des conséquences réelles pour les infirmiers(ères) qui dénonçaient.

Parmi les conséquences rapportées, on retrouvait l'expérience d'émotions négatives face à la situation dénoncée, tel que la peur de perdre son permis de pratique professionnel, la colère face aux injustices vécues et l'anxiété ressentie face aux dilemmes éthiques. Des effets négatifs sur la vie familiale et une perturbation des relations entre collègues, comme des conflits entre les équipes œuvrant sur différents quarts et une ambiance de travail négative, étaient aussi rapportés. De plus, à diverses occasions, l'objet de la dénonciation visait des conséquences directes, pour l'intégrité physique et mentale des infirmiers(ères). La violence verbale, les menaces et les agressions physiques étaient des conséquences rapportées à plusieurs reprises. L'extrait suivant, décrivant une situation en soins de longue durée où se trouvait une équipe de travail instable (indicateur 3) et une formation/orientation inadéquate (indicateur 5), illustre les conséquences physiques décrites dans la portion narrative des formulaires :

« Altercation avec un patient agressif: fracture de l'annulaire gauche et trois autres employées blessées (deux infirmières auxiliaires et un préposé aux bénéficiaires). » (Formulaire #1951).

Ce sont cependant les conséquences vécues par les patients qui semblaient motiver le plus les infirmiers(ères) à dénoncer. Des soins non faits, des chutes ou des blessures, des erreurs de médicaments, des complications médicales évitables et des émotions négatives vécues par les patients étaient rapportés. Un autre formulaire décrivant une situation en soins de longue durée où on dénotait l'absence du/de la gestionnaire offre un aperçu de la gravité des conséquences décrites dans les formulaires.

« [...] Les deux usagères étaient tombées. Une qui avait descendu la côte du stationnement avec son fauteuil roulant et était couchée sur le côté, la tête dans une mare de sang et l'autre usagère en haut de la côte, dont la jambe était ouverte. L'ambulance a été appelée, puisque l'infirmière croyait qu'elle s'était fracturé le cou. Les deux usagères ont été amenées au CH dans la même ambulance puisqu'il n'y en avait plus de disponible [...] » (Formulaire #295)

Les risques importants et les conséquences directes motivaient les infirmiers(ères) à dénoncer, mais c'est plutôt la détresse morale ressentie qui contribuait au sentiment de devoir agir en dénonçant.

« Lors d'une rencontre avec le coordonnateur de soir pour nous signaler que nous travaillerons durant le quart de nuit avec du personnel en moins, on se fait dire que ce n'est pas grave si on ne prend pas nos pauses puisqu'elles seront payées et que même si les

prises de sang ne sont pas toutes faites, personne ne va mourir. D'y aller au plus urgent et pour le reste ce n'est pas grave. Où est l'humanité dans cette situation? Au nom de nos patients, svp, pouvons-nous les soigner sécuritairement et avec dignité (...) On a des fardeaux de tâches de fous avec 15-17 patients à charge pour [l'infirmier(ère)] et 1 [l'infirmier(ère)] auxiliaire en chirurgie orthopédique (...) On doit laisser des patients dans leur urine par manque de temps et faire les coins ronds pour s'en sortir. Clairement, on tente de tuer notre passion à petit feu et on se contrefout de l'humain derrière les chiffres et statistiques.» (Formulaire #1052)

Le formulaire de soins sécuritaires devenait ainsi un outil de dénonciation externe, s'inscrivant dans une démarche de dénonciation comptant plusieurs stratégies à la fois internes et externes. Nous abordons ces stratégies dans la prochaine section.

Caractéristiques des stratégies de dénonciation

Le formulaire électronique comportait quatre stratégies de dénonciation pouvant être cochées qui figurent au haut du Tableau 3. Il s'agissait d'entreprendre une action collective (n=711, 63,6%), d'aviser le(la) gestionnaire (n=794, 71%), de constater l'absence du (de la) gestionnaire (n=254, 22,7%) et de remplir un rapport d'incident/accident (n=191, 17,1%) (voir Tableau 3). C'est d'ailleurs pourquoi ces quatre stratégies de dénonciation sont les plus représentées au sein de l'échantillon. L'absence du (de la) gestionnaire ne constitue pas une stratégie de dénonciation comme telle, mais cette catégorie permet de documenter un facteur organisationnel important qui influence le processus de dénonciation et les stratégies de dénonciation vers lesquelles se tournent les infirmiers(ères).

Au fil de l'analyse et de manière inductive, nous avons identifié d'autres stratégies de dénonciation. Par exemple, près de 20% des formulaires mentionnaient la stratégie d'aviser le (la) représentant(e) syndical. Parmi les autres stratégies mentionnées, nous notons trois types de catégories : 1) demander des ressources supplémentaires, 2) aviser d'autres instances et utiliser d'autres outils de dénonciation, et 3) revendiquer ses droits soit en réclamant les heures travaillées ou en refusant une demande dans un contexte de soins non sécuritaire. Finalement, il apparaît intéressant de souligner qu'au sein de l'échantillon, le recours aux réseaux sociaux était, pour ainsi dire, inexistant contrairement au contexte de dénonciation infirmière des dernières années.

En plus des stratégies de dénonciation utilisées par les infirmiers(ères) qui n'étaient pas a priori inclus dans le formulaire de soins sécuritaires (voir Tableau 3), la portion

narrative des formulaires nous a permis de poser trois constats par rapport à l'utilisation stratégique du formulaire.

Premièrement, bien que le formulaire eût pour but d'inciter les infirmiers(ères) à dénoncer toute « situation qui pose des risques pour la qualité et la sécurité des soins ou qui nuit à [leurs] conditions d'exercice » (tiré du formulaire), nous avons rapidement remarqué que le formulaire servait aussi à dénoncer des situations de nature chronique. En d'autres mots, le formulaire était utilisé pour dénoncer des situations vécues à répétition et non pas une situation unique, exceptionnelle ou anormale.

« La situation problématique dont je veux vous faire part ne s'applique pas seulement sur un quart de travail, mais bien depuis quelques mois sur l'unité de médecine de jour. En effet, les soins administrés ne sont pas toujours adéquats pour plusieurs raisons: manque de personnel, le manque d'expérience, ainsi que la surcharge de travail [...]. » (Formulaire #437).

Deuxièmement, le formulaire semblait aussi utilisé pour dénoncer de façon collective. Par exemple, nous avons constaté des similitudes dans plusieurs soumissions nous amenant à supposer que certaines infirmières s'étaient mobilisées « en bloc » pour soumettre des formulaires. Finalement, pour plusieurs, le recours au formulaire semblait représenter une tentative désespérée de se faire entendre par le syndicat et de sonner l'alarme après avoir eu recours à de nombreuses stratégies de dénonciation à la fois interne et externe (mais surtout interne) qui s'étaient avérées inefficaces. Les prochains extraits illustrent clairement ceci :

« À la clinique d'hémo-oncologie, nous faisons 5 jours de travail en 3 jours, à cause des congés des fêtes. C'est l'enfer, conditions de travail difficiles et dangereuses. Trop de choses à faire et peu de temps pour le faire [...] C'est malade et ça va nous rendre malades si ça continue ainsi. La FIQ où êtes-vous? J'espère que vous allez dénoncer cette situation! » (Formulaire #1388)

« Ces derniers temps, on fonctionne quasiment tous les jours avec de l'effectif en moins [...] comme je vous le dis ce n'est pas la première fois. C'est comme une tendance, soit il manque une préposée, soit il manque une infirmière, soit une infirmière auxiliaire. On te dit commence, on va t'envoyer quelqu'un, pour se ramasser à la fin de la journée sans personne. En fait il faut faire quelque chose, on est épuisé physiquement et psychologiquement, on est épié, surveillé, on a aucun soutien cela ne peut pas continuer comme ça, SVP FAITE QUELQUE CHOSE! » (Formulaire # 1886).

Tableau 3: Caractéristiques des stratégies de dénonciation, outre le formulaire (n = 1118)

| Stratégies | n | % |
|---|-----|------|
| Stratégies proposées dans les boîtes à cocher | | |
| Entreprendre une action collective | 711 | 63,6 |
| Aviser le(la) gestionnaire | 794 | 71,0 |
| Absence du(de la) gestionnaire absente | 254 | 22,7 |
| Remplir un rapport d'incident/accident | 191 | 17,1 |
| Aucune | 2 | 0,2 |
| Stratégies identifiées de façon inductive | | |
| Informé le(la) représentant(e) syndical et/ou le syndicat | 190 | 17,0 |
| Réclamer les heures travaillées | 64 | 5,7 |
| Demander du personnel supplémentaire | 34 | 3,0 |
| Aviser le patient et/ou la famille | 28 | 2,5 |
| Aviser le(la) médecin et/ou le(la) pharmacien(enne) | 19 | 1,7 |
| Remplir formulaire de situation dangereuse | 11 | 1,0 |
| Faire un rapport aux collègues (p.ex., fin de quart) | 9 | 0,8 |
| Aviser le comité de soins | 8 | 0,7 |
| Ventiler auprès de collègues, amis, proches | 8 | 0,7 |
| Refuser ou résister | 7 | 0,6 |
| Aviser la santé et sécurité au travail | 4 | 0,4 |
| Afficher sur les réseaux sociaux | 1 | 0,1 |

Caractéristiques des réponses administratives

Les boîtes à cocher spécifiques aux réponses administratives étaient plutôt limitées. Parmi les trois options proposées qui figurent au haut du Tableau 4, la réponse administrative la plus rapportée était le recours au temps supplémentaire (n=538, 48,1%). Il nous est toutefois impossible de déterminer s'il s'agissait de temps supplémentaire volontaire ou obligatoire (TSO). Toutefois, en se tournant vers les données narratives, on comprend rapidement que cette distinction est souvent difficile à faire et que le recours au temps supplémentaire (obligatoire ou fortement suggéré) est une pratique courante, tel que l'explique cet infirmier(ère) :

« Une tonne de temps supplémentaire (TS) affecte l'urgence de [nom de l'hôpital], dont plusieurs obligatoires ou fortement suggérés par les supérieurs. Ce sont les mêmes personnes qui doivent faire tous les TS puisque nous avons eu une grande quantité de [candidats(es) à la profession]. Ce qui est une aberration, on se rappelle ici qu'on est pris en otage par notre employeur puisque lui-même n'est pas capable de gérer efficacement ses ressources. Souvent on vient qu'à nous demander si on veut rester en TS (...) la plupart des gens du quart en cours sont épuisés puisque nous avons un roulement presque incroyable de TS, des infirmières qui font 16h, 8 à 10 fois par quinzaine ... ça existe encore aujourd'hui. Nous avons de graves manques d'effectifs, l'employeur place dans

des zones demandant une expertise avancée des nouveaux qui ne connaissent pas la routine et qui n'ont pas du tout l'expertise nécessaire aux soins sécuritaires et de qualité aux patients (...) » (Formulaire #573).

Près du tiers des répondants ont également souligné que le manque de personnel avait été comblé par le remplacement d'une absence (n=365, 32,6%). Or, il est impossible pour nous de déterminer si ce remplacement impliquait du temps supplémentaire, voire du TSO. Finalement, le recours à une agence de placement infirmier (n=131, 11,7%) était rapporté dans plus de 10% de l'échantillon. Au fil de l'analyse, il est apparu nécessaire de créer deux nouvelles options et de documenter des réponses administratives n'apparaissant pas dans les choix. Ainsi, nous avons relevé qu'invalider la dénonciation était une réponse administrative décrite dans près de 15% des formulaires (n=164). La collaboration, quant à elle, se limitait à 1% des formulaires (n=12).

Le formulaire offrait aussi des options pour décrire les justifications accompagnant les réponses administratives. En d'autres mots, les raisons mentionnées par les gestionnaires pour justifier leur réponse. Toutes les options figurant dans le Tableau 4 faisaient partie du formulaire original. Les trois raisons les plus fréquemment mentionnées étaient: 1) le surcroît de personnel demandé, mais non obtenu (n=428, 38,3%), 2) la réorganisation ou les coupures (n=209, 18,7%), et 3) les contraintes budgétaires (n=152, 13,6%). Il est à noter que 20% des formulaires (n=221) indiquaient qu'aucune raison ne

Tableau 4: Caractéristiques des réponses administratives et raisons données (n = 1118)

| | | n | % |
|---------------------------------|--|-----|------|
| Réponse(s) administrative(s) | Réponses proposées dans les boîtes à cocher | | |
| | Recours au temps supplémentaire | 538 | 48,1 |
| | Absence remplacée | 365 | 32,6 |
| | Recours à une agence de placement infirmier | 131 | 11,7 |
| | Réponses identifiées de façon inductive | | |
| | Invalidier la dénonciation | 164 | 14,7 |
| | Collaborer pour trouver une solution | 12 | 1,1 |
| | Aucune | 12 | 1,1 |
| Raison(s) donnée(s) | Surcroît de personnel demandé, mais non obtenu | 428 | 38,3 |
| | Réorganisation et/ou coupure | 209 | 18,7 |
| | Contraintes budgétaires | 152 | 13,6 |
| | Urgence ou surcroît imprévus des besoins des patients | 138 | 12,3 |
| | Autre : attente livraison (p.ex., matériel/équipement) | 1 | 0,1 |
| | Aucune | 221 | 19,8 |

leur avait été donnée pour justifier la réponse administrative.

En plus des trois réponses identifiées dans les boîtes à cocher (recours au temps supplémentaire, absence remplacée, recours à une agence de placement), trois autres réponses administratives ont émergé lors du processus d'analyse inductif des données narratives (invalidier, collaborer, aucune). La réponse représentant la proportion la plus importante était l'invalidation de la dénonciation, de la situation dénoncée ou de la personne dénonçant. L'invalidation se caractérisait principalement par une personne en position d'autorité (p. ex., gestionnaire) niant ou ignorant les situations rapportées et/ou discréditant, humiliant et/ou intimidant la personne ayant dénoncé et/ou en refusant de mettre en place les solutions proposées par la personne même ou le personnel infirmier de façon plus large. L'extrait démontre bien cette invalidation ainsi que les démarches entreprises pour dénoncer une situation dangereuse:

« Le lundi [date], alors que nous étions en plan de contingence due au congé férié, nous avons eu en hémodialyse un patient des soins intensifs sous moniteur alors que c'est interdit sur notre unité de travail. Nous sommes considérés comme une unité de clinique externe avec des patients stables, sinon ils doivent être transférés à [nom de la ville], pour être dialysé. Il nous a été amené malgré que le coordonnateur eût été mis au fait de la situation. La personne à qui le patient était attribué ne lisait pas les moniteurs cardiaques et les

médecins, le coordonnateur et le personnel des soins intensifs ont été avisés de cette situation. Qu'est-ce que nous aurions pu faire de plus pour protéger le patient et avoir la meilleure qualité des soins? » (Formulaire #563).

Face à cette invalidation, nous avons noté que les infirmiers(ères) se tournaient souvent vers d'autres stratégies de dénonciation, tel que rapporté précédemment. Ce qui n'était cependant pas reflété dans le formulaire et qui est apparu dans l'analyse des données narratives, était le recours à d'autres stratégies pour pallier aux situations dénoncées. À défaut d'obtenir la(les) réponse(s) administrative(s) satisfaisante(s), les infirmiers(ères) mettaient donc eux(elles)-mêmes en place des stratégies permettant de pallier le manque de personnel ou diminuer les risques et conséquences pour les patients. Nous avons ainsi identifié plusieurs passages décrivant des stratégies comme appeler soi-même des collègues de travail pour remplacer une absence et/ou réorganiser les soins de manière à réaliser les tâches ou les soins prioritaires et/ou faire du travail non-rémunéré. Ces stratégies avaient pour but de combler urgemment un manque de réponse administrative ou de prendre en charge une situation face à laquelle les réponses administratives s'étaient avérées insuffisantes et/ou inadéquates – et ce, dans le but de réduire les risques et conséquences pour les patients.

« Grand surplus de travail sur le département [...] deux transferts urgents [à faire] et personnel infirmier

nécessaire introuvable. Le système central de recherche de personnel [de mon hôpital est] insatisfaisant en cas d'urgence. Obligation, par moi-même, d'appeler une infirmière directement chez elle pour réussir à trouver une infirmière nécessaire immédiatement. [...] » (Formulaire #1156).

Discussion

Nos résultats brossent un portrait d'un échantillon de dénonciations réalisé par le biais du formulaire de soins sécuritaires entre 2016 et 2018. En créant cet échantillon, notre objectif n'était pas de générer des résultats représentatifs de toutes les dénonciations, mais plutôt de se servir d'un corpus de données pour décrire les caractéristiques des infirmiers(ères) qui dénoncent, comprendre la nature des situations dénoncées, documenter les autres stratégies de dénonciation utilisées par les infirmiers(ères) (outre le formulaire) et explorer les réponses administratives ainsi que leurs justifications. L'analyse nous a permis de constater que les formulaires inclus dans notre échantillon avaient été soumis majoritairement par des infirmiers(ères) autorisés(es), exerçant de jour dans des milieux de soins hospitaliers et de soins de longue durée. Bien avant la pandémie de COVID-19, les dénonciations issues des milieux de soins de longue durée étaient déjà importantes. Représentant plus du tiers de notre échantillon, les formulaires dénonçant des soins non sécuritaires en soins de longue durée soulèvent des questionnements importants quant aux milieux de soins et outils disponibles dans ces milieux pour dénoncer. Plusieurs des infirmiers(ères) ayant dénoncé publiquement les conditions insalubres et non sécuritaires dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) pendant la pandémie de COVID-19 ont d'ailleurs souligné l'absence de mécanismes internes pour signaler des situations non sécuritaires et de structure administrative permettant une intervention rapide en cas de problèmes de dotations, d'équipement manquant, etc. (3,4). Pour ce qui est de la représentativité des régions, il est difficile de tirer des conclusions. Le formulaire de soins sécuritaires faisait partie d'une campagne de la FIQ et avait pour but de recueillir des données pouvant être utiles au travail de cette organisation syndicale. Ainsi, il se peut que certains milieux et certains établissements se soient mobilisés plus que d'autres. Il se peut aussi que l'utilisation du formulaire pour faire des dénonciations « en bloc » ait eu pour effet d'augmenter le nombre de dénonciations faites dans une région plutôt qu'une autre.

Les situations les plus fréquemment dénoncées au sein de notre échantillon concernaient la lourdeur (p. ex., lourdeur des patients et lourdeur de la tâche administrative), l'instabilité (p. ex., instabilité des équipes de soins et manque d'expérience

ou de formation du personnel), les conditions de travail (p. ex., repas et pauses non-pris) et les manquements aux soins (p. ex., soins requis non-effectués). Les risques et les conséquences, à la fois pour les patients et le personnel infirmier, engendrés par ces situations, et la détresse morale qui en résulte étaient des moteurs importants dans la décision de remplir un formulaire de soins sécuritaires. Or, le formulaire s'inscrivait dans une démarche de dénonciation plus large comptant plusieurs stratégies comme en témoignent nos résultats. Le formulaire servait aussi à dénoncer des situations de nature chronique, à dénoncer collectivement et à sonner l'alarme auprès de la FIQ. Le recours au temps supplémentaire était la principale réponse administrative aux situations décrites dans les formulaires analysés, réponse justifiée par le manquement de personnel (p. ex., dotation déficiente ou perte de personnel). Tel que présenté dans les résultats, il nous est toutefois impossible de départager le temps supplémentaire du temps supplémentaire obligatoire (TSO) au sein du corpus. Cette stratégie fortement dénoncée à l'époque du formulaire de soins sécuritaires a continué à être mobilisée au sein des différents milieux de soins, au point de faire l'objet d'une plainte à l'Organisation internationale du Travail – plainte mise de l'avant par le FIQ en février 2022. Finalement, nous avons aussi relevé que l'invalidation était une réponse administrative fréquente et que face à la non-résolution des situations dénoncées, les infirmiers(ères) en venaient à passer eux(elles)-même à l'action pour réduire les risques et conséquences pour les patients en comblant le manque de personnel ou réorganisant les soins.

En plus d'analyser les dénonciations réalisées par le biais du formulaire de soins non sécuritaires, nous souhaitions également analyser ce formulaire en tant que plateforme de dénonciation électronique. Le recours aux plateformes électroniques pour faciliter la dénonciation dans le secteur public est une pratique établie. Or, le recours aux plateformes électroniques, pour faciliter les dénonciations infirmières et compiler le contenu de ces dénonciations, représente une nouvelle pratique qui mérite d'être étudiée davantage (6). Notre analyse nous a permis de poser deux constats par rapport au formulaire de soins sécuritaires. Premièrement, nos résultats démontrent que la conception de ce formulaire (p. ex., choix de boîtes à cocher, langage utilisé, information recueillie, etc.) correspondait partiellement aux besoins des infirmiers(ères), aux situations dénoncées et aux stratégies administratives signalées. Par exemple, le formulaire reflétait une conceptualisation des situations à dénoncer comme étant exceptionnellement non-sécuritaires. En revanche, les formulaires analysés dressaient le portrait de milieux de soins qui sont a priori non-sécuritaires, contribuant à des situations chroniques à haut risque tant pour les patients, que pour le

personnel infirmier. Ces résultats convergent avec ceux de Perron et ses collègues (6) suite à l'analyse de la deuxième plateforme de dénonciation développée par la FIQ pendant la première vague de la pandémie de COVID-19. Lors de la conception d'une plateforme de dénonciation électronique, il faut donc prendre en considération le contexte plus large dans lequel travaillent les infirmiers(ères) et développer des moyens de dénoncer des enjeux systémiques minant la qualité et la sécurité des soins pour l'ensemble des patients de même que des situations de soins non-sécuritaires impliquant un patient ou un groupe de patients en particulier.

Deuxièmement, nos résultats soulignent l'écart entre la simplification des options permettant d'amasser et de compiler les données de nature quantitative et la complexité des données de nature qualitative nécessitant un niveau d'analyse allant au-delà des fonctionnalités de la plateforme. En d'autres mots, le contenu narratif s'est avéré essentiel pour comprendre la nature des situations dénoncées, les stratégies de dénonciation utilisées, les réponses administratives, de même que la nature des risques et les conséquences associées aux milieux non-sécuritaires décrits par les infirmiers(ères). Sans ces données, permettant de contextualiser et nuancer, les résultats quantitatifs auraient été insuffisants pour comprendre ce qui était dénoncé, pourquoi et comment. Or, bien qu'il soit intéressant et important de concevoir une plateforme qui puisse permettre la collecte de données narratives, il importe aussi de s'assurer que ces données puissent être analysées et utilisées – une tâche qui s'est avérée laborieuse. De plus, il faut s'assurer de concevoir une plateforme assez complète et utile pour éviter que les infirmiers(ères) aient à soumettre leur dénonciation par écrit en utilisant les boîtes de texte. Cette approche soulève des enjeux éthiques, car elle peut créer des barrières à la dénonciation et des iniquités au sein de la profession (p. ex., qui est en mesure de prendre le temps de dénoncer et qui ne l'est pas). Nous avons également constaté au sein de l'échantillon que les infirmiers(ères) se tournent vers les boîtes de texte dans l'espoir d'être entendus et de recevoir de l'aide. Ces boîtes de texte doivent donc être accompagnées d'un dispositif permettant de consulter, analyser, et utiliser les données recueillies au sein d'un grand échantillon de formulaires. Finalement, nous avons constaté la très grande détresse des infirmiers(ères) dans la façon dont ils(elles) rédigeaient leur dénonciation, d'où l'importance de s'assurer qu'un suivi soit fait, concernant leur démarche et les détails fournis dans les boîtes de texte.

Les experts en matière de dénonciation s'entendent sur l'importance de doter le personnel soignant d'outils sûrs, intègres et efficaces afin de promouvoir, faciliter, recueillir et

traiter efficacement les signalements d'employés témoins de situations à risque ou de méfaits, et que la protection de ceux et celles qui dénoncent doit constituer une priorité centrale dans la conception de tels outils (23). La diversité de ces outils quant au format est reconnue; toutefois, la conception d'un tel outil gagne à respecter les meilleures pratiques en matière de confidentialité et d'efficacité (24) et ainsi augmenter, d'une part, la probabilité que l'outil soit utilisé par un employé qui souhaite dénoncer et, d'autre part, que les situations dénoncées cessent. Selon Vandekerckhove et James (25), les dénonciations réussies sont celles qui, d'une part, ont permis un processus entièrement sécuritaire pour les personnes qui dénoncent et, d'autre part, ont mené à une résolution efficace des situations dénoncées. Comme mentionné en introduction, le formulaire de soins sécuritaires avait pour but d'encourager les infirmiers(ères) à dénoncer et de recueillir, de façon confidentielle, des informations pouvant servir à exercer des pressions sur les administrateurs du système de santé afin de rectifier des situations compromettant la qualité et la sécurité des soins. En tant qu'outil de dénonciation électronique, développé par une instance syndicale, le formulaire respectait le besoin de protéger ceux et celles qui dénoncent en maintenant leur anonymat et en les soustrayant aux risques, largement documentés, que peut entraîner la dénonciation interne ou externe lorsque celle-ci est faite publiquement (8,26).

En ce qui a trait au deuxième critère proposé par Vandekerckhove et James (25), à savoir l'efficacité de la dénonciation à résoudre les situations décrites par les infirmiers(ères), nos données ne nous permettent pas de statuer sur l'efficacité du formulaire à mener à des soins plus sécuritaires puisqu'il ne recense pas l'issue des interventions tentées par la FIQ auprès des milieux de soins. Il faut cependant noter que contrairement à d'autres plateformes de dénonciation électroniques utilisées dans le secteur public (p. ex., Protecteur du citoyen au Québec), le formulaire n'était pas rattaché à des mécanismes institutionnels formels et standardisés obligeant un suivi des signalements recueillis et la mise en œuvre de correctifs institutionnels. Les chercheurs sur la dénonciation considèrent que de tels mécanismes sont nécessaires pour assurer une prise en charge organisée et systématique des signalements, la transparence des processus de résolution et la confiance des utilisateurs des outils de dénonciation. En ce sens, notre réflexion fait écho aux observations de Perron et collègues (6), selon qui le fait qu'un outil ne soit pas rattaché à des processus systématisés de prise en charge, peut réduire la portée et l'efficacité des dénonciations, échouer dans les tentatives d'accroître l'imputabilité des milieux de soins, et ultimement décourager des infirmiers(ères) à en faire usage. Au-delà de cet aspect, il faut également noter

que l'étude de Vandekerckhove et James (25), qui se penchait sur le degré d'efficacité des dénonciations réalisées par le biais d'instances syndicales, concluait que celles-ci s'avéraient plus sécuritaires pour les personnes qui dénoncent, mais moins efficaces pour mettre fin aux situations dénoncées. Notre analyse a d'ailleurs révélé plusieurs formulaires dans lesquels les infirmiers(ères) interpelaient directement la FIQ afin qu'elle intervienne dans les situations dénoncées, suggérant le fait que certains(es) s'inquiétaient de ne pas être entendus ou soutenus par la FIQ, et de dénoncer en vain. Cette inquiétude mérite d'être soulignée car nos résultats indiquent que près de 70% des infirmiers(ères) avaient initié une action collective en réponse à la situation dénoncée et près de 20% disaient avoir informé leur représentant(e) syndical et/ou le syndicat. Le recours au formulaire semblait donc répondre à un besoin de transmettre la dénonciation à un niveau supérieur dans la structure hiérarchique de la FIQ – suggérant possiblement une non-résolution des démarches entreprises auprès des instances syndicales locales.

À la lumière de notre étude, l'on peut se questionner sur l'utilité et l'avenir des plateformes de dénonciation telles que le formulaire de soins sécuritaires. Plusieurs chercheurs affirment que les syndicats jouent un rôle essentiel dans les processus de dénonciation, mais que les outils et les stratégies utilisées sont insuffisants, à eux seuls, pour transformer et renforcer les cultures et les pratiques organisationnelles, qui contribuent aux types de situations dénoncées dans le formulaire de soins sécuritaires (23, 25). Malgré le fait que le formulaire de soins sécuritaires avait pour but de créer une boucle de rétroaction, en recueillant des formulaires à l'externe pour ensuite intervenir à l'interne, auprès des organisations en santé, son efficacité demeure limitée. Pour assurer une dénonciation efficace, des outils et mécanismes internes sont nécessaires. Par exemple, Kenny et ses collègues (24) expliquent que la dénonciation dite « interne » devrait être assurée par des mécanismes combinés et croisés, qui permettent notamment le recueil sécuritaire des dénonciations, la mise en relation des situations dénoncées avec d'autres sources d'informations (p. ex., enquêtes, audits), de même que la disponibilité de canaux de communication, notamment auprès des personnes ayant dénoncées, au sujet de la prise en charge de la dénonciation et des résolutions mises en œuvre. Une telle approche permet des interventions plus efficaces, alliant à la fois la protection des personnes qui dénoncent et l'efficacité des démarches, vers une résolution organisationnelle plus productive et cohérente (24). Or, il est entendu qu'une telle approche ne peut être efficace à moins d'être utilisée au sein d'une culture organisationnelle qui reconnaît l'importance et l'utilité de la dénonciation, dans l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

Recommandations

Nous proposons quatre recommandations. Au plan conceptuel et théorique, nous croyons qu'il est important d'étudier les outils de dénonciation (incluant les plateformes électroniques) qui comporte à la fois une dimension interne et une dimension externe. Le formulaire de soins sécuritaires, comme outil de dénonciation et outil de travail d'une instance syndicale capable d'intervenir auprès d'instances en santé et d'établissements de soins, est un exemple intéressant qui remet en question la traditionnelle séparation entre dénonciation interne et externe. Le rôle des plateformes de dénonciation dans la transformation de dénonciations individuelles (p. ex., formulaire individuel) en dénonciation collective (p.ex., accumulation de centaines voire milliers de formulaires) mérite aussi d'être exploré davantage. Finalement, nous constatons l'importance de repenser ce que les infirmiers(ères) dénoncent, c'est-à-dire de proposer une conceptualisation plus élargie allant au-delà d'un patient ou d'une situation de soins à la manière d'un rapport d'incident. Dans le contexte actuel, nos résultats de recherche ainsi qu'une proportion majeure de cas de dénonciations infirmières recensés ou médiatisés montrent que les dénonciations portent sur des enjeux plus larges et complexes qui rendent les soins non-sécuritaires, notamment des pratiques et des cultures organisationnelles contre-productives, voire nocives, et des facteurs méso- et macro-systémiques (ex : réformes et restructurations intensives; roulement, absentéisme et perte de personnel qualifié; retrait de ressources; sous-financement de secteurs névralgiques tels que les soins de première ligne et les soins de longue durée; augmentation des demandes de productivité; champs professionnels rigides; lourdeur administrative; etc.). Nous notons l'importance de mener plus de recherche sur la dénonciation infirmière, les outils de dénonciation utilisés par les infirmiers(ères) (incluant les outils émergents comme les plateformes électroniques et les réseaux sociaux), et leur efficacité. Comme mentionné dans la discussion, la dénonciation interne doit aussi faire l'objet d'études en sciences infirmières. Des études de cas portant sur des milieux ayant développé des outils et mécanismes de dénonciation interne novateurs seraient particulièrement utiles. Enfin, le rôle, dans la dénonciation interne, des infirmiers(ères) gestionnaires de première ligne et intermédiaires occupant des postes hybrides (clinique et gestion) est aussi à explorer, ainsi que la manière dont le fait que ces personnes soient syndiquées ou non influence leur implication. Il s'agit d'un groupe dont les pratiques de dénonciation sont peu comprises. Enfin, nous avons identifié un besoin de développer un champ de pratique interdisciplinaire afin de mieux concevoir les plateformes électroniques, d'optimiser leurs fonctionnalités et leur utilité

tout en diminuant les risques associés à la composante électronique, notamment le risque de cyberattaque ou d'atteinte à la confidentialité. En outre, nous ne pouvons passer sous silence l'importance d'offrir du soutien et des ressources (p. ex., consultation éthique) aux infirmiers(ères) qui dénoncent, car leur détresse était évidente dans les formulaires. Il ne fait aucun doute que faciliter la dénonciation est important, mais qu'offre-t-on en retour aux infirmiers(ères) qui dénoncent?

Forces et limites

La présente étude comporte trois forces principales. Premièrement, elle s'appuie sur une analyse rigoureuse de plus de mille formulaires de dénonciation contenant des données riches et ayant été soumis par des infirmiers(ères). La taille de l'échantillon ainsi que la qualité des données représentent donc, selon nous, une force importante de notre étude. Deuxièmement, elle repose sur un devis à méthodes mixtes comportant une approche à la fois déductive et inductive. La décision d'inclure un volet qualitatif pour analyser les données narratives ainsi qu'une approche inductive pour aller au-delà des boîtes à cocher déjà incluses dans le formulaire constitue aussi une force importante. Troisièmement, l'étude vient combler un véritable vide du point de vue des savoirs infirmiers au regard de ce type de plateforme. À notre connaissance, il s'agit de la deuxième analyse seulement d'une plateforme électronique de dénonciation complétée en sciences infirmières au Canada et à l'échelle internationale, ce qui permet de faire une contribution importante à la compréhension du phénomène émergent de la dénonciation infirmière par le biais de plateformes électroniques et qui pourrait mener à des analyses comparatives intéressantes sur ce phénomène dans d'autres disciplines et/ou impliquant d'autres types de professionnels. Une limite qu'il importe de mentionner est la création de nouvelles catégories de façon inductive impliquant un processus interprétatif. Toutefois, nous croyons que le fait d'avoir complété ce processus par voie de consensus entre trois chercheurs minimise cette limite. Une autre considération est que notre étude couvre spécifiquement la période de 2016 à 2018. La définition de cette période n'est pas une limite en soi, mais il convient de rappeler qu'elle n'est pas représentative des différents contextes de dénonciation infirmière dans la province. En effet, le phénomène de la dénonciation infirmière a connu des tournants importants au Québec en raison notamment de vagues inédites de dénonciations cumulées en 2018 et 2019 au regard des conditions générales de travail, puis entre 2020 et 2022 dans le contexte des dérapages liés à la gestion de la pandémie à la COVID-19 (3,4,6). Nous ne prétendons donc pas à une généralisation de nos résultats au phénomène dans son ensemble.

Conclusion

Cette étude nous a permis de décrire les caractéristiques des infirmiers(ères) ayant dénoncé par le biais du formulaire de soins sécuritaires, de comprendre la nature des situations dénoncées, de documenter les autres stratégies de dénonciation utilisées par les infirmiers(ères) (outre le formulaire) et d'explorer les réponses administratives ainsi que leurs justifications. Elle nous a aussi permis de mieux comprendre la dénonciation infirmière électronique en étudiant le formulaire de soins sécuritaire comme plateforme de dénonciation électronique. Malgré les limites de l'étude et l'évolution des pratiques relatives à la dénonciation au cours des cinq dernières années, les résultats contribuent à l'état des connaissances sur ce phénomène en soins infirmiers et la recherche spécifique aux plateformes de dénonciation électroniques. Ces plateformes sont nouvellement utilisées en sciences infirmières et leurs caractéristiques sont encore peu documentées tout comme leur usage et leurs impacts. Il importe de mener des travaux à la fois conceptuels (théoriques), empiriques, et pratiques (p. ex., technologiques) pour déterminer la place que devrait occuper ces plateformes en sciences infirmières et s'assurer que celles qui sont mises en place adhèrent aux meilleures pratiques afin de protéger les infirmiers(ères) qui dénoncent et faciliter une résolution des problématiques dénoncées. Les plateformes de dénonciation électroniques, qu'elles soient externes ou hybrides (externe et interne) semblent répondre à un besoin réel du personnel soignant, mais elles ne peuvent pas à elles seules pallier un manque de canaux internes permettant une dénonciation sécuritaire et efficace. Il est donc impératif de s'intéresser à la fois à créer des milieux où la dénonciation interne est possible et des outils pour dénoncer de façon externe lorsque nécessaire.

Remerciements

Nous tenons à remercier la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) pour son soutien. Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche financé par le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) 435-2019-1249. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Mannion R, Blenkinsopp J, Powell M, McHale J, Millar R, Snowden N, 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 Serv. Res.* 2018 Aug;6(30):1-220.
2. Gagnon M, Perron A. Whistleblowing: A concept analysis.

- Nurs Health Sci. 2020 Jun;22(2):381-389.
- 3.Gagnon M, Perron A. Nursing voices during COVID-19: An analysis of Canadian media coverage. *Aporia: Nurs. J.* 2020 Aug;12(1):109-113.
- 4.Gagnon M, Perron A, Pariseault-Legault P, Wright D, Martin P, Marcogliese E, et al. Blowing the Whistle during a Pandemic: A Case Study of Quebec Nurses. *J. Adv. Nurs.* 2022 Dec;78(12):4135-4149.
- 5.Jackson D, Hickman L, Hutchinson M, Andrew S, Smith J, Potgieter I, et al. Whistleblowing: An integrative literature review of data-based studies involving nurses. *Contemp. Nurse.* 2014 Oct;48:240-252.
- 6.Perron A, Marcogliese E, Dufour C, Gagnon, M. La dénonciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19: une analyse de contenu de la plate-forme 'Je dénonce'. *Aporia: Nurs. J.* 2020 Aug;12(1):76-90.
- 7.Perron A, Rudge T, Gagnon M. Hypervisible nurses: Effects of circulating ignorance and knowledge on acts of whistleblowing in health. *ANS Adv Nurs Sci.* 2020 Apr/Jun;43(2): 114-131.
- 8.Perron A, Gagnon M, Pariseau-Legault P, Dufour C, Marcogliese E, Martin P, et al. Mapping organizational responses to nurse whistleblowing: A proposed typology. *Nurs. Philos. (Under Review).*
- 9.Pohjanoksa J, Stolt M, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Wrongdoing and whistleblowing in health care. *J. Adv. Nurs.* 2019 Jul;75(7):1504-1517.
- 10.Pohjanoksa J, Stolt M, Suhonen R, Löyttyneimi E, Leino-Kilpi H. Whistle-blowing process in healthcare: From suspicion to action. *Nurs. Ethics.* 2019 Mar;26:526-540.
- 11.Jackson D, Peters K, Andrew S, Edenborough M, Halcomb E, Luck L, et al. Trial and retribution: A qualitative study of whistleblowing and workplace relationship in nursing. *Contemp. Nurse.* 2010 Aug-Oct;36:34-44.
- 12.Jackson D, Peters K, Andrew S, Edenborough M, Halcomb E, Luck L, et al. Understanding whistleblowing: qualitative insights from nurse whistleblowers. *J. Adv. Nurs.* 2010 Oct;66:2194-2201.
- 13.Jackson D, Peters K, Hutchinson M, Edenborough M, Luck L, Wilkes L. Exploring confidentiality in the context of nurse whistle blowing: issues for nurse managers. *J. Nurs. Manag.* 2011;19:655-663.
- 14.Peters K, Luck L, Hutchinson M, Wilkes L, Andres S, Jackson D. The emotional sequelae of whistleblowing: findings from a qualitative study. *J. Clin. Nurs.* 2011 Oct;20:2907-2914.
- 15.Wilkes L, Peters K, Weaver R, Jackson D. Nurses involved in whistleblowing incidents: Sequelae for their families. *Collegian* 2011;18:101-106.
- 16.McDonald S, Ahern K. The professional consequences of whistleblowing by nurses. *J Prof Nurs.* 2000 Nov-Dec;16:313-321.
- 17.McDonald S, Ahern K. Physical and emotional effects of whistle blowing. *J. Psychosoc. Nurs. Ment.* 2002 Jan;40(1):14-27.
- 18.Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). Dossier spécial: Soins sécuritaires; 2016. Disponible : <https://www.fiqsante.qc.ca/soins-securitaires-et-pratique-professionnelle/soins-securitaires/>
- 19.Schreier M. *Qualitative Content Analysis.* Londres (GB): Sage; 2012.
- 20.Schreier M. Qualitative content analysis. In: Flick U, éditeur. *Sage Handbook of Qualitative Data Analysis.* Londres (GB): Sage; 2014. p.170-183.
- 21.Elo S, Kaarlainen M, Kanste O, Polkki T, Utriainen K, Kyngas H. *Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness.* Sage Open. 2014;4:1-14.
- 22.Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J. Adv. Nurs.* 2008 Apr;62:107-115.
- 23.Lewis D, Vandekerckhove W. Trade Unions and the Whistleblowing Process in the UK: An Opportunity for Strategic Expansion? *J. Bus. Ethics.* 2016 Jan;1-11.
- 24.Kenny K. *Whistleblowing: Toward a New Theory.* Harvard University Press; 2019
- 25.Vandekerckhove W, James C. Blowing the whistle to the union: how successful is it? E-J. *Int. Comp. Labour Stud.* 2013 Oct;2(3):4-31.
- 26.Brown AJ, Lewis D, Moberly R, Vandekerckhove W. *International Handbook of Whistleblowing Research.* Edward Elgar; 2014.

Pour contacter les auteurs:

Marilou Gagnon
Professeure titulaire
École des sciences infirmières
Université de Victoria, Victoria, Canada
Chercheure, Institut canadien de recherche sur l'usage des substances
2300 avenue McKenzie (bureau 281)
Victoria, Colombie-Britannique, Canada, V8P 5C2
Email: marilougagnon@uvic.ca

Mélyna Désy Bédard, infirmière, B.Sc
Assistante de recherche et étudiante à la maîtrise
Département des sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada

Amélie Perron, infirmière, Ph.D.
Professeure titulaire
École des sciences infirmières
Université d'Ottawa, Ottawa, Canada

Caroline Dufour, infirmière, M.Sc
Étudiante au doctorat
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada

Emily Marcogliese, infirmière, Ph.D
Chercheuse indépendante
Ottawa, Canada

Pierre Pariseau-Legault, infirmier, LL.M., Ph.D.
Professeur agrégé
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada

David Kenneth Wright, infirmier, Ph.D., CHPCN(C)
Professeur agrégé
École des sciences infirmières
Responsable académique, Centre sur les soins palliatifs et l'éthique
infirmière
Université d'Ottawa, Ottawa, Canada

Patrick Martin, infirmier, Ph.D.
Professeur agrégé
Faculté des sciences infirmières
Chercheur, Institut universitaire de cardiologie et pneumologie du
Québec
Université Laval, Québec, Canada

Franco A. Carnevale, infirmier, Ph.D.
Professeure titulaire
École des sciences infirmières
Université McGill