Le dialogue, l'*advocacy* et la détresse morale des soignants

Conférence IRCM, 24 septembre 2020

Par

Jocelyne Saint-Arnaud Ph.D.

Professeure associée à l'École de santé publique

Chercheure associée au Centre de recherche en éthique et

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

Plan de la présentation

- Contexte
  - Failles du système en santé publique
  - Le système de santé québécois et la limite des ressources
- Impacts de la limite des ressources en santé
- Détresse morale des soignants
  - Définitions
  - Facteurs de risque selon les études quantitatives et qualitatives
- Impacts de la détresse morale sur le personnel soignant

© Saint-Arnaud, 2020

Plan de la présentation (suite)

- Tensions de rôles dans la gestion des soins de santé
- Enjeux éthiques en gestion
- Ce qui est attendu des gestionnaires pour résoudre les problèmes éthiques
- Recommandations pour traiter des problèmes éthiques, prévenir la détresse morale et les impacts de la limite des ressources sur les soignants
- *Advocacy* à tous les niveaux décisionnels
- Responsabilité partagée
- Service de consultation en détresse morale et changements observés (Hamric et Epstein, 2017)

© Saint-Arnaud, 2020

Contexte

- La pandémie de coronavirus met en évidence les failles de notre système de santé, notamment en santé publique et en CHSLD

© Saint-Arnaud, 2020

Failles du système en santé publique

- Réduction des budgets alloués à la santé publique
- Intégration de la santé publique dans les CIUSSS et CISSS
- Manque de cohésion et de coordination entre les différents secteurs de gestion
- Difficulté d'adaptation des interventions préventives aux besoins locaux en temps opportun
- (Texte collectifs d'anciens administrateurs et employés de CLSC, *Le Devoir*, 18 sept. 2020; P. Fournier et J. Rochon, *Le Devoir*, 18 sept.2020)

© Saint-Arnaud, 2020

Failles du système de santé en CHSLD

- Absence d'un gestionnaire responsable sur place (Texte collectif, 2020)
- Manque de personnel infirmier et de préposés en CHSLD: ratios de 80 à 110 pts/inf (Venne, 2020)
- Conditions de travail difficiles qui nuisent à la qualité des soins aux pts et à la santé du personnel soignant
- Manque de médecins et d'accès à des soins palliatifs
- CHSLD: parent pauvre d'un système hospitalo-centré

© Saint-Arnaud, 2020

Le système de santé québécois et la limite des ressources

- Diminution des transferts du fédéral aux provinces
- Méthode d'optimisation: faire plus avec moins, bonus à la réduction du temps hospitalier
- Réorganisation du système: CISSS et CIUSSS
- Augmentation des ratios inf/pts
- Clientèle plus âgée et plus malade (Lecock et Joanis, 2012; Brunelle-Agneti et al, 2010)

© Saint-Arnaud, 2020

Le système de santé québécois et la limite des ressources

- Plus de temps partiels et embauches occasionnelles (41,6 % en 2016-2017) (OIIQ, 2017)
- Recours à des agences dans le système public
- Non-remplacement du personnel en congés de maladie
- TSO devient un mode de gestion (FIQ, 2017)
- Engagement d'infirmières auxiliaires pour faire le travail d'infirmières licenciées dans la communauté
- Enseignement aux proches à domicile et présence des proches en milieu hospitalier

© Saint-Arnaud, 2020

Détresse morale: définitions

- Sentiments douloureux de colère, frustration et anxiété ou déséquilibre psychologique engendrés par une incapacité d'agir en accord avec la conscience morale à cause de contraintes institutionnelles (Jameton, 1984)
- Symptômes de stress négatif qui survient dans des situations impliquant des dimensions éthiques et dans lesquelles le professionnel de la santé a le sentiment de ne pas préserver tous les intérêts et valeurs en cause (Sporrong et al, 2006)
- Sentiment d'atteinte à l'intégrité morale dans le cas d'une pratique non conforme aux valeurs et standards professionnels, sous la pression de contraintes institutionnelles (Laabs, 2007)

© Saint-Arnaud, 2020

Les valeurs professionnelles

- « entrer dans une pratique c'est accepter de se soumettre à ses standards (…) C'est soumettre son attitude, ses choix, ses préférences et ses goûts aux standards qui définissent (…) la pratique » (MacIntyre, 1984, p. 190)
- Le respect des valeurs et standards d'une profession de la santé apporte biens internes (réalisation de soi) et biens externes (bien-être des soignés)
- Les valeurs d'une profession s'expriment notamment dans son code de déontologie.

© Saint-Arnaud, 2020

Détresse morale des soignants

- Initialement étudiée chez les infirmières
- De nombreuses études concernent toutes les disciplines de la santé: médecine, psychologie, inhalothérapie, travail social, gestion et administration (Beck et al, 2020; Pergert et al, 2019; Haight et al, 2016; Whitehead et al, 2014; Allen et al, 2013; Brazil et al, 2010; Mitton et al, 2010; Hamric et al, 2012; Mukherjee et al, 2009; Hilliard et al, 2007; Sporrong et la 2005)

© Saint-Arnaud, 2020

Plusieurs outils ont été développés pour évaluer la détresse morale et l'environnement ou le climat de travail

- The Moral Distress Scale (MDS) ou Échelle de détresse morale (Corley et al, 2001)
- The Moral Distress Scale Revised (MDS-R) synthétisé et adapté en six versions pour différentes professions de la santé (Hamric et al, 2012)
- Originalement contient 38 items, réduit à 19 dans la version révisée. Des situations sont décrites et le répondant doit évaluer la fréquence et l'intensité de la détresse morale pour chacune des situations sur une échelle de 0 à 4.
- Ethics Environment Questionnaire (EEQ) qui se centre sur l'ensemble de l'organisation (McDaniel, 1997)
- Hospital Ethical Climate Survey (HECS) qui réunit des items organisationnels avec des items propre à l'unité de soins (Olsen, 1998)

© Saint-Arnaud, 2020

Facteurs de risque liés à la détresse morale selon des études quantitatives

Facteurs	Études
Climat ou environnement de travail non éthique n=32	Laurs et al, 2020; Pergert et al, 2019; Haghighinezhad et al, 2019; Zavotsky et Chan, 2016 ; Rushton et al, 2015 ; Dumouchel, 2015; Borhani et al, 2014, 2015a et b ; Shoorideh et al, 2015; Sauerland et al, 2015, 2014 ; Ulrich et al, 2014 ; Whitehead et al, 2014; Veer et al, 2013; Papathanassoglou et al 2012; Lazzarin, 2012; Piers et al, 2012 ; McAndrews et al, 2011 ; Silen et al, 2011 ; Ohnishi et al, 2010; Mrayyan et Hamaideh, 2009 ; Pauly et al, 2009 ; Rice et al, 2008 ; Hamric et Blackhall, 2007; Zuzelo 2007; Sporrong et al, 2006; Glasberg et al, 2006 ; Laabs, 2005; Corley et al, 2005 ; Corley et al, 2001
Contraintes externes liées à des soins et traitements perçus comme futiles en fin de vie et ne favorisant pas les meilleurs intérêts des patients en causant des souffrances inutiles n=27	Laurs et al, 2020; Agari et al 2019; Ghasemi et al, 2019; Johnson-Coyle et al, 2016; Lusignani et al, 2016 ; Dyo et al, 2016 ; Wenwen al, 2016; Sannino et al, 2015 ; Woods et al, 2015 ; Monrouxe et al, 2015 ; Rushton et al, 2015; Borhani et al, 2015b; Shoorideh et al, 2015; Piers et al, 2012 ; Hamric et al, 2012; Ganz et Berkovitz, 2012 ; Papathanassoglou et al, 2012; Cavaliere et al, 2010 ; Ohnishi et al, 2010 ; Rice et al, 2008; Zuzelo, 2007; Hamric et Blackhall, 2007; Mobley et al, 2007; Laabs, 2005; Corley et al, 2005; Melzer et Huckabay, 2004 ; Corley, 1995

© Saint-Arnaud, 2020

Facteurs de risque liés à la détresse morale selon des études quantitatives (suite)

Facteurs	Études
Incompétences, soins non sécuritaires, soins ne répondant pas aux standards de pratique n=10	Haghighinezhad et al, 2019; Asgari et al, 2019; Perget et al, 2019; Ghasemi et al 2019;Trousselard et al, 2016 ; Wenwen et al, 2016; Woods et al, 2015 ; Monrouxe et al, 2015 ; Shoorideh et al, 2015; Ulrich et al, 2014
Manque de communication et de collaboration disciplinaire et inter-disciplinaire, conflits dans l'équipe n=7	Laurs et al, 2020; Pergert et al, 2019; Ghasemi et al, 2019; Johnson-Coyle et al, 2018; Pavlish et al, 2016 ; Woods et al, 2015 ; Karanikola et al. 2014

© Saint-Arnaud, 2020

Sources systémiques, structurelles, administratives et économiques

Manque de ressources humaines, institutionnelles et financières	Morley et al, 2019; Humphries et Wood, 2016; Preshaw et al, 2016; Sasso et al, 2016; Edwards et al, 2013;
Personnel infirmier insuffisant, ratio inf/pts trop élevé, tâche trop lourde, conflits ds les équipes et avec les gestionnaires	Morley et al, 2019; McAndrew et al, 2016; Choe et al, 2015; Mason et al, 2014; Peter et al, 2014; Edwards et al, 2012; Varcoe et al, 2012
Un environnement de travail peu éthique	Helmers et al, 2020; Prestia et al, 2017; Humpries et Woods, 2016; McAndrew et al, 2016; Sauerland et al, 2014; Lützen et Kvist, 2012; Pauly et al, 2009
Absence de soutien des administrateurs, gestionnaires de soins et superviseurs	Helmers et al, 2020; Prestia et al, 2017; Dumouchel et al, 2015; Mason et al, 2014; Edwards et al, 2013
Contraintes exercées par les politiques institutionnelles et administratives, déséquilibre des pouvoirs	Helmers et al, 2020; Edwards et al, 2013 et 2012

Selon des études qualitatives

© Saint-Arnaud, 2020

Causes premières des consultations en détresse morale N=56

Cause première	% (n)
Communication inadéquate dans l'équipe	41 (23)
Plan de traitement ambigu/absence de buts des soins	25 (14)
Soulagement inadéquat de la douleur	21 (12)
Manque de continuité du personnel compromettant le soin au patient	21 (12)
Traitement futile ou agressif pas dans le meilleur intérêt du patient	19 (11)
Patient abusif et inopportun qui menace le personnel	19 (11)
Famille qui demande des traitements agressifs à l'encontre du meilleur intérêt du patient	16 (9)
Équipe qui donne des messages incohérents au patient ou à sa famille	14 (8)
Famille difficile et abusive qui compromet la qualité des soins	13 (7)
Des soignants incompétents	11 (6)
Personnel inadéquat	9 (5)

Hamric et Epstein, 2017, p. 135

© Saint-Arnaud, 2020

Impacts sur les soins et sur le personnel soignant

- Risques élevés d'erreurs qui peuvent causer des torts aux patients (Rogers et al, 2014; Varcoe et al, 2012, 2004; AIIC et AIIAO, 2010)
- Détachement, passivité, immunisation émotionnelle (Storaker et al, 2016; Lawrence, 2011; Dahlqvist et Norger, 2009; Gutierrez, 2005; Varcoe et Rodney, 2002; Wilkinson, 1988) se concentrant sur les soins physiques et la technique, négligeant les aspects psycho-sociaux, ce qui engendre un sentiment d'incompétence

© Saint-Arnaud, 2020

Impacts sur les soins et sur le personnel soignant

- Épuisement professionnel, burnout (Johnson-Coyle et al, 2016; Shoorideh et al, 2015; Piers et al, 2012; Hamric et al, 2012; Hamric et Blackhall, 2007; Meltzer et Huckabay, 2004; Sorlie, Jansson et Norberg, 2003; Fowler, 1989; Zastrow, 1984)
- Intention de quitter l'emploi (Laurs et al, 2020; Borhani et al, 2015a; Shoorideh et al, 2015; Corley et al, 2005; Hamric, 2000;) et même la profession (Trautmann et al, 2015; Karanikola et al, 2014)

© Saint-Arnaud, 2020

La rétention des infirmières nouvellement diplômées au CHUM (2010)

- Participants (n=17): gestionnaires, conseillères en soins spécialisés, infirmières en poste ou ayant quitté

- Question de recherche: pourquoi 52% des nouvelles infirmières en 2009 ont-elles quitté leur emploi, après 24 mois d'embauche, la plupart dans les 3 premiers mois?

K. Brunelle-Agbeti, A. Hurtubise et M.-È.Rivard, 2010

© Saint-Arnaud, 2020

Résultats

- Lourde tâche en raison de la complexité des cas et du nombre de patients
- Ratio infirmière/patients élevé
- Conditions de travail difficiles, notamment instabilité des horaires
- 4/5 des infirmières qui ont quitté ont noté un accueil froid et le sentiment de ne pas être bienvenues
- 5/6 des infirmières qui sont restées disent avoir eu une expérience positive d'intégration

© Saint-Arnaud, 2020

Confirmation par d'autres études

- Ces résultats sont confirmés par d'autres études tant en Europe, notamment dans les pays scandinaves (Sorlie, 2003), et au Canada (Varcoe, 2014 ; Varcoe et coll., 2004; Dawe, Verhoef, et Page, 2002 ; Oberle et Hughes, 2000 ; Oberle et Tenove, 2000).
- La pénurie d'infirmières : argument gouvernemental appuyant le *statu quo*, alors que la pénurie est due aux difficiles conditions de travail qui se répercutent sur la gestion des services

© Saint-Arnaud, 2020

Gestion
et tensions de rôles en santé

- Loyauté envers l'institution et
- Loyauté envers le bénéficiaire

- Tensions de rôles: « Une personne ressent une tension de rôle lorsqu'elle trouve difficile de bien remplir un rôle en même temps qu'elle doit satisfaire aux obligations relevant d'une autre rôle » (Goode, 1960, cité par St-Onge, 2015, p. 15)

© Saint-Arnaud, 2020

Tensions entre des rôles dont les objectifs diffèrent et qui deviennent conflictuels en situation de limites des ressources

- Objectif du gestionnaire: efficience, efficacité et rentabilité (résultats chiffrés attendus, bonus à l'atteinte des objectifs)

- Objectif du soignant: bien-être du bénéficiaire, (individu, famille, groupe, population), amélio-ration de l'état de santé individuel et général

© Saint-Arnaud, 2020

Tensions entre des rôles dont les objectifs diffèrent (suite)

Il en résulte des tensions, voire des conflits, entre l'institution et l'organisation d'une part et la perspective clinique, d'autre part, faisant en sorte que les valeurs de la profession sont continuellement menacées au point de ne répondre qu'aux urgences plutôt que d'assurer des soins en continu

« Il y a (par ailleurs) une impossibilité de donner des services aux usagers en temps et en quantité raisonnable » (RÉCIFS, 2011, cité par Dierckx et Gonin, p. 161),

© Saint-Arnaud, 2020

Le plus grand défi des infirmières-chefs comme gestionnaire de proximité

Mettre en place un environnement de travail sécuritaire qui favorise une pratique infirmière sécuritaire, compétente et éthique dans des conditions de limites de ressources humaines et financières. (Johnstone et Hutchison, 2015; Zuzelo, 2007; Varco et Rodney, 2002; Corley, 2002)

© Saint-Arnaud, 2020

Problèmes éthiques en gestion

1) La relation avec les patients

- Problèmes éthiques qui surviennent le plus souvent et au moins à chaque semaine pour la moitié des répondants: difficulté d'offrir des soins appropriés et de qualité.

2) La relation avec le personnel

- Problèmes les plus courants: entre les membres du personnel infirmier et entre le personnel infirmier et le personnel médical

3) La relation avec l'organisation

- Problèmes liés à la limite des ressources cités par tous les participants et rencontrés quotidiennement par 2/3 des participants

Aitamaa et al (2010): étude quantitative effectuée en Finlande: n =205

© Saint-Arnaud, 2020

Ce qui est attendu des gestionnaires

- Identifier les enjeux éthiques et juridiques dans une situation et favoriser la communication sur ces enjeux (Storch et al, 2002)
- Aménager des lieux d'échanges disciplinaires et interdisciplinaires (Storch, 2013; Makaroff et al, 2008; Rodney et al, 2002; Oberle et Hughes, 2001)
- Favoriser la formation en éthique dans les milieux de soins (Monteverde, 2016; Mealer et Moss, 2016; Poisson et al, 2014; Sauerland et al, 2014)
- Organisation d'ateliers de travail ou forums d'échanges sur les enjeux éthiques selon les spécialités: soins critiques, urgence, gestion…(Beumer, 2008)

© Saint-Arnaud, 2020

Responsabilité partagée pour traiter de la détresse morale des soignants

- Des associations professionnelles
- Des hôpitaux
- Des parties prenantes, y inclues les instances gouvernementales à tous les niveaux décisionnels
  - Pour prendre conscience de l'existence de la détresse morale
  - Développer des stratégies pour identifier et traiter la détresse morale
  - Proposer des interventions
  - Évaluer l'efficacité des interventions par des études randomisées

© Saint-Arnaud, 2020

Recommandations pour traiter des problèmes éthiques, prévenir la détresse morale et impacts de la limite des ressources

- Briser la loi du silence
- Condition primordiale: communication entre les instances concernées
- Transparence, présence vraie/congruence
- Communication et collaboration intra et interpro-fessionnelles
- *Debriefing* en équipe multidisciplinaire

© Saint-Arnaud, 2020

Recommandations pour traiter des problèmes éthiques, prévenir la détresse morale et impacts de la limite des ressources

- Favoriser l'*empowerment* pour exprimer et définir les enjeux et les problèmes éthiques
- Formation à l'éthique dans les milieux de pratiques à partir de récits relatant des problèmes éthiques spécifiques à un contexte de pratique
- Utiliser l'*advocacy* à tous les niveaux décisionnels clinique, institutionnel et gouvernemental

© Saint-Arnaud, 2020

Advocacy pour le bien-être du patient à tous les niveaux décisionnels

- Base d'une collaboration entre toutes les parties prenantes: finalité du soin et équité: réponse aux besoins en tant opportun
  - Ex contraire: la pandémie a mis aux arrêts les interventions chirurgicales pour ne pas surcharger les unités de SI, sauf que des personnes subiront des conséquences néfastes de ces décisions: augmentations des symptômes, traitements de chimio accrus en oncologie…

© Saint-Arnaud, 2020

Exemple d'*advocacy* au niveau clinique ou micro-décisionnel

- Dame de 78 ans, diabétique, amputée des deux jambes, atteinte de défaillance cardiaque congestive et démence légère occasionnant une désorientation dans le temps
- Admise dans un centre de réadaptation
- Son but : marcher de nouveau, déterminée à retourner chez elle pour s'occuper de ses petits-enfants.
- L'infirmière note que la prothèse droite est mal ajustée, occasionnant des chutes. Elle note aussi sa détermination et son esprit de collaboration; elle fait du progrès malgré le problème de la prothèse droite.
- L'ergothérapeute confirme le problème de la prothèse droite, alors que le physiothérapeute le nie, considérant qu'il n'y a rien à faire pour améliorer la situation
- Le médecin traitant signe le congé de la dame après deux semaines d'hospitalisation, sans plus de recommandations

© Saint-Arnaud, 2020

Exemple d'*advocacy*

- Parlant avec le médecin traitant, l'infirmière apprend que ce dernier considère que la dame n'est pas une bonne candidate pour une nouvelle prothèse à cause de sa désorientation dans le temps
- L'infirmière argumente que la dame a développé de nouvelles habiletés et qu'elle manifeste une volonté hors du commun pour retrouver son autonomie physique
- Elle demande une réévaluation, alléguant que la dame a perdu du poids et que son problème cardiaque est mieux contrôlé qu'à son arrivée, alors qu'elle avait échoué le test aux barres parallèles supervisé par le physiothérapeute.
- Elle obtient une réévaluation aux barres parallèles et la dame réussit à faire 12 mètres à l'aide d'un déambulateur.
- Le médecin revoit la décision du congé et le prothésiste commande une nouvelle prothèse.
- Quand elle obtient une nouvelle prothèse, elle réussit à parcourir 90 mètres à l'aide du déambulateur. (Bishop et Scudder, 2001, p. 29-33)

© Saint-Arnaud, 2020

Initiatives cliniques favorisant l'*advocacy*

- Rondes multi-disciplinaires
- Réunions inter-professionnelles liées au plan de soin
- *Debriefings* après une situation difficile
- Politiques communes à adopter, notamment sur les soins de fin de vie

© Saint-Arnaud, 2020

Advocacy pour le bien-être du patient au niveau méso-décisionnel

- Favoriser la communication et la collaboration entre les membres d'une même profession et entre les membres de professions différentes
  - Les réunions d'équipes et d'unités favorisent la réalisation de cet objectif.
  - Ces réunions peuvent aborder les enjeux et problèmes d'éthique dans leurs échanges ou même en faire un point de l'ordre du jour de la réunion
  - Rédiger des politiques de soin qui font consensus, qui sont connues de tous, par exemple, sur les procédures d'application des niveaux de soins ou d'interventions médicales (NIM)

© Saint-Arnaud, 2020

Advocacy au niveau macro-décisionnel

- Leaders, syndicats, associations professionnelles, gestionnaires et administrateurs peuvent aussi centrer leurs arguments sur la nécessité d'une réforme en profondeur visant le bien-être des patients et des soignants en s'assurant que la base soit consultée
- Participation des professionnels concernés à des Commissions parlementaires, à des campagnes de promotion et de prévention dans les médias
- Le modèle top/down échoue à considérer adéquatement les besoins de la base, implantons un modèle qui tient compte en premier lieu des besoins des patients et des intervenants directs.
- Privilégier les modes consultatifs plutôt que les modes directifs

© Saint-Arnaud, 2020

Advocacy au niveau macro-décisionnel

- Inspirons-nous du modèle scandinave qui évite les silos à tous les niveaux décisionnels, notamment au niveau gouvernemental. Lire M.-F. Raynault, D. Côté et S. Chartrand, *Le bon sens à la scandinave* (PUM, 2013)
- Pour augmenter les ressources financières, unissons-nous aux autres provinces du Canada et négocions le coût des médicaments et produits pharmaceutiques

© Saint-Arnaud, 2020

Service de consultation en détresse morale (Hamric et Epstein, 2017)

- Création d'un service de consultation en détresse morale par Ann Hamric en 2006
- Mise en place en 2012, d'un service jumelé au service de consultation en éthique : discussion de cas impliquant des problèmes éthiques et consultation à propos de la détresse morale.
- Plus souvent, le problème dépasse l'individu et concerne l'unité ou le système de gouvernance

© Saint-Arnaud, 2020

Service de consultation en détresse morale (Hamric et Epstein, 2017)

- Sur 14 membres, 7 sont formés pour répondre à des consultations sur la détresse morale, 4 sont des consultants séniors
- Rencontre hebdomadaire permet d'approfondir la compréhension des cas individuels et l'interaction entre le cas particulier, l'unité en cause et les enjeux systémiques. Elle sert de mécanisme à l'amélioration de la qualité.

© Saint-Arnaud, 2020

Fonctionnement du service

- La consultation est initiée par un gestionnaire d'unité ou une infirmière praticienne; demande par le CEC.
- Planification d'une rencontre d'une heure. Deux membres du Service de consultation sont présents, l'un est facilitateur, l'autre prend des notes.

© Saint-Arnaud, 2020

Rôle du facilitateur

- Expose la procédure et encadre la discussion comme un espace sécuritaire
- Invite le groupe à décrire la situation, s'assurant que tous ont pu prendre la parole
- Aide l'équipe à négocier les différences et à arriver à un consensus
- Aide à identifier la ou les actions justes* (*right*) à mettre en place et les barrières qui peuvent se présenter.

*Action juste : en accord avec les valeurs et standards professionnels

© Saint-Arnaud, 2020

Rôle du facilitateur

- Aide à prioriser des stratégies pour lever les barrières
- Résume la situation, les actions préconisées, les barrières et les stratégies en recherchant confirmation de leur pertinence par les participants
- Un résumé confidentiel est envoyé à celui qui a fait la requête et un suivi est offert pour aider et guider la suite des choses.

© Saint-Arnaud, 2020

Changements observés suite aux consultations

Empowerment du personnel

- Augmentation de la confiance et de la volonté de prendre la parole sur des cas cliniques
  - Ex Inf au chevet qui dit au md, qu'une discussion avec le pt et sa famille s'impose.
- Disposition plus grande à l'analyse plutôt que de sauter rapidement aux conclusions
- Considération des opinions des autres, ce qui relativise la position unilatérale de certains

© Saint-Arnaud, 2020

Changements observés suite aux consultations

- Augmentation de l'habilité à s'engager dans des enjeux qui lient le soin individuel au soin préconisé au niveau de l'unité
  - Ex Concernant un pt mourant à l'unité des SI, l'infirmière gestionnaire apporte le résumé d'une consultation à l'équipe médicale, ce qui donne lieu à une consultation des médecins, à la suite de quoi médecins et infirmières ont initié un *task force* pour traiter des modalités de l'arrêt de certains traitements hors de l'unité des SI

© Saint-Arnaud, 2020

Changements observés suite aux consultations

Collaboration

- Quatre consultations ont amélioré la collaboration entre les unités et entre le personnel de ces unités, ce qui a amélioré les soins aux patients
- Rapprochement des mds et infs sur des terrains communs après des consultations, plus aptes à reconnaitre qu'ils font face à des difficultés similaires. Discussion sur des cas difficiles
- Certaines consultations réunissent mds, infs, tr.soc., nutri., inhalo., aumonier et autres. Il y a donc une meilleure compréhension du besoin de collaboration et d'une meilleure communication

© Saint-Arnaud, 2020

Changements observés suite aux consultations

Au niveau de l'unité ou de l'organisation

- Qq consultations qui ont mis en évidence des problèmes systémiques se sont rendus au niveau administratif et ont entraîné une réponse organisationnelle
  - Ex Les préoccupations pour la sécurité du personnel et des patients soulevées dans les résumés ont donné lieu à une initiative du Centre médical impliquant les administrateurs, les gestionnaires et les personnels pour développer un plan stratégique en matière de sécurité

© Saint-Arnaud, 2020

Conclusion

- La limite des ressources influe sur les pratiques, sur la santé des soignants et sur les soins aux patients
- La détresse morale des soignants n'est pas le fait de personnes trop sensibles ou incapables de prendre leur responsabilité quand n'interviennent pas dans les pratiques des facteurs systémiques et organisationnels qui les perturbent.
- Il y a une responsabilité commune à faire changer les choses
- Des moyens ont été présentés pour minimiser les impacts de la détresse morale; ils impliquent toujours la communication, la collaboration et la contribution à tous les échelons décisionnels

© Saint-Arnaud, 2020

- Allen R., Judkins-Cohn T., DeValesco R., Forges E., Lee R., Clark L. & Procurier M. (2013). Moral distress among healthcare professionals at a health system. *JONA's Healthcare Law, Ethics & Regulation*, 15 (3), p. 111-118.
- Aitamaa E, Leino-Kilpi H., Puukka P. et Suhonen R. (2010). Ethical problems in nursing management : The role of codes of ethics, *Nursing Ethics*, 14 (4), p. 469-482.
- Arnold T.C. (2020). Moral distress in emergency and critical nurses; A metaethnography, *Nursing Ethics*, p.1-3 Site journals.sagepub.com/home/nej
- Asgari S., Shafipour V. Taraghi Z. et al (2019). Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nursing Ethics*, 26 (2), p. 346-356.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (OIIC) & Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (2010). La fatigue des infirmières et la sécurité des patients. Rapport de recherche. Sommaire. Retiré du site internet de l'AIIC, www.cna-aiic.ca, le 12 octobre 2017.
- Austin, W., Bergum, V., et Goldberg, L. (2003). Unable to answer the call of our patients : Mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing Inquiry, 10,* 177-183.
- Beck J., Randakk C.J., Basset H.K., O'Hara K.L., Falco C.L., Sullivan E.M. et Opel D.J. (2020). Moral distress in pediatric residents and pediatric hospitalists: Sources and association with burnout. *Academic Pediatrics*, in press.
- Beumer C.M. (2008). Innovative solutions: The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27 (6), p. 263-267.
- Bishop A. et Scudder J. (2001). *Nursing Ethics : Holistic Caring Practice*. Sudbury (MA) : Jones and Bartlett.
- Borhani F., Abbaszadeh A., Nakhaee N., et Roshanzadeh M. (2014). The relationship between moral distress, professionala stress, and intent to stay in the mursing profession. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7, p. 3-8.
- Borhani F., Abbaszadeh A., Mohamadi E. et al (2015a). Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nursing Ethics*, 24 (4), p. 474-482.
- Borhani F., Mohammadi S., and Roshanzadeh M. (2015b). Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine,* 8 (2), p. 1-7.
- Brunelle-Agbeti K., Hurtubise A. et Rivard M.-È. (2010). La rétention des infirmières nouvellement diplômées au CHUM, Université de Sherbrooke, 19 septembre.
- Brazil K., Kassalainen S., Ploeg J., et Marshall D. (2010). Moral Distress experienced by health care profesionnals who provide home-based palliative care. *Social Science and Medicine*, 71 (9), p. 1687-1691.

© Saint-Arnaud, 2020

- Cavaliere T.A., Daly B., Dowling D. et al (2010). Moral distress in neotatal intensive care unit RNs. *Advanced Neonaal Care*, 10, p. 145-156.
- Centeno J. et Bégin L. (2015). *Les loyautés multiples. Mal-être au travail et enjeux éthiques*. Montréal: Éditions Nota Bene
- Choe K, Kang Y, et Park Y. (2015), Moral distress in critical care nurses: A phemenological study. *Journal of Advance Nursing*, 71, p. 1684-1693.
- Cognet M., Berthot J., Couturier Y., Rhéaume J., et Fournier B. (2004). *Pratique infirmière en milieu pluriethnique. Volet 1 Organisation des soins infirmiers en milieu pluriethnique*. Rapport de recherche. CSSS Côte-des-neiges, Métro, Parc-Extension. Centre de recherche et de formation. Publication no 11.
- Corley M.C., Minick P., Elswick R.K., et Jacobs M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12(4), p. 281-390.
- Corley M.C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda, *Nursing Ethics*, 9, p. 953-961.
- Corley M.C., Elswick R., Gorman M. et Clor T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), p. 250-256.
- Corley M.C. (1995). Moral distress and critical nurses. *American Journal of Critical Care*, 4(4), p. 280-285.
- Corniou M. (2020). Les dures leçons de la COVID-19. Entretien avec Damien Contandriopoulos, *Québec Science*, septembre 2020, p. 14-16
- Dahlqvist. V., Soderberg A et Norberg A. (2009). Facing inadequacy and being good enough: Psychiatric care providers' narratives about experiencing and coping with troubled conscience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, p. 242-247.
- Ducharme F., Lévesque L., Lachance L., Giraux F. et Préville M. (2003). *Étude évaluative multicentrique randomisée d'un programme de promotion de la santé mentale des aidantes familiales de personnes âgées atteintes de démence vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Rapport de recherche. Université de Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
- Dawe U., Verhoef M.J., et Page S.A. (2002). Treatment refusal: The beliefs and experiances of Alberta nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 39, p. 71-77.
- Dumouchel M., Boytim M., Gorman N., et Weismuller P. (2015). Does moral distress differ between California registered nurse anesthetists in independant versus medically supervised practive: An exploratory study. *AANA Journal*, 83 (3), p. 203-209.
- Drolet M.J. et A. Hudon (2014). Les professionnels de la santé ont-ils un devoir d'*advocacy*, *Ethica*, 18(2), p. 33-64

© Saint-Arnaud, 2020

- Dyo, M., P. Kalowes, and J. Devries, Moral distress and intention to leave: A comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive et Critical Care Nursing,* 2016. **36**: p. 42-8.
- Edwards M.P., Throndson K. et Dyck F. (2012). Critical care nurses' perceptions of their roles in family-team conflicts related to treatment plans. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44 (1), p. 60-75.
- Edwards M.P., McClement S.E., Read L.R. (2013). Nurses'responses to initial in long-term care. *Bioethical Inquiry*, 10, p. 325-336.
- Epstein E.G. et Hamric A.B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), p. 330-342.
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) (2010). *Heures supplémentaires. Des moyens pour agir*. Mars, 2010. Disponible sur le site : www.fiqsante.qc.ca
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ Santé)(2017). Utilisation abusive des heures supplémentaires dans le réseau de la santé- La FIQ demande au gouvernement du Québec de mettre fin à cette pratique érigée en système de gestion. *Info Lettre*, 13 octobre
- Fournier P. et Rochon J. et autres (2020). Restaurer la santé publique, une priorité majeure. *Le Devoir*, 18 septembre, p. A7
- Fowler M.D. (1989). Moral distress and the shortage of critical nurses. *Heart and Lung*, 18, p. 314-315.
- Ganz De Keyser F. et Berkovitz (2012). Surgical nurses'perceptions of clinical dilemmas, moral distress and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), p. 1516-1525
- Ghasemi E., Negarandeh R. and Janani L. (2019). Moral distress in Iranian pediatric nurses. *Nursing Ethics*, 26 (3), p. 663-673.
- Glasberg A.L., Eriksson S., Dahlqvist V., Lindahl E., Stranberg G., Söderberg et al, (2006). Development and initial validation of stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics*, 13(6), p. 334-348.
- Gutierrez K.M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24, p. 230-241.
- Haghighinezhad G., Shoorideh F.A., Ashktorab T. et al (2019). Relationship between perceived organizational justice and moral distress in intensive care unit nurses. Nursing Ethics, 26 (2), p. 460-470.
- Hamric A.B. (2000). Moral Distress in every day ethics. *Nursing Outlook*, 48, p. 199-201.
- Hamric A.B. et Blackhall L.J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35 (2), p. 422-429.
- Hamric A.B., Borchers C.T. et Epstein E.G. (2012(. Development and testing of an instrument of measure moral distress in healthcare professionals. *American Journal of Bioethics Primary Research*, 3 (2), p. 1-9.
- Hamric A.B. et Epstein E.G. (2017). A health system-wide moral distress consultation service: Development and evaluation, *HEC Forum,* 29, p. 127-143.

© Saint-Arnaud, 2020

- Haight W, Sugrue E., Calhoun M., et Black J. (2016). A scooping study of moral injury: Identifying directions for social work research, *Children and Youth Services Review*, 70, p, 190-200.
- Helmers A., Dryden-Palmer K, et Greenberg R.A. (2020). Moral distress: Developing strategies from experience. *Nursing Ethics*, 27(4), p. 1147-1156.
- Hilliard R., Harrison C. et Madden S. (2007). Ethical conflicts and moral distress experienced by paediatric residents during their training. *Paediatrics & Child Health*, 12 (1), p. 29-35.
- Humphries A. et Wood M. (2016)A study of nurses' ethical climate perceptions: Compromising in a un compromising environment. *Nursing Ethics*, 23(3), p. 265-276.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice : The ethical issues*. Englewood Cliff, NJ : Prentice Hall.
- Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress : Moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clinical Issues Perinatal Women Health Nursing, 4,* 542-551.
- Johnson-Coyle L., Opgenorth D., Bellows M., Dhaliwal J., Richardson-Carr S., et Bargshaw S.M. (2016). Moral distress and burnout among cardiovascular surgery intensive care unit healthcare professionals; A prospective cross-sectional survey. *Canadian Association of Critical Care Nurses*, 27 (2), p. 17-36
- Johnstone M.J. et Hutchison A. (2015). 'Moral Distress – Time to abandon a flawed nursing construct. *Nursing Ethics*, 22(1), p. 5-14.
- Juthberg C., Eriksson S., Norberg A. et Sundin K. (2007). Perceptions of conscience in realtion to stress of consciences. *Nursing Ethics*, 14(3), p. 329-343.
- Karanikola M.N., Albaran J.W., Drigo E., Giannakopoulou M., Klafati M., Mpouzika M et Papathanassoglou E.D.(2014). Moral distress, autonomy and nuse-physician alaboration among intensive care unit nurses in Italy. *Journal of Nursing Management*, 22 (4), p. 472-484.
- Laabs C.A. (2005). Moral problems and distress among nurse practitioners in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(2), p. 76-84.
- Laabs, C. A. (2007). Primary care nurse practitioners' integrity when faced with moral conflict. *Nursing Ethics, 14*(6), 795-809.

© Saint-Arnaud, 2020

- Laurs L., Blazevicienė A., Capezuti E., et Milonas D. (2020). Moral distress and intention to leave the profession: Lithuanian nurses in municipal hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 52 (2), p. 201-209
- Lawrence L.H. (2011). Work engagement, moral distress, education level, and criticial reflective practice in intensive care nurses. *Nursing Forum,* 46 (4), p. 256-268.
- Lecock A. et Joanis M. (2012). Au delà des certitudes: Pouvoir gris, obésité et autres dimensions incertaines de l'impact budgétaire sur le vieillissement. Dans *Le vieillissement de la population et les politiques publiques : enjeux d'ici et d'ailleurs*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lusignani M., Gianni M.L., Re L.G. et Buffon M.L. (2016). Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive care units. *Journal of Nursing Management,*, 11, p. 11
- Lützen K., Cronqvist A. Magnusson A. et Anderson A. (2003). Moral distress : Synthesis of a concept. *Nursing Ethics,* 10(3), p. 312-322.
- Maiden J., Georges J., et Connely C. (2011). Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 30(6), p. 339-345.
- Mason V.M., Leslie G., Clark K., Lyons P. et al (2014). Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: A pilot study. *DCCN-Dimensions of Critical Care Nursing*, 33 (4), p. 215-225.
- McAndrew N.S., Leske J.S. et Garcia A. (2011). Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care. *Journal of Trauma Nursing*, 18, p. 221-230
- McAndrew N.S., Leske. J., et Schroeter K. (2016). Moral Distress in critical care nursing. *Nursing Ethics*, 25 (5), 552-570.
- McDaniel C, (1997). Development and psychometric properties of the ethics environment questionnaire. *Medical Care*, 35, p. 901-914.
- McDaniel, C. (1998). Ethical environment reports of practising nurses. *Nursing Clinics of North America, 33* (2), 363-372.
- Makaroff K.S., Storch J., Pauly B, et Newton L. (2014). Searching for ethical leadership in nursing, *Nursing Ethics*, 21 (6), p. 642-658.
- Meltzer L.D et Huckabay L.M. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, 13, p. 202-208.

© Saint-Arnaud, 2020

- Mealer M. et Moss M. (2016). Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Medicine*, 42, p. 1615-1617.
- Mitton C., Peacock S., Storch J., Smith N. et Cornelissen E. (2010). Moral distress among healthcare managers: Conditions, consequences and potential responses. *Healthcare Policy,* 6 (2), p. 99-112.
- Mobley M.J., Rady M.Y., Verheijde J.L. et al (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Critical Care Nursing*, 23, p. 256-263.
- Prestia A.S., Sherman R.O., et Demezier C. (2017). Chief nursing officers' experiences with moral distress. *Journal of Nursing Administration*, 47 (2), p. 101-107.
- Raynault M.F., Côté D. et Chartrand S. (coll) (2013. *Le bon sens à la scandinave*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Rice E., Rady M. Y., Hamrick A., Verheijde J.L., et Prendergast D.K. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*, 16, p. 360-373.
- Rodney P, Varcoe C., Storch J. et al (2002).Navigating toward a moral horizon. A multisite qualitative study of ethical practice in nursing, *Canadian Journal of Nursing Research*, 34 (3), p. 75-102.
- Rogers A.E., Hwang W.-T., Scott L.D., Aiken L.H. et Dinges D.F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23 (4), p. 201-212.
- Monrouxe L.V., Rees C.E., Dennis I. et Wells S.E., (2015). Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student: Insights form two online UK-wide questionnaire studies. *British Medical Journal*, 5 (5), p. e007518.
- Monteverde, S. (2016). Caring for tomorrow's workforce: Moral resilience and healthcare ethics education. *Nursing Ethics*, 23(1): p. 104-16.
- Morley G., Ives J., et Bradbury-Jones C. (2019). *Health Care Analysis*, 27, p.185-201.
- Mrayyan M.T. et Hamaideh S.H. (2009). Clinical errors, nursing shortage and moral distress: The situation in Jordan. *Journal of Research Nursing*, 14, p. 319-330.
- Murkhejee D., Brashker R., Savage T.A., et Kirshner K.L. (2009). Moral distress in rehabilitation professionals: Results from a hospital ethics survey. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1, p. 450-458

© Saint-Arnaud, 2020

- Oberle K. et Hughes D. (2001). Doctor's and nurses perceptions of ethical problems in end-of-life decisions, *Journal of Advanced Nursing*, 33, p. 707-715.
- Oberle K. et Tenove S. (2000). Ethical issues in public health nursing. *Nursing Ethics*, 7 (5), p. 425-438.
- Ohnishi K., Ohgushi Y, Nakano M. et al (2010). Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics*, 17, p. 726-740.
- Olson L.L. (1998). Hospital nurses'perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 30, p. 345-349.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)(2017). *Protrait sommaire de l'effectif infirmier au Québec 2016-2017*. Retiré du site: www-oiiq.org/portrait-des-effectifs-infirmiers-2016-2017, le 23 septembre 2020
- Pauly B.M., Varcoe C, Stroch J. et Newton L. (2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*, 16 (5), p. 561-573.
- Pavlish C. et al (2016). SUPPORT: An evidence-based model for leaders addressing moral distress. *Journal of Nursing Administration,* 46 (6), p. 313-320.
- Perget P., Bartholdson C., Blomgres K., et af Sandeberg M. (2019). Moral distress in paediatric oncology: Contributing factors and group differences, *Nursing Ethics*, 26 (7-8), p. 2351-2363.
- Peter E., Mohammed S. et Simmonds (2014). Narratives of aggressive care: Knowledge, time, and responsibility. *Nursing Ethics*,21 (4), p. 461-472
- Piers R.D., Van den Eynde M., Steeman E, et al (2012). End-of-life-care of the geriatric patient and nurses' moral distress. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13, 80.e7-e13.
- Poisson C., Alderson M.. Caux C. et Brault I. (2014). La détresse morale vécue par les infirmières : états des connaissances. *Recherche en soins infirmiers*, 117, p. 65-73.
- Preshaw D.H., Brazil K., McLaughlin D., et Frolic A. (2016). Ethical Issues experienced by healthcare workers in nursing homes: Literature review. *Nursing Ethics*, 23 (5), p. 490-506.
- Prompahakul C. et Epstein E.G. (2020). Moral distress experiended by non-Western nurses: An integrative review. *Nursing Ethics*, 27 (3), p. 778-795.
- Rushton C.H., Batcheller J., Schroeder K. et Donohue P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24 (5), p. 412-420.

© Saint-Arnaud, 2020

- Roy R., (2015). Que peuvent faire les organisations pour réduire les conflits de loyautés et les conflits de loyauté qu'ils engendrent. Dans *Les loyautés multiples. Mal-être au travail et enjeux éthiques,* sous la dir. de J. Centeno et L. Bégin, Montréal: Éditions Nota Bene, p. 205-229
- Saint-Arnaud J. (2016). La justice sociale et la limite des ressources en santé, dans *Les enjeux éthique de la limite des ressources en santé,* sous la dir. *de* J. Saint-Arnaud, B. Godard et J.-C. Bélisle Pipon, Montréal : Presses de l'Université de Montréal, p. 17-32.
- Saint-Arnaud J. (2019). *L'éthique de la santé. Pour une éthique intégrée dans les pratiques infirmières.* 2ième édition, Montréal : Chenelière Éducation.
- Sannino P., Gianni M.L., Re L.G., et Lusignani M. (2015). Moral distress in the neonatal intensive care unit: An Italian study. *Journal of Perinatology*, 22 (1), p. 64-76.
- Sasso L. Delogu B., Carrozzino R., Aleo G. et Bagnasco A (2016). Ethical isues of prison nursing: A qualitative study in Northern Italy, *Nursing Ethics*, 12, p. 12.
- Sauerland J., Marorra K., Peinemann M.A., Berndt A et Robichaux C. et al (2014). Assessing and addressing moral distress and ethical climate part 1 DCCCN-*Dimensions of Critical Care Nursing*, 33 (4), p. 234-245.
- Sauerland J., Marorra K., Peinemann M.A., Berndt A et Robichaux C. et al (2015). Assessing and addressing moral distress and ethical climate part 2 DCCCN-*Dimensions of Critical Care Nursing*, 34 (1), p. 33-46..
- Selye, H. (1950b). *The stress of life*. New York, NY : McGraw Hill.
- Shoorideh F.A., Ashktorab T., Yaghmaei F et al (2015). Relationship between ICU Nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics*, 22 (1), p. 64-76.
- Silen M. Svantesson M., Kjellstrom S. et al (2011). Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context : Perceptions and instrument usability. *Journal of Clinical Nursing*, 20, p. 3483-3493.
- Sorlie V., Jansson L. et Norberg A. (2003). The meaning of being in ethically difficult care situations in paediatric care as narrated by female registered nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (3), p. 285-292.
- Sørlie, V., Kihlgren, A. L., Kihlgren, M. (2004). Meeting ethical challenges in acute care work as narrated by enrolled nurses. *Nursing Ethics, 11*(2), 179-188.
- Sporrong S.K., Höglunda T et Arnetz B. (2006). Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nursing Ethics*, 13(4), p. 416-427.
- St-Onge S. (2015). Les inévitables loyautés multiples au travail: mieux les comprendre pour mieux les gérer, Dans *Les loyautés multiples. Mal-être .au travail et enjeux éthiques,* sous la dir. de J. Centeno et L. Bégin, Montréal: Éditions Nota Bene, p. 13-48

© Saint-Arnaud, 2020

- Storaker A., Nåden D. et Saeteren B. (2016) From painfull busyness to emotional immunization: Nurses' experiences of ethical challenges, *Nursing Ethics*. Reprint and permission: sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav 10.1177/0969733015620938 nej.sagepub.com
- Storch J.L., Rodney P., Pauly B., Brown H. et Starzomski R. (2002). Listening to nurses' moral voices: Building a quality health care environment. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(4), p. 7-16
- Storch J.L. (2013). Nursing ethics : The moral terrain. In *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice*. J.L. Storch, P. Rodney et R. Starzomski (eds). 2d ed, p. 1-19.
- Sundin-Huard D, et Fahy K. (1999). Moral distress, advocacy and burnout: Theorising the relationship. *International Journal of Nursing Practice,* 5, p. 8-13.
- Texte collectif (2020). Pour le reseau de la santé, quelques correctifs ne suffisent pas, *Le Devoir*, 18, septembre, p. A6.
- Trautmann, J., Epstein E., Rovnyak V., et Sorlie V. (2015). Relationships among moral distress, level of practice independence, and intent to leave of nurse practitioners in emergency departments: results from a national survey. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 37(2): p. 134-45.
- Trousselard M. Dutheil F., Naughton G., Cosserant S., Amadon S., Duale C. et Schoeffler P. (2016). Stress among nurses working in emergency, anesthesiology and intensive care units depends on qualification: A job demand-control survey. *International Archives of Occupational et Environmental Health,* 89 (2), p. 221-229.
- Ulrich C., O'Donnell P., Taylor C., Farrar A., Danis M. & Grady C. (2007).Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the U.S.. *Social Science and Medicine 65* (8), p. 1708-1719.
- Ulrich B.T., Lavandero R., Woods D. et Early S. (2014). Critical care nurse work environments 2013 : A status report. *Critical Care Nurse*, 34 (4), p. 64-79.
- Varcoe C. Doane G. Pauly B., Rodney P., Storch J.L., Mahoney K, Mcpherson G., Brown H. et Starzomski R. (2004). Ethical practice in nursing: Working the in-betweens. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (3), p. 316-325.
- Varcoe C., Pauly B., Storch J. Newton L. et Makaroff K. (2012a). Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations. *Nursing Ethics,* 19 (4), p. 488-500.
- Varcoe C., Pauly B., Webster G. et Storch J. (2012b). Moral distress: Tensions as springboards for action. *HEC Forum*, 24, p. 51-62.

© Saint-Arnaud, 2020

- Venne J.-F. (2020). La FIQ exige un changement de cap, *Le Devoir*, 5 et 6 septembre, p. 15.
- Wenwen Z. Xiaiyan W., Yufang Z., et (2016). Moral distress and its influencing factors: A cross-sectional study in China. *Nursing Ethics*, 25 (4), p. 470-480.
- Wilkinson J.M. (1988). Moral distress in nursing practice: Experience and effects . *Nursing Forum,* 23(1), p. 16-29.
- Winters R. et Neville S. (2012). Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand hospital. *Nursing Praxis in New Zealand*, 28(1), p. 19-28.
- Whitehead P.B., Herbertson R.K., Hamric A.B., Epstein E.G., et Fisher J.M. (2014). *Clinical Scholarship*, 47 (2), p.
- Woods M., Rodgers V., Towera A. et La Grow S. (2015). Researching moral distress among New Zeland nurses: A national survey. *Nursing Ethics*, 22 (1), p. 117-130.
- Zastrow C. (1984). Understanding and prevention burnt-out. *British Journal of Social Work*, 14, p. 141-155.
- Zavotsky K.E. et Chan G.K. (2016). Exploring ren relationship among moral distress, coping and the practice environment in emergency department nurses. *Avanced Emergency Nursing Journal*, 38 (2), p. 133-146.
- Zuzelo P.R. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*, 14 (3), p. 344-359.

© Saint-Arnaud, 2020