

QUELLE CULTURE POUR L'EXPRESSION ET L'ACTUALISATION DE LA SENSIBILITÉ ÉTHIQUE AU SEIN DES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS ?

Lise Langlois *et al.*

Médecine & Hygiène | *Revue internationale de soins palliatifs*

2012/4 - Vol. 27
pages 131 à 140

ISSN 1664-1531

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-infokara-2012-4-page-131.htm>

Pour citer cet article :

Langlois Lise *et al.*, « Quelle culture pour l'expression et l'actualisation de la sensibilité éthique au sein des unités de soins intensifs ? », *Revue internationale de soins palliatifs*, 2012/4 Vol. 27, p. 131-140. DOI : 10.3917/inka.124.0131

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Quelle culture pour l'expression et l'actualisation de la sensibilité éthique au sein des unités de soins intensifs ?

Lise Langlois, Ph. D

Professeure-chercheure, Département des relations industrielles

Jennifer Centeno

Département des relations industrielles

Lise Fillion, Ph. D

Professeure-chercheure, Département des sciences infirmières

Université de Laval, Québec, Canada

Introduction

Au cours des dernières décennies, de nombreuses organisations au sein des secteurs publics et privés ont entrepris des réformes substantielles, s'éloignant des principes classiques d'administration. Les modes de gestion traditionnels, il convient de le rappeler, sont caractérisés par un fort contrôle hiérarchique, une organisation taylorienne du travail, une déqualification de la main-d'œuvre, de même qu'une coordination élevée des règles. Ces modèles ont toutefois été mis à mal, et ce, tant sur le plan économique, que sur les plans environnementaux et sociaux (Postel et coll., 2006). C'est ainsi qu'ils ont progressivement cédé la place à de nouvelles formes institutionnelles et organisationnelles (Grant et Lévesque, 1997).

Sur le plan organisationnel, les formes traditionnelles de division et de coordination du travail ont notamment été revues afin de susciter un engagement accru, voire même une requalification, des travailleurs (Grant et Lévesque, 1997). Sont alors apparues diverses initiatives ayant pour but l'enrichissement des tâches, dont les cercles de qualité, les équipes de travail, les programmes de qualité

totale, la réingénierie des processus ainsi que les systèmes sociotechniques. Sur le plan institutionnel, soit en ce qui a trait au cadre normatif auquel l'organisation est soumise, une réorganisation des relations du travail a incité une recherche d'alternatives à la traditionnelle opposition patronale-syndicale, notamment sous la forme de la négociation raisonnée.

Les processus organisationnels du secteur privé étant traditionnellement perçus comme étant plus efficaces que ceux du secteur public, plusieurs pays occidentaux entreprennent également d'importants programmes de réformes ciblant ces secteurs (Rainey, 1998). C'est ainsi qu'émerge, dès le milieu des années 1980, une « nouvelle gestion publique ». Articulée autour de huit caractéristiques, cette nouvelle philosophie de gestion oriente, au Québec, les changements entrepris entre 1987 et 2007 au sein du Réseau québécois de la santé et des services sociaux :

« S'il y a bel et bien une nette séparation des rôles entre le politique (niveau stratégique) et l'administration (niveau opérationnel) ; il y eut aussi une très grande décentralisation et délégation des responsabilités au plus bas

Correspondance:

lyse.langlois@rt.ulaval.ca

Jennifer.centeno.l@ulaval.ca

lise.fillion@fsi.ulaval.ca

niveau possible; une réduction de la distance hiérarchique et des règles bureaucratiques; une orientation vers le marché; une plus grande transparence et mesure des coûts; le développement d'une orientation vers les résultats; d'une orientation vers le client et le développement d'une culture de la qualité appuyée par une plus grande participation des citoyens et de la communauté élargie à l'administration des établissements hospitaliers» (Malo et Grenier, 2009, p. 24-25).

Bien que ces orientations semblent à première vue positives, l'adoption de nouveaux modes de gestion n'est pas sans entraîner son lot de conséquences et, par ricochet, sans soulever d'importants questionnements. Il convient notamment de s'interroger quant à la culture organisationnelle favorisée par la nouvelle gestion publique, et quant à ses effets sur la sensibilité éthique.

Présentation des concepts

Avant de présenter le cadre analytique proposé, il convient de définir les deux concepts mobilisés dans ce dernier, soit la culture organisationnelle et la sensibilité éthique. De même, il importe de préciser en quoi ces deux concepts sont interreliés.

Culture organisationnelle

La culture organisationnelle émerge en tant que champ d'études au cours des années 1970. Nombre d'auteurs comparent alors les modèles de gestion américains aux modèles japonais (Morgan, 1985; Martin et coll., 2004) soulignant, au-delà du structurel, l'importance qu'accordent les modèles nippons au facteur humain (Ouchi, 1981; Martin et coll., 2004).

Un survol de la littérature nous permet de constater que les définitions privilégiées par les chercheurs contemporains (dont Alvesson, 2002; Martin, 2002 et Schein, 2004) s'inspirent en grande partie des définitions fondatrices du domaine (Clegg, 1981; Smircich, 1983; Schein, 1987; Mills, 1988). Pour Martin *et coll.* (2004), la culture organisationnelle fait plus spécifiquement référence à une manière de vivre et constitue une configuration unique d'activités reliées par des règles de conduite et des valeurs spécifiques. Alors que les règles font référence au cadre normatif en place (politiques, procédures, lois, règlements, etc.), les valeurs peuvent pour leur part être formalisées de manière diverse, dont par le biais d'un code de conduite ou d'un énoncé de valeurs.

La sensibilité éthique

Selon plusieurs chercheurs, la sensibilité éthique fait référence à la capacité qu'a l'individu de reconnaître les conséquences négatives qu'une situation donnée pourrait entraîner sur autrui (Chalmers, 1996; Van Sandt et coll., 2006). Patenaude (2000) définit la sensibilité éthique comme une préoccupation de l'individu pour son environnement alors que Reynold (2006) précise qu'il y a présence de cette sensibilité dès qu'une situation est perçue comme pouvant légitimement être considérée d'un point de vue moral.

Il est par ailleurs intéressant de noter que le concept de sensibilité éthique a, jusqu'à ce jour, reçu très peu d'attention de la part des chercheurs, et ce, tant sur le plan théorique qu'empirique (Van Sandt et coll., 2006; Yetmar et Eastman, 2000; Butterfield et coll., 2000). Nos recherches ont toutefois démontré que ce concept est central au leadership éthique et qu'il constitue une porte d'entrée vers une conduite éthique (Langlois et coll., 2009). Plus spécifiquement, la sensibilité éthique permet à l'individu de se sentir suffisamment concerné par une situation pour s'interroger, se questionner, débattre et se positionner d'une manière authentique. À l'inverse, si la situation n'est pas jugée problématique et n'interpelle pas l'individu, aucune prise de position ou action éthique n'est susceptible de survenir. La sensibilité éthique peut être actionnée chez l'individu concerné par une situation difficile, toutefois, cette sensibilité peut être court-circuitée au plan organisationnel.

Interrelation entre les deux concepts

En effet, il ressort également de nos travaux antérieurs un lien important entre la sensibilité éthique et la culture organisationnelle (Langlois et coll., 2009). La sensibilité éthique semble émerger difficilement dans les organisations caractérisées par une culture éthique pouvant être qualifiée très contrôlante où la régulation des conduites se fait sur une base hétérorégulatoire. En revanche, elle semble être favorisée par une culture organisationnelle éthique faisant une place à l'autonomie où les conduites sont de l'ordre de l'autorégulation. (Boisvert, 2004; Caza et coll., 2000; Weaver et coll., 1999). Alors que la première privilégie des formes de contrôle qui sont externes à l'individu (règlements, codes de conduite, politiques, etc.), la seconde mise sur la responsabilisation et l'autonomisation de ce dernier. La culture organisationnelle influence à la fois l'expression de la sensibilité éthique tout comme la conduite éthique des dirigeants de l'organisation (Langlois et coll.,

2009). A la lueur de ces données, il s'avère pertinent de poser un regard critique sur la culture organisationnelle en place au sein des milieux de travail sous étude et, plus encore, de s'interroger quant aux effets de cette dernière sur le plan éthique. Pour ce faire, nous nous inspirerons des travaux de Goodpaster (2009).

Cadre analytique

Dans l'ouvrage *Conscience and Corporate Culture* (2009), Goodpaster propose un cadre éclairant permettant l'analyse des milieux de travail sur le plan éthique. Plus spécifiquement, nous proposons, à l'image de Goodpaster, de poser un regard critique sur la culture organisationnelle en place ainsi que sur sa capacité à soutenir, voire à encourager, la sensibilité éthique¹ afin de mieux exercer le jugement professionnel des soignants.

Pour Goodpaster (2009), les individus et les organisations qui font preuve de sensibilité éthique manifestent les caractéristiques suivantes : « 1) ils évaluent les gestes, les motifs qui les sous-tendent, et les états de caractère, et ce, afin de déterminer si ces derniers sont appropriés sur le plan moral ; 2) ils éprouvent des sentiments, tels que la culpabilité ou la satisfaction, qui sont cohérents avec les décisions morales prises et 3) ils sont disposés à agir en fonction de leurs perceptions morales » (Goodpaster, 2009, p. 51, notre traduction). La sensibilité éthique se présente dès lors comme une réponse, et même un antidote, à ce que le chercheur nomme la téléopathie. Ce concept désigne voire, dénonce, les poursuites déséquilibrées de buts ou d'objectifs qui dictent la conduite individuelle ou organisationnelle et qui en viennent à entraîner un état de fixation sur ces derniers. Il résulte de cette fixation une rationalisation des gestes posés et, ultimement, un détachement – une désensibilisation – à l'égard des effets indirects occasionnés.

Il faut dire que, pour Goodpaster (2009), la téléologie ne mène pas directement aux inconduites éthiques. Elle constitue toutefois un obstacle majeur à la réflexion éthique ainsi qu'à la création d'un milieu de travail éthique. La téléopathie peut de même en venir à infecter la culture d'une organisation, voire à s'institutionnaliser au sein de cette dernière, renforcée par les dispositifs en place – ou par l'absence de ces derniers. Dans un contexte organisationnel imprégné par la téléopathie, et donc marqué par un manque de sensibilité éthique, « les objectifs poursuivis deviennent des idoles ; les obstacles des me-

naces ; et les remises en question ne sont pas permises – et ultimement, en viennent à disparaître » (p. 3, notre traduction). En revanche, la création d'un environnement favorable à un milieu de travail « conscient » s'articule autour de trois phrases : l'orientation, l'institutionnalisation et la préservation.

Trois phases vers un milieu de travail éthique

Tel que son nom l'indique, la phase d'orientation exige d'abord de préciser la direction que prend, et que souhaite prendre, l'organisation. Pour ce faire, la vision et la mission de l'organisation doivent être précisées, et des valeurs dites signifiantes doivent être collectivement identifiées. Il est de même essentiel de développer une conception commune quant à la signification et à la portée de l'éthique et des valeurs qui ont été choisies. Ce n'est qu'à partir de ce langage commun que l'éthique pourra véritablement se manifester en milieu de travail. Plus encore, cette conception partagée permettra aux membres de l'organisation de se situer, par rapport à la direction souhaitée, et de prendre conscience des mesures qui doivent être prises afin de cheminer vers l'objectif déterminé. L'importance accordée au processus même de développement d'un milieu de travail éthique, et la motivation qu'ont les membres de l'organisation à l'égard du déploiement des pratiques et des dispositifs nécessaires afin de « donner vie » à l'éthique, sont dès lors fondamentaux.

La deuxième phase, soit celle de l'institutionnalisation, implique de mettre en place des mesures et des dispositifs divers ayant pour but de traduire sur le plan de l'opérationnalisation, soit dans le travail de tous les jours, les valeurs de l'organisation. Pour ce faire, les pratiques, les politiques et les « façons de faire » de l'organisation doivent être alignées aux valeurs signifiantes et venir les appuyer.

La phase de la préservation requiert enfin la mise en place de dispositifs dont le but est d'assurer la pérennité des valeurs, et d'un milieu de travail éthique, dans le temps. L'organisation étant sujette à de nombreux changements – changements de personnel, de direction, de politiques, etc. –, des mesures doivent être prises afin de préserver, et de sans cesse renouveler, l'éthique au sein de cette dernière. Pour Goodpaster (2009), cette dernière phase est essentielle, mais dans la pratique, trop souvent oubliée. Alors que plusieurs organisations dé-

¹ Alors que Goodpaster favorise le terme « conscience » nous privilégierons pour notre part le terme « sensibilité ».

plioient des efforts notables afin d'assurer la création d'un milieu de travail éthique, plusieurs négligent de cultiver l'éthique à moyen et à long terme. Or, l'éthique est un processus de co-construction continue qui exige des membres de l'organisation une vigie, et un regard réflexif critique, pour identifier les ajustements nécessaires afin de favoriser la réflexion et la conduite éthiques.

Le rôle de la motivation

Il ressort des trois phases proposées par Goodpaster un élément dont le rôle semble transversal à la création d'un milieu de travail éthique : la motivation.

A cet égard, Goodpaster (2009) souligne dans la phase d'orientation qu'il est fondamental de considérer la motivation qu'ont les gestionnaires à mettre en place les dispositifs et les pratiques nécessaires à la création d'un milieu de travail éthique. Similairement, la phase de l'institutionnalisation est dite « dépendre des convictions des gestionnaires de haut niveau, telles qu'exprimées dans l'action » (p. 160, notre traduction) de même que du rôle que jouent les employés dans le déploiement de l'éthique, par le biais de leur prise de décision quotidienne. Enfin, le succès de la dernière phase dépend pour Goodpaster de l'ardeur avec laquelle les membres de l'organisation cherchent à préserver les valeurs jugées significatives. Ceci exige certes que l'orientation de l'organisation soit claire et que l'institutionnalisation de l'éthique y soit menée de façon efficace. Toutefois, cela exige également le développement d'une congruence entre les valeurs organisationnelles, les valeurs des individus qui composent l'organisation ainsi que les valeurs du milieu dans lequel cette dernière s'insère. Cette congruence sera notamment fonction de la capacité et de la motivation qu'ont les gestionnaires à impartir les valeurs significatives auprès de la prochaine génération de leaders, ainsi qu'à confirmer ces valeurs dans l'environnement économique et social externe de l'organisation.

Méthodologie qualitative

La première étude menée par notre groupe de recherche avait pour but d'en apprendre davantage sur les dilemmes éthiques vécus par le groupe professionnel que sont les infirmières œuvrant en contexte de soins de fin de vie (Langlois et coll., 2010). Dans cette seconde phase, nous souhaitons vérifier si les gestionnaires soutiennent les infirmières qui vivent des dilemmes éthiques au travail, en nous intéressant

notamment aux dispositifs et aux pratiques organisationnelles pouvant favoriser la sensibilité éthique en milieu de travail.

La méthode d'enquête et le déroulement de l'étude

Des entrevues ont été menées auprès de gestionnaires en provenance de cinq centres universitaires hospitaliers québécois. Ces dernières avaient pour but de connaître les représentations des gestionnaires quant aux dispositifs et aux pratiques en place en soutien à l'éthique, et ce, en lien avec les dilemmes éthiques vécus par les infirmières œuvrant en contexte de soins de fin de vie. Des entrevues exploratoires auprès d'un groupe témoin (prétest) ont tout d'abord permis de valider et d'apporter certains ajustements au guide d'entrevue. Des entrevues individuelles semi-structurées ont ensuite été réalisées à partir du guide d'entrevue, basé en partie sur le discours des infirmières. Plus spécifiquement, le guide comprend des questions sur les mesures et les dispositifs mis en place pour soutenir les infirmières dans le cadre de leur travail, notamment lors de dilemmes éthiques. Des questions ciblent aussi la structure et les cultures organisationnelles, les protocoles des soins de fin de vie, les obstacles à l'éthique ainsi que les unités à risque au plan éthique. Les critères de participation aux entrevues étaient la disponibilité et le volontariat et les entrevues ont duré en moyenne une heure.

En somme, vingt et un gestionnaires ont été rencontrés, soit quinze femmes et six hommes. Ces gestionnaires occupent les fonctions suivantes : deux chefs d'unité en soins critiques, cinq directions des soins infirmiers, quatre directions adjointes en soins infirmiers, un cogestionnaire en soins critiques, quatre directions des services professionnels, trois chefs des soins intensifs, une conseillère en pratique des soins infirmiers et un intensiviste. Les propos des participants ont été retranscrits et les transcriptions leur ont été remises aux fins de validation. Les données ont par la suite été analysées à l'aide du logiciel NVivo et la triangulation de ces premiers résultats a été effectuée avec le logiciel Alceste.

Résultats et discussion

Le cadre analytique présenté nous a permis de poser un regard critique sur les cultures organisationnelles des milieux de travail sous étude, et ce, telles qu'elles émergent des propos des participants. Pour ce faire, nous avons procédé à une analyse en deux étapes.

Dans un premier temps, c'est par le biais d'un regard d'ensemble que nous avons précisé la conception qu'ont les gestionnaires de l'éthique, et de la place qui lui est accordée au sein de leurs organisations. Dans un deuxième temps, une étude plus approfondie nous a permis d'identifier les pratiques et les dispositifs qui sont institutionnalisés en soutien à l'éthique au sein des diverses organisations. Les mesures identifiées ont été analysées à la lumière de la trilogie proposée par Goodpaster (2009), soit des trois phases dites contribuer à la création d'un milieu de travail éthique.

L'orientation

L'éthique : un concept aux contours flous

La première phase du processus exige tout d'abord de préciser l'orientation de l'organisation. Pour ce faire, il faut identifier la mission, la vision et les valeurs dites signifiantes. A cet égard, la consultation de documents organisationnels nous a permis de confirmer que chaque établissement a précisé sa mission, sa vision et ses valeurs. On retrouve toutefois très peu de mentions de ces éléments dans le discours des participants.

En ce qui a trait à la conception commune de l'éthique, nous remarquons qu'il semble y avoir, chez les gestionnaires, une confusion entre ce concept et le concept de déontologie. De plus, on observe beaucoup d'hésitations lorsque l'on demande aux gestionnaires d'expliquer ce qu'est l'éthique. Quant aux finalités poursuivies par cette dernière, elles semblent très peu comprises. Ces quelques extraits démontrent ce point et correspondent aux propos de l'ensemble des gestionnaires rencontrés.

L'éthique, c'est difficile pour moi à définir de façon tangible, c'est souvent en lien avec ce qui est n'est pas exprimé, c'est beaucoup avec l'émotion également. J'ai de la difficulté à départir les mots (Cogestionnaire soins critiques).

La déontologie, à mon avis, c'est l'aspect professionnel, le côté professionnel d'une décision, les normes professionnelles d'une décision, tandis que l'éthique, c'est beaucoup plus global. Donc, l'éthique c'est l'aspect déontologique, religieux, juridique (Directeur des services professionnels).

Des repères organisationnels confus à l'égard des soins de fin de vie

Les pratiques professionnelles des soignants mettent en évidence que les situations de fin de vie qui ont occasionné des dilemmes éthiques ont représenté des zones à risque compte tenu de l'absence de repères. Les gestionnaires ont corroboré ce constat en indiquant que les milieux hospitaliers ont de la difficulté à s'entendre sur ce qui constitue une fin de vie, que cette définition varie selon les unités, et qu'il existe une importante confusion entre protocole de fin de vie et protocole de soin. Il ressort de cette observation une absence de repères communs susceptibles d'orienter, de façon cohérente et uniforme, la pratique professionnelle des personnels médicaux.

Des sensibilités variables

Puisqu'il est essentiel, dans la phase de l'orientation, de se situer par rapport à la direction souhaitée et de constater les écarts à combler, il est intéressant de souligner que les gestionnaires sont très conscients des différences de sensibilité entre médecins et infirmières. Ils expliquent cet écart en mentionnant que l'infirmière est quotidiennement au chevet des patients et donc, que le lien est là bien présent. En revanche, la plupart des médecins sont dans une réalité qui ne permet pas toujours d'avoir ce lien privilégié.

(...) les médecins ne... comprennent pas bien souvent pourquoi les infirmières sont si bouleversées. Ils... ils ont leurs propres préoccupations (Cogestionnaire en soins infirmiers).

Il a été possible de constater que lorsque des pratiques nouvelles sont instaurées et mettent le médecin plus en contact avec le patient, la sensibilité s'ouvre. Les collaborations interprofessionnelles jouent aussi un rôle important à l'égard de l'éveil de la sensibilité éthique. C'est ce qu'a affirmé une gestionnaire à l'effet d'intégrer l'équipe soignante dans toutes les étapes du processus de fin de vie. Cette dernière a perçu une ouverture plus grande de la sensibilité face à la mort lors de prélèvement de dons d'organes :

Habituellement, on utilise les critères de la mort cérébrale, mais maintenant on utilise ceux de la mort cardio-circulatoire. Une fois le consentement obtenu par la famille, on emmène le patient et la famille dans une pièce qui donne directement sur une salle d'opération prête pour l'intervention et le prélèvement des organes. On attend que le patient décède, et son décès doit survenir dans un certain laps de temps. La famille est présente,

le médecin aussi puisqu'à la seconde où le cœur du patient cesse de battre, il faut attendre cinq minutes, et le médecin doit être présent pendant toute la période d'attente. La famille quitte les lieux, laissant le médecin seul aux côtés du patient cinq minutes, le médecin fait le prélèvement. Cette nouvelle façon de faire a suscité bien des discussions parmi l'équipe soignante. Une fois cette expérience vécue, les médecins ne pouvaient se contenir. Ils racontaient comment ils s'étaient sentis lorsqu'ils étaient auprès du patient lorsqu'il décède, d'être présents, ils parlaient sans cesse. C'était comme s'ils étaient les seules personnes à avoir vécu une telle expérience, mais les infirmières y font face au quotidien (Co-gestionnaire en soins infirmiers).

Bien que de telles expériences fassent en sorte de mieux conscientiser les personnels soignants, cette situation demeure isolée comparativement aux autres milieux de la santé analysés.

L'institutionnalisation

La phase de l'institutionnalisation cible la mise en place de pratiques et de dispositifs qui appuient et qui renforcent la mission, la vision et les valeurs de l'organisation au quotidien. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, les comités d'éthique constituent une forme de dispositif fréquemment instaurée en soutien à l'éthique.

Les comités d'éthique clinique :
une présence effacée

Au Québec, il existe deux grandes catégories de comités d'éthique au sein du Réseau : les comités d'éthique de la recherche (CÉR), et les comités d'éthiques cliniques (CÉC). Ces comités ont des rôles distincts bien que certains comités, dits comités d'éthique à vocation mixte, puissent cumuler à la fois les fonctions d'un CÉR et celles d'un CÉC. La grande majorité des comités d'éthiques sont rattachés au Conseil d'administration, certains à la direction générale, et une minorité relève de la direction des services professionnels.

Compte tenu des mandats respectifs de chacun des comités, nous avons retenu, dans le cadre de notre analyse, les comités d'éthique clinique (CÉC) puisque leur rôle correspond au soutien attendu lorsque des professionnels de la santé vivent des dilemmes éthiques. Trois fonctions sont attribuées à ces comités : 1) la consultation éthique qui consiste en l'analyse de cas cliniques en cours posant des problèmes éthiques, suivis d'une recommandation ou d'un avis

ponctuel; 2) l'élaboration de lignes directrices ou de recommandations quant aux normes devant être appliquées pour des problèmes éthiques globaux ou particuliers éprouvés dans l'hôpital et 3) la sensibilisation du milieu à l'éthique, à travers de l'information et de la formation. (Rapport Parizeau, 1999, p. 9). Ce comité consultatif a aussi le rôle de soutenir divers acteurs, en particulier les équipes soignantes, dans les établissements de santé. Dans le Répertoire des comités d'éthiques de la santé et des services sociaux du Québec (2012), on ajoute que les CÉC soutiennent les intervenants aux prises avec des dilemmes ou des problèmes de nature éthique; ce qui implique l'examen approfondi de situations délicates en vue de formuler un avis ponctuel ou des propositions visant la résolution de ces situations.

Dans une étude effectuée auprès des infirmières (Langlois et coll., 2009), il avait été possible de constater que ces dernières se retrouvaient seules face à leur dilemme éthique et n'interpellaient jamais les CÉC pour les aider à le résoudre. La plupart demeuraient des dilemmes éthiques non résolus. En discutant de cette situation avec les gestionnaires et chefs d'unités concernés, certains n'ont pas été surpris de cette non-utilisation, car selon eux, les comités d'éthique clinique dans leur forme actuelle ne conviennent pas aux personnels soignants aux prises avec des dilemmes éthiques. Actuellement, le fonctionnement même de ces comités est ainsi remis en question dans les organisations. Pour expliquer cette absence de sollicitation du CÉC, les gestionnaires font mention de la lenteur à répondre aux problématiques éthiques – entre deux à trois mois – et soulèvent le fait que ces comités ne sont pas assez actifs ou visibles au sein de la culture organisationnelle. Un glissement à l'égard des fonctions attribuées au départ à ces CÉC est aussi dit perceptible et peu de gestionnaires agissent pour remédier à la situation. D'autres gestionnaires, particulièrement les directions des services professionnels et les directions adjointes en soins infirmiers, n'en sont toutefois pas conscients et affirment que les infirmières consultent les CÉC ou savent qu'elles peuvent consulter les CÉC.

Les CÉC : une structure fantôme

Ainsi l'opacité des comités d'éthiques cliniques est relevée par l'ensemble des gestionnaires rencontrés. Très peu savent ce qui est traité dans les CÉC. Certains avancent que cela est peut-être dû au caractère confidentiel des sujets, mais tous reconnaissent que les CÉC s'éloignent des fonctions qui leur sont attribuées, soit de mieux sensibiliser le milieu à l'éthique, à travers de l'information et de

la formation. Les gestionnaires demandent très peu d'avis aux CÉC et les demandes spécifiques proviennent du niveau de gestion supérieur à eux ou des médecins. Ces demandes peuvent selon eux cibler le don d'organe, la futilité de traitements ou l'acharnement thérapeutique.

(...) au niveau [de notre établissement], à ma connaissance, l'offre de services en éthique clinique est insuffisante, pas bien publicisée, et je ne suis pas sûr que les gens en place sont en mesure de répondre aux besoins (Directeur des services professionnels).

Pour moi le comité d'éthique n'est pas vivant dans [notre établissement] (Cogestionnaire soins critiques).

Les demandes éthiques aux CÉC proviennent des instances supérieures ; jamais des infirmières (Direction soins infirmiers).

Initiatives de formation, de sensibilisation et de soutien

Alors que le glissement des CÉC à l'égard de leurs fonctions de formation et de sensibilisation à l'éthique est souligné par les gestionnaires, peu d'initiatives semblent avoir été développées pour pallier à ce manque. En effet, seulement deux des cinq milieux consultés offrent des formations sur les risques éthiques de la pratique professionnelle.

Quant aux instances ou mesures ayant pour but de soutenir les infirmières faisant face à un dilemme éthique, seul deux des cinq établissements ont désigné une ressource – un éthicien et un professionnel de la santé formé en bioéthique – disponible sur l'unité et pouvant répondre rapidement aux questionnements :

Pour l'éthique clinique, alors là, on offre... le bureau de l'éthique offre un service clinique à tout clinicien ou tout membre du personnel ou patient ou famille qui aurait une question d'éthique à poser dans leur quotidien, d'offrir des soins aux patients. Alors pour moi, si une infirmière a une préoccupation d'éthique, disons que c'est un patient qui est en fin de vie, et l'équipe médicale ne voit pas qu'il y aurait autre traitement à offrir à ce patient, et la famille, au contraire, croit qu'un tel traitement, qu'elles ont vu sur internet, doit être... prodigué ou offert au membre de la famille. Alors là, on vient vraiment se chercher sur le terrain éthique, et souvent, la famille va se... va se confier à l'infirmière et va lui dire bon, écoutez, nous, on n'est pas d'accord avec le médecin, que le médecin arrête les traitements, mais on vous parle à vous l'infirmière. L'infirmière, immédia-

tement, a recours aux services du bureau d'éthique clinique (Direction soins infirmiers).

Toute personne peut consulter. Ce n'est pas nécessaire d'avoir une référence d'un médecin ou d'un spécialiste. C'est le patient, la famille, infirmière, préposée aux bénéficiaires, tout membre de la communauté à l'intérieur de l'hôpital a la liberté de consulter le comité d'éthique clinique (Direction soins infirmiers).

Lieux de discussion et espaces de réflexion

Un scénario similaire est observé en ce qui a trait aux lieux de discussion. En effet, les gestionnaires œuvrant dans les milieux ayant désigné une ressource en soutien aux questionnements éthiques mentionnent, de manière informelle, l'existence de lieux de discussion sur les dilemmes et les enjeux éthiques. Selon ces derniers, les problématiques éthiques sont habituellement apportées par les équipes interprofessionnelles qui, ce faisant, tentent de mieux les objectiver. Quelques gestionnaires évoquent également l'importance des séances de débriefing. Malheureusement, aucune instance de cette nature ne semble exister à l'heure actuelle au sein des organisations étudiées.

La préservation

Alors que la phase d'institutionnalisation a pour but de mettre en place des pratiques et des dispositifs permettant l'opérationnalisation de l'éthique en milieu de travail, la phase de préservation cible ceux qui assureront sa pérennité.

Les dispositifs actuellement en place ayant déjà été évoqués au point deux, qu'en est-il du regard réflexif critique permettant le développement et l'amélioration continue ? Sur ce point, il est intéressant de noter une sensibilisation inégale, parmi les gestionnaires, quant aux pratiques et aux dispositifs en place. Un exemple prédominant concerne le rôle réel des CÉC. Tel qu'évoqué précédemment, alors que certains gestionnaires sont conscients de la sous-utilisation des comités, d'autres ne le sont pas et affirment que les infirmières consultent ou savent qu'elles peuvent consulter ces derniers.

De même, il ressort des propos recueillis une confusion reconnue quant aux repères guidant l'action : incertitude à l'égard de la définition de l'éthique et de sa distinction par rapport à la déontologie, absence d'une définition commune de la fin de vie et d'un protocole de soins de fin de vie. Néanmoins,

aucune mesure correctrice n'a été invoquée. Plutôt, face à l'incertitude en ce qui concerne les soins à dispenser, les équipes semblent fonctionner à partir de normes implicites. À titre d'exemple, un milieu dispose de six intensivistes au sein d'une unité en soins critiques ; d'après les gestionnaires, la manière d'accompagner le patient en soins de fin de vie sera teintée de la conception qu'a l'intensiviste d'un accompagnement en soins de fin de vie. D'autres gestionnaires abordent le fait qu'il y a parfois des unités qui disposent d'équipes habituées à partager les problématiques ou dilemmes éthiques en soins de fin de vie. Lorsque cela se concrétise, ces équipes semblent trouver du sens en prenant appui sur l'expérience des uns et des autres. Cette absence de mesure correctrice formelle nous incite à mettre en évidence un élément apparaissant comme transversal aux trois phases de Goodpaster (2009) : la motivation.

La motivation

Tel que souligné précédemment, la motivation semble d'une importance capitale aux trois phases proposées par Goodpaster. C'est plus spécifiquement des convictions des gestionnaires, exprimées dans l'action, que dépend leur volonté de mettre en place les dispositifs et les pratiques nécessaires au soutien de l'éthique, de renforcer et de propager les valeurs signifiantes, et de rechercher une congruence entre ces valeurs et celles de l'environnement interne et externe de l'organisation. Or, force est de reconnaître que la sensibilité qu'éprouvent les gestionnaires à l'égard des dilemmes éthiques vécus par les infirmières ne tend pas toujours à se traduire en des gestes concrets. À l'évidence, bien que plusieurs lacunes aient été relevées quant aux dispositifs et aux pratiques en soutien à l'éthique, seuls les gestionnaires en provenance de deux des cinq milieux étudiés ont évoqué la mise en place de mesures correctives susceptibles de palier aux manquements observés. De même, les valeurs de l'organisation, bien qu'identifiées de manière formelle par cette dernière par le biais de documents institutionnels, ne semblent pas mises en évidence dans les propos de ces derniers.

Les trois phases identifiées par Goodpaster sont fondamentales dans la création d'un milieu de travail éthique. Un élément additionnel identifié par l'auteur vient toutefois préparer, soutenir et consolider l'agenda moral de l'organisation, soit les structures de soutien à l'éducation. C'est ainsi qu'en milieu de travail, la mise en place de programmes de formation portant sur l'éthique et destinés aux gestionnaires, aux leaders actuels, ainsi qu'aux leaders

futurs de l'organisation est d'une importance déterminante. La formation peut prendre des formes diverses, selon les besoins de l'organisation et de son personnel, dont le coaching, le mentorat ainsi que l'organisation d'ateliers permettant les échanges et la mise en pratique. De même, la création de postes de conseillers en éthique offre aux membres de l'organisation un soutien quotidien indéniable lorsque confrontés à des dilemmes éthiques, et ce, tout en favorisant une sensibilisation et un apprentissage continus. La mise en place d'instances favorisant le partage et la discussion encourage pour sa part le développement et l'expression de la sensibilité éthique des membres de l'organisation. Enfin, alors les instances composant les structures de soutien à l'éducation exigent un investissement en terme de ressources diverses, c'est le facteur temps qui constitue l'investissement premier requis par la création d'un milieu de travail éthique. En effet, la prise de temps nécessaire à la réflexion et à la résolution de dilemmes éthiques, de même que la légitimation de cette dernière, est centrale afin de développer, au sein de l'organisation, une véritable culture en soutien à l'éthique.

Conclusion

Dans plusieurs milieux, les modes de gestion traditionnels ont graduellement cédé la place à d'importantes transformations sur les plans institutionnel et organisationnel. Entre 1987 et 2007, le Réseau québécois de la santé et des services sociaux a notamment entrepris plusieurs réformes, guidées par les principes fondateurs de la nouvelle gestion publique. Malgré les nombreux bienfaits pouvant être associés aux nouveaux modes de gestion mis en place, il convient de s'interroger, de façon générale, sur les conséquences de ces derniers pour les employés et, de façon spécifique, sur leurs répercussions sur la sensibilité éthique des infirmières œuvrant en contexte de soins de vie.

Des travaux antérieurs ont mis en exergue un lien important entre la culture organisationnelle et la sensibilité éthique (Langlois et coll. 2009). Plus précisément, la culture organisationnelle – qui peut varier de par sa nature régulatoire – semble influencer la conduite éthique des dirigeants, ainsi que l'expression même de la sensibilité éthique en milieu de travail. C'est à la lumière de ces informations que le cadre analytique proposé par Goodpaster (2009) nous a permis de poser un regard critique sur la culture organisationnelle de cinq centres universitaires hospitaliers québécois. Quatre phases contribuant à la

création d'un milieu de travail « conscient » ont été identifiées : l'orientation, l'institutionnalisation, la préservation et, élément dont le rôle semble transversal aux trois phases, la motivation. L'analyse des propos des dirigeants en ce qui a trait aux dispositifs et aux pratiques en place en soutien à l'éthique, en lien avec les dilemmes éthiques vécus par les infirmières œuvrant en contexte de soins de fin de vie, a permis de mettre en évidence les principaux éléments qui empêchent l'instauration d'une véritable culture éthique. Ces résultats nous incitent à formuler quatre recommandations :

1. **Un programme de formation ciblé tant pour les gestionnaires que pour les personnels soignants (qui soutiennent l'éthique au travail) :** ce programme devrait s'articuler autour de deux objectifs principaux. D'une part, il devrait cibler le développement d'un langage commun et d'une compréhension partagée, notamment en ce qui concerne les concepts que sont l'éthique et les dilemmes éthiques. D'autre part, il devrait avoir pour but de faire connaître et de favoriser l'appropriation des valeurs signifiantes de l'organisation, par ses membres. Pour ce faire, des activités participatives de mise en pratique – telles que les mises en situation et la résolution d'études de cas – sont à privilégier. Ce n'est qu'en démontrant l'utilité concrète des valeurs au quotidien que ces dernières pourront progressivement en venir à prendre vie au sein de l'organisation. Cette recommandation rejoint principalement la phase de l'orientation bien que le fait de clarifier l'orientation de l'organisation en ce qui a trait à l'éthique, ainsi que les divers concepts mobilisés, devrait contribuer à offrir une base solide à la phase transversale qu'est la motivation.
2. **La clarification des repères organisationnels à l'égard des soins de fin de vie :** force est de constater que la confusion qui persiste à l'égard de certains repères se traduit en d'importantes zones à risque sur le plan de l'éthique. Par conséquent, il est suggéré d'identifier et d'enrayer les sources d'incertitude, et ce, afin de réduire les facteurs pouvant engendrer une souffrance éthique en milieu de travail. Cette recommandation cible la phase de l'orientation, mais vise aussi à éviter les tensions pouvant nuire aux efforts organisationnels visant le développement d'une véritable culture d'éthique.
3. **Des mécanismes en soutien à l'éthique :** l'orientation de l'organisation en ce qui a trait à l'éthique ayant été précisée, des mécanismes de soutien doivent être mis en place afin de la soutenir et de lui donner vie au quotidien. Sur le plan collectif, les mécanismes privilégiés devraient avoir pour but de permettre, voire d'encourager, le partage d'information, la discussion et la résolution conjointe de problèmes, ainsi que le partage quant aux « pratiques gagnantes » et aux sources potentielles de dilemmes éthiques. Sur le plan individuel, il sera important d'intégrer des mécanismes qui viseront à légitimer ces pratiques, de même que la réflexion et la délibération. Ces recommandations viennent appuyer les phases d'institutionnalisation et de préservation, en plus de légitimer la place accordée à l'éthique, un facteur essentiel à la phase de motivation.
4. **Des dispositifs de vigie :** l'éthique étant une co-construction, il est enfin fondamental d'instaurer des dispositifs permettant aux membres de l'organisation d'ajuster, d'améliorer et même de remettre en question les pratiques et les mécanismes déployés en soutien à l'éthique. Un comité d'éthique – non pas clinique, mais organisationnel – pourrait jouer un tel rôle. Ce dernier devra alors veiller à rester à l'écoute des personnels soignants, de leurs préoccupations ainsi que des difficultés vécues en milieu de travail. Cette recommandation est centrale à la phase de la préservation et devrait avoir pour but de soutenir la motivation des personnels soignants et des gestionnaires en réaffirmant l'intérêt de l'organisation pour l'éthique.

Bibliographie

1. Alvesson M. Understanding organizational culture. London : Sage, 2002.
2. Boisvert Y, Jutras M, Legault GA, Marchildon A. Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique. Montréal : Liber, 2003.
3. Caza A, Barker BA, Cameron KS. Ethics and ethos: The buffering and amplifying effects of ethical behavior and virtuousness 2004;52:169-178.
4. Chalmers DJ. The conscious mind. New York : Oxford University Press, 1996.
5. Clegg SR. Organization and control. Administration Science Quarterly 1981;26:545-562.
6. Goodpaster KE. Conscience and corporate culture. Malden : Blackwell, 2009.
7. Grant M, Lévesque B. Aperçu des principales transformations des rapports du travail dans les entreprises : le cas québécois, Cahiers du CRISES 1997 ; n° ET9702, 58 pages.
8. Langlois L, Dupuis RH, Marcoux H, Truchon M, Fillion L. Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs, dans Le travail en crise, vol 11, n° 2. Revue d'Éthique Publique, Liber, janvier 2010.
9. Langlois L, Lapointe C. Can ethics be learned? Journal of Educational Administration 2009 ; 48 : 147-163.
10. Langlois L, Dupuis R, Truchon M, Marcoux H, Fillion L. Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs. Éthique publique 2010;11:20-30.

11. Malo FB, Grenier JN. La nouvelle gestion publique et la transformation du Réseau québécois de la santé et des services sociaux entre 1987 et 2007. Quels impacts pour les diverses parties prenantes? », dans GRENIER J.-N., HEBDON R.B. et ROSE J.B. (dir.), *Les relations industrielles hier, aujourd'hui et demain – Yesterday, Today and Tomorrow in Industrial Relations, Sélection des textes des XLIII^e et XLIV^e Congrès de l'Association canadienne des relations industrielles – Selected Papers from the XLIIIrd & XLIVth Annual CIRA Conferences, Concord, Captus University Publications, 2009, pp. 110-135.*
12. Martin J. *Organizational culture: Mapping the terrain.* Thousand Oaks: Sage, 2002.
13. Martin J, Frost PJ, O'Neil OA. *Organizational culture: Beyond struggles for intellectual dominance.* Research Paper N° 1864. Research Paper Series, Stanford Graduate School of Business, 2004.
14. Mills AJ. *Organizational acculturation and gender discrimination.* Athabasca: Athabasca University Press, 1988.
15. Morgan G. *Images of organization.* Sage publications, 1985.
16. O'Fallon MJ, Butterfield KD. A Review of The empirical ethical decision-making literature: 1996-2003. *J Bus Ethics* 2005;59:375-413.
17. Ouchi W, Theory Z. *How American business can meet the challenge.* Reading: Addison Wesley, 1981.
18. Patenaude J. L'éthique et la formation médicale. Où en sommes-nous? Où allons-nous? *Pédagogie médicale* 2000, vol. 1, no. 1, pp. 23-30.
19. Postel N, Rousseau S, Sobel R. La « responsabilité sociale et environnementale des entreprises: une reconfiguration potentielle du rapport salarial fordiste? ». *Economie appliquée* 2006; 49: 77-104.
20. Rainey H. Assessing past and current personnel reforms, dans Peters B., Savoie D. *Taking stock: Assessing public sector reforms (1998).* Montreal: McGill-Queens University, pp. 187-220.
21. Répertoire des comités d'éthiques de la santé et des services sociaux du Québec (2012).
22. Reynold PD. *A primer in theory construction.* Boston: Allyn and Bacon, 2006.
23. Schein EH. *Organizational culture and leadership.* San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
24. Schein EH. *Organizational culture and leadership.* San Francisco: Jossey-Bass, San Francisco, 2004.
25. Smircich L. Concepts of cultures and organizational analysis. *Adm Sci Q* 1983;28:339-358.
26. Van Sandt CV, Shepard JM, Zappe SM. An examination of the relationship between ethical work climate and moral awareness. Miles MP, Munilla LS, Covin JG. *J Bus Ethics*;2006,68:409-432.
27. Weaver GR, Treviño LK. Corporate ethics programs as control systems: Influences of executive commitment and environmental factors. *Acad Manage J*, 1999; 42: 41-57.
28. Yetmar SA, Eastman KK. Tax practitioners' ethical sensitivity: A model and empirical examination. *J Bus Ethics* 2000;26:271-288.