

AVIS ET RÉFLEXION ÉTHIQUE

LA MALTRAITANCE ET LA BIENTRAITANCE ORGANISATIONNELLE

PAR LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE

DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉTHIQUE, DE LA PERFORMANCE ET DU PARTENARIAT (DQEP)

2024-03-18

Production

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Rédaction

Comité d'éthique clinique et organisationnelle

Révision

Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ISBN 978-2-550-97140-5 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DE LA SITUATION	1
PÉRIMÈTRE DE LA DEMANDE ET MANDAT.....	2
PROCESSUS.....	2
STRUCTURE DE L'AVIS ET INTRODUCTION.....	2
ENCADREMENT NORMATIF	3
PERSPECTIVE DE L'USAGER (INCLUANT LES PROCHES)	3
PERSPECTIVE DU SOIGNANT	4
PERSPECTIVE DU GESTIONNAIRE	7
PERSPECTIVE DE L'ÉTABLISSEMENT	8
PERSPECTIVE GLOBALE.....	8
VALEURS ET TENSIONS ÉTHIQUES.....	9
PERSPECTIVE DE L'ÉTABLISSEMENT : RÉFLEXION SUR LE BIEN-ÊTRE	9
PERSPECTIVE DU GESTIONNAIRE ET DU SOIGNANT : RÉFLEXION SUR L'INTÉGRITÉ	10
Figure 1. Cercle vicieux de la maltraitance.....	11
PERSPECTIVE DE L'USAGER ET SES PROCHES : RÉFLEXIONS SUR LA DIGNITÉ ET LA VULNÉRABILITÉ	11
<i>Dignité et humanisme</i>	11
<i>Vulnérabilité et protection</i>	12
PERSPECTIVE GLOBALE.....	13
Figure 2.....	13
RÉFLEXION ÉTHIQUE ET PISTES DE SOLUTION	14
L'ÉPINEUSE QUESTION DE LA RESPONSABILITÉ.....	14
<i>Responsabilité partagée</i>	14
L'ALLOCATION DES RESSOURCES	15
<i>Co-construire des décisions raisonnables et responsables en allocation des ressources</i>	15
Figure 3.....	16
1. Bien-fondé	16
2. Transparence	17
3. Réceptivité	17
4. Révision	17
5. Autonomisation	18
ENVIRONNEMENT CAPACITANT	18
Figure 4. Cercle vertueux de la bientraitance	18

<i>Leadership éthique et compassionnel</i>	19
CONCLUSION	21
ANNEXE 1	23
DÉFINITIONS DES CONCEPTS LIÉS À LA MALTRAITANCE	25
<i>Âgisme</i>	25
<i>Bien traitement</i>	25
<i>Maltraitance</i>	25
<i>Maltraitance individuelle</i>	26
<i>Maltraitance organisationnelle</i>	26
<i>Négligence</i>	26
<i>Négligence organisationnelle</i>	27
<i>Omission volontaire</i>	27
<i>Violence organisationnelle</i>	27
AUTRES CONCEPTS	28
<i>Compassion</i>	28
<i>Devoir de non-abandon</i>	28
<i>Dignité</i>	28
<i>Efficience allocative</i>	28
<i>Éthique</i>	29
<i>Injonctions paradoxales</i>	29
<i>Valeurs</i>	29
<i>Vulnérabilité</i>	30
ANNEXE 2	31
ALLOCATION DES RESSOURCES EN CONTEXTE DE RARETÉ DES RESSOURCES HUMAINES	33

RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Le comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO) a reçu la demande d'un avis sur la notion de maltraitance organisationnelle, en particulier dans le contexte de rareté de main-d'œuvre. Au sein d'une organisation comme le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, il y a des attentes de maintenir une offre de service à 100 % pour les usagers. Or, il arrive que des éléments hors de notre contrôle fragilisent notre offre de service (ex. : défi de main d'œuvre, événements météorologiques limitant les déplacements, etc.). Face à cette situation, un questionnement subsiste quant à la notion de maltraitance, de la responsabilité individuelle des professionnels et de notre responsabilité organisationnelle.

Plus précisément, les attentes exprimées en lien avec le présent avis sont :

- *Obtenir un avis qui vient préciser les notions de **maltraitance organisationnelle** vs **maltraitance individuelle** vs **négligence** vs **omission volontaire** dans une situation où c'est l'absence de ressources (main-d'œuvre) qui vient dicter les soins à offrir dans un milieu et que certains choix peuvent être faits par les équipes cliniques ;*
- *Obtenir un avis sur la notion de **responsabilité** (qui est responsable dans un contexte de manque de ressource ?) ;*
- *Obtenir un avis sur la manière de sélectionner les soins afin d'éviter d'être en situation de maltraitance.*

Le CÉCO tient à préciser que la notion de responsabilité est aussi légale et a suggéré une demande aux services juridiques à cet effet.

Le soutien éthique proposé est davantage au niveau de la clarification des concepts et de la recherche de pistes pour prendre des décisions de sélection de soins en contexte de rareté des ressources. Des suggestions seront aussi proposées pour assurer un leadership éthique et compassionnel qui pourrait faciliter la stabilisation et la rétention du personnel. Lors de discussions variées avec des équipes, avec la coordonnatrice régionale en matière de lutte contre la maltraitance et avec le comité tactique de vigie contre la maltraitance, nous constatons un nombre élevé « d'accusations » ou de recours à la notion de maltraitance lors de désaccords sur les soins, d'une perception différente du mieux-être ou de la sécurité d'un usager et lors de questionnements sur des dynamiques relationnelles de type « *qui maltraite qui ?* ». Nous considérons que cette tendance n'est pas constructive et doit être remplacée par la recherche de solutions et actions « bien traitantes », s'éloignant de la culture du bouc émissaire et faisant la promotion de nos valeurs organisationnelles.

PÉRIMÈTRE DE LA DEMANDE ET MANDAT

Processus

L'élaboration de ce document est basée sur les étapes suivantes :

- Discussion avec les demandeurs ;
- Échange avec l'équipe expérience usager et exploration de la qualité perçue ;
- Lectures de documents de référence et rédaction de l'avis par la conseillère cadre en éthique clinique et organisationnelle ;
- Focus group avec certains membres du CÉCO et bonification de l'avis ;
- Relecture par CPQS, avec l'autorisation des demandeurs, et par la directrice adjointe à la qualité et sécurité des soins et services ainsi que la directrice DQEPP ;
- Présentation aux demandeurs et discussion.

Structure de l'avis et Introduction

Le présent avis sera divisé en **perspectives selon les parties prenantes** en lien avec la problématique de maltraitance organisationnelle. Dans une première partie, nous considérerons les **normativités** du point de vue des diverses parties prenantes. Ensuite, nous proposerons une mise en regard des valeurs et tensions éthiques pour aboutir à une proposition de pistes de solution.

Enfin, pour faciliter la lecture de l'avis, nous allons définir les concepts centraux demandés par les requérants (maltraitance, négligence, omission volontaire...) et les concepts liés à l'éthique dans **l'annexe 1**.

Compte tenu de l'ampleur du sujet, il s'agit d'une proposition de matériel permettant **d'amorcer une réflexion et un dialogue éthiques** sur le sujet. Peu de littérature existe concernant la maltraitance organisationnelle, ce qui en fait un sujet fort actuel sur lequel la réflexion devra se poursuivre. Cet avis pourra donc être itératif ou modifié au besoin.

La visée de l'avis, au-delà de la réponse à la demande de l'organisation, est de semer des idées pour favoriser la culture d'éthique préventive et guider la réflexion et la prise de décision. Le souhait ici est la poursuite des efforts de collaboration pour faire émerger une culture intégrée de la bienveillance et de la bien-traitement et faire progresser l'éthique organisationnelle.

ENCADREMENT NORMATIF

Cette section a pour but de développer une compréhension nuancée et contextualisée de la situation en tenant compte des normes applicables. Tel que mentionné dans notre cadre de référence en éthique clinique et organisationnelle, « *une action est à la fois motivée par des valeurs et régie par un ensemble de normes (par exemple : loi, règlement, code d'éthique, politique ou norme de gestion, norme morale ou mœurs). Dans certaines situations, l'application de ces normes est incertaine ou des normes se retrouvent carrément en conflit entre elles ou avec des valeurs. Alors, la simple application des normes ne suffit pas à orienter les décisions et les actions cliniques et/ou organisationnelles* ». La démarche éthique vise à analyser « l'esprit de la norme » et les valeurs et principes qui peuvent guider l'action qui est sous-jacente à la norme, en pondérant avec les valeurs organisationnelles et autres valeurs présentes dans l'ensemble de la situation. L'éthique ne vise pas à prescrire ou proscrire des actions, mais bien à faciliter l'identification d'une finalité à poursuivre qui aurait du sens pour tous les acteurs.

Note : l'organisation s'est engagée à faire aussi une demande aux services juridiques de l'établissement pour obtenir un avis légal. Ainsi, cette section ne se substitue pas à l'avis légal, mais s'avère un complément dans le contexte de l'analyse éthique.

Perspective de l'utilisateur (incluant les proches)

L'utilisateur, peu importe son niveau d'aptitude et d'autonomie fonctionnelle, est détenteur de droits.

Les **droits à la vie, à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté** de sa personne sont affirmés par la Charte des droits et libertés de la personne, au Québec.

Le Code civil du Québec prévoit que toute personne est inviolable et a **droit à son intégrité, au respect et à la dignité**.

Mais, qu'est-ce que **l'intégrité** ? On peut utiliser le terme pour décrire « *quelqu'un qui est à la hauteur de ses propres normes* »¹. L'intégrité de l'utilisateur est aussi ce côté « *entier, qui a toutes ses parties. État de ce qui est sain, intact, qui n'a subi aucune altération, aucune atteinte* »². Cette intégrité s'applique à la personne, tant à son corps qu'à sa psyché.

Et la **dignité** ? Celle-ci réfère à la grandeur et au droit au respect de toute personne, en raison de son humanité. Le concept de dignité nous permet donc d'espérer être traités avec humanisme même si l'on a

¹ Korsgaard, C. *The sources of normativity*, 1996, 8

² <https://www.cnrtl.fr/definition/int%C3%A9grit%C3%A9> / <https://www.cnrtl.fr/definition/int%C3%A9grit%C3%A9> / Présentation de Beausoleil, A. École d'été IDÉA, 2022, diapositives 49-50

perdu notre intégrité, même si l'on ne répond plus à nos propres normes ou aux normes sociales capacitistes³.

L'utilisateur a **droit à des services** « adéquats sur les plans scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire »⁴. Par ailleurs, **ce droit** de recevoir des services **n'est pas illimité**. Le soin ou service doit être indiqué, approprié. « ... le patient ne peut exiger des soins que le médecin ne considère pas comme étant médicalement nécessaires ou qu'il juge futiles »⁵. La LSSSS appuie aussi sur le caractère limité de ce droit (et celui de choisir le professionnel et l'établissement) en nommant que ces droits « s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose »⁶.

Le droit d'être informé : notre code d'éthique stipule que « l'utilisateur ou son représentant est pleinement informé de sa situation, de son état de santé, **ainsi que des soins et services qui sont disponibles** »⁷. Ainsi, il nous est permis de postuler que l'utilisateur est aussi en droit d'être informé du manque de ressources et des soins et services qui seront modulés.

Notre cadre de référence pour une culture de soins et de services centrés sur l'utilisateur, ses proches et la population nous invite à solliciter la participation des utilisateurs pour « *cocréer avec eux des réponses à leurs besoins, adaptées à leur réalité propre* »⁸.

En réciprocité, l'utilisateur et ses proches ont aussi un **devoir de collaboration et de contribution positive** à leur propre expérience de soins et services et à celle des autres⁹, dans la mesure de leurs capacités.

Ces normes invitent donc au dialogue avec l'utilisateur et ses proches, en situation de rareté, afin de convenir d'un plan d'action acceptable, tenant compte de la réalité des circonstances.

Perspective du soignant

Dans le présent avis, on parle particulièrement des responsabilités des infirmières et des préposés, ce qui n'exclut pas les autres intervenants œuvrant au CIUSSS de l'Estrie — CHUS. Appelons-les *soignants*. Le soignant a des responsabilités éthiques consignées dans le code d'éthique et incarnées dans la mise en œuvre des valeurs organisationnelles. Pour les membres d'un Ordre professionnel se surajoutent les responsabilités déontologiques consignées dans le code de déontologie de sa profession.

³ Pageau, F. *La dignité humaine, un rempart à la démentophobie*. La Presse + Édition du 9 juin 2022, section débats, écran 8

⁴ LSSSS article 5

⁵ CMQ et Barreau du Québec (2018), *Le médecin et le consentement aux soins*, p. 8

⁶ LSSSS, article 13

⁷ CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2021) Code d'éthique, p. 9, appuyé par la LSSSS, article 4.

⁸ CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2017) Cadre de référence pour une culture de soins et de services centrés sur l'utilisateur, ses proches et la population, p. 1

⁹ CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2021) Code d'éthique, p. 13

Extraits du code d'éthique ayant un lien avec la présente situation :

- Nous nous engageons à :
 - Être disponible pour l'utilisateur (1.1) ;
 - Ne tolérer aucune forme de violence, d'abus, de négligence, d'exploitation, d'intimidation ou de discrimination envers l'utilisateur (1.1) ;
 - Encourager le maintien de l'autonomie de l'utilisateur, dans le respect de ses limites et en lui portant assistance, au besoin (1.2) ;
 - Favoriser la réflexion éthique lorsqu'une décision doit être prise dans une situation complexe (1.3) ;
 - Offrir des soins et services de qualité qui répondent aux besoins spécifiques de l'utilisateur et, dans la mesure du possible, qui respectent ses préférences et ses habitudes (1.3).

Extraits du code de déontologie des infirmières ayant un lien avec la présente situation :

- L'infirmière ou l'infirmier doit prendre les moyens nécessaires pour assurer le respect de la dignité, de la liberté et de l'intégrité du client. (article 3.1)
- L'infirmière ou l'infirmier doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité. (article 10)
- L'infirmière ou l'infirmier doit exercer sa profession selon les normes de pratique et les principes scientifiques généralement reconnus. (article 18)
- L'infirmière ou l'infirmier doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle. Il doit notamment exercer sa profession avec objectivité et faire abstraction de toute intervention d'un tiers qui pourrait influencer sur l'exécution de ses obligations professionnelles au préjudice du client. (article 21)
- Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière ou l'infirmier doit faire preuve de disponibilité et de diligence raisonnables. (article 25)
- L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas faire preuve de violence physique, verbale ou psychologique envers le client. (article 37)
- L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas faire preuve de négligence dans les soins et traitements prodigués au client ou au sujet de recherche (article 44). Notamment, l'infirmière ou l'infirmier doit :
 - 1° procéder à l'évaluation requise par son état de santé ;
 - 2° intervenir promptement auprès du client lorsque son état de santé l'exige ;
 - 3° assurer la surveillance clinique et le suivi requis par son état de santé ;
 - 4° prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et traitements.

En plus des **responsabilités éthiques et déontologiques**, les soignants sont régis par des directives, politiques, procédures, plans/règles de soins et algorithmes décisionnels, qui leur dictent le meilleur agir au niveau des soins et services dispensés. Plus directement en lien avec la maltraitance, les soignants sont tenus de se conformer à la Loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, ainsi qu'aux politiques et procédures en découlant. La loi prévoit des situations de signalement obligatoire, notamment pour les personnes inaptes ou hébergées. Les soignants sont aussi passibles de sanctions s'il y a manquement à l'obligation de signaler une situation de maltraitance ou commission d'un acte de maltraitance envers un usager¹⁰. Reste que le jugement professionnel des soignants en situation doit prédominer et leur devoir est d'exercer une **sagesse pratique** pour prendre la décision qui leur semble la plus judicieuse en regard de la particularité des circonstances.

Réciproquement, les soignants ont aussi des **droits** qui viennent avec ces responsabilités. Leurs conditions de travail sont régies par une convention collective et ils ont droit à un environnement de travail sain sur le plan physique et psychique¹¹. Le soignant est aussi protégé contre les représailles ou menaces de représailles s'il signale de la maltraitance ou évoque qu'il a l'intention de signaler¹².

Or, le soignant peut se retrouver en **injonction paradoxale** de par la difficulté inhérente à la conciliation entre certaines obligations. Si l'on prend le code de déontologie des infirmières, il peut être difficile de répondre aux exigences d'« *intervenir promptement* », de « *faire preuve de disponibilité et de diligence* » tout en « *assurant le respect et la dignité* » et la bientraitance de tous ses usagers, par exemple si l'on imagine qu'il doit prendre soin du double du nombre d'usagers qui lui sont normalement assignés, en situation de manque de main-d'œuvre. Pour un préposé ou un autre soignant n'ayant pas de code de déontologie, qui est régi par le code d'éthique, il peut s'avérer difficile de concilier ou prioriser entre « *offrir des soins et services de qualité qui répondent aux besoins spécifiques de l'usager* » surtout si ces besoins sont très pressants en termes de temps, et « *ne tolérer aucune forme de négligence* » si l'on pense aux autres usagers qui se privent de sa présence pendant qu'il « *répond aux besoins spécifiques* » du premier. Dans une situation d'injonction paradoxale, des réactions normales sont la frustration (rébellion), la démotivation, le stress ou la fuite¹³. En vivant ces émotions et réactions, il est donc encore plus difficile de faire des choix. Dans la demande énoncée au comité d'éthique, on souhaite distinguer la maltraitance ou la négligence de l'« omission volontaire ». Dans les concepts de maltraitance et de négligence, les gestes ou omissions peuvent être involontaires, non intentionnels. Un exemple serait un proche ayant une déficience intellectuelle qui négligerait, non intentionnellement, les besoins de son

¹⁰ Loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité Article 21

¹¹ Loi sur la santé et sécurité au travail, article 9

¹² Loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité Article 22.2

¹³ Despinoy, A. (2019) Les effets d'une injonction paradoxale sur la relation. Paperjam.lu [en ligne] et Roseline L. (2016) Ces injonctions paradoxales qui parasitent notre travail. rhquiousveutdubien.com [en ligne]

parent âgé (possiblement, par exemple, à cause d'un pauvre niveau de littératie en santé ou un déficit de planification des soins). Nous serions dans une situation de potentielle maltraitance, malgré que non intentionnelle. Dans l'omission volontaire, on y insère la notion de *volonté*, de libre arbitre de l'acteur. La nuance est importante sur le plan de l'éthique, au niveau des raisons d'agir et de la légitimité du choix fait. Ainsi, un soignant peut *choisir* de ne pas faire une action, mais dans quel but, au nom de quelle motivation ou valeur ? Dans le but de volontairement ignorer un usager qui le « dérange » ? Ou dans le but de prioriser une action plus prioritaire relevant de sa responsabilité ? Le bien-fondé du choix et le raisonnement éthique en situation sont ici centraux. Une omission volontaire pourrait être motivée, et ce, de façon légitime ou pas. Elle peut aussi se justifier par une impossibilité à choisir entre deux injonctions, impossibilité qui paralyse le soignant.

Perspective du gestionnaire

Selon la philosophie de gestion du CIUSSS de l'Estrie – CHUS : *L'utilisateur est considéré comme un partenaire de ses soins et services, il contribue aussi avec la communauté et les équipes à définir l'offre de soins et services :*

- *Les équipes collaborent pour innover et pour améliorer au quotidien les soins et services.*
- *Les gestionnaires accompagnent les équipes et font preuve d'un leadership transformationnel.*
- *La direction soutient les gestionnaires et les rassemble autour d'une vision commune orientée vers l'amélioration des trajectoires.*

Nous retenons de cette philosophie (une forme de normativité administrative) que les gestionnaires doivent collaborer avec les usagers et les équipes pour améliorer au quotidien les soins et services et améliorer les trajectoires.

Les gestionnaires, tout comme les soignants, sont tenus de se conformer à la Loi visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, ainsi qu'aux politiques et procédures en découlant, dans lesquels leurs rôles et responsabilités sont définis.

On pourrait croire qu'aucun gestionnaire ne choisit cette profession pour uniquement gérer des horaires, des situations de crises et des plans de contingence ou de modulation des services. Ils sont en poste pour améliorer, faciliter, être proche des usagers et des équipes, pour lever des obstacles à la mission du CIUSSS. C'est ce qui donne un sens à leur travail, qui leur assure leur propre intégrité professionnelle. Or, si le personnel est insuffisant, comment faire pour bien faire ? Les gestionnaires sont appelés à innover et gérer le changement afin d'offrir des services adéquats *malgré* la pénurie de personnel et en tenant compte de cette réalité. Or, dans un milieu normé par les conventions collectives, les ordres

professionnels, les algorithmes de soins, etc., on peut imaginer qu'il est plus difficile d'innover. La créativité, *une capacité et une faculté d'invention, d'imagination*, exige un *pouvoir créateur*¹⁴ et ce pouvoir créateur peut à la fois être étouffé par les normes et, paradoxalement, en générer de nouvelles.

Perspective de l'établissement

La mission du CIUSSS de l'Estrie — CHUS est calquée sur celle du réseau de la santé et des services sociaux. Elle est de **maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être** des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. De plus, les trois premiers articles de la LSSSS nous renseignent sur la visée du réseau qui va au-delà de la simple réduction de la mortalité et de la morbidité, mais réfèrent au « bien-être », à « l'adaptation », à « l'épanouissement » et à « l'intégration sociale » des personnes.

Le CIUSSS est un milieu de soins et services, mais aussi un milieu de travail où œuvrent des milliers de soignants, de gestionnaires et de personnes en soutien. En ce sens, l'établissement a la responsabilité d'offrir à ses travailleurs *« des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique et psychique »*, tel que mentionné plus haut¹⁵.

Il se retrouve donc, comme employeur, aussi en potentielle injonction paradoxale lorsqu'il est en pénurie de personnel. Comment peut-il à la fois répondre à sa mission sans surcharger son personnel si ce personnel est insuffisant ? C'est le dilemme classique de « ne pas vouloir déshabiller Pierre pour habiller Paul », mais lequel choisir ?

Si on se réfère de nouveau à la notion d'intentionnalité, on retrouve aussi des aspects qui peuvent être non intentionnels dans la négligence organisationnelle. Par exemple, dans le cas de la **capacité organisationnelle réduite**, il serait difficile d'imaginer une organisation ou des dirigeants qui *intentionnellement* réduiraient la capacité organisationnelle, surtout dans un système public où la notion de profitabilité n'est pas une motivation à agir/non-agir.

Perspective globale

Dans le contexte québécois, qui vise à assurer une **accessibilité universelle aux soins et services**, les défis combinés du vieillissement de la population et de l'amélioration exponentielle des connaissances en médecine et en santé et services sociaux offrent un terrain fertile pour faire germer des choix difficiles. Tel que nommé précédemment, la multiplicité des normes (légales, déontologiques, cliniques,

¹⁴ LAROUSSE. [En ligne], [https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cr%C3%A9ativit%C3%A9/20301] (Consulté le 24 octobre 2022)

¹⁵ Loi sur la santé et la sécurité au travail, article 9

syndicales et organisationnelles) et les injonctions paradoxales rendent le contexte difficile pour rester agiles, créatifs et bienveillants avec toutes les parties prenantes.

VALEURS ET TENSIONS ÉTHIQUES

Cette section vise à identifier les dilemmes ou tensions éthiques soulevés par la situation, ainsi que les valeurs qui y sont associées. Nous allons procéder comme dans les sections précédentes, à partir des perspectives diverses, mais cette fois en débutant par l'établissement pour revenir à l'usager. L'objectif étant que le lecteur se recentre sur l'usager en terminant la lecture de l'avis.

Perspective de l'établissement : Réflexion sur le bien-être

On rappelle que la mission de l'établissement étant de **maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être** de la population estrienne, les demandes et les besoins peuvent être infinis. Les citoyens pouvant déclarer que leur santé et leur bien-être ne pourraient pas être améliorés ne seraient-ils pas rares ? En effet, l'Organisation mondiale de la Santé¹⁶ a adopté une définition de la santé très globale, c'est-à-dire « *La santé est un **état de complet bien-être** physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Alors, si l'on peut améliorer à l'infini notre santé et notre bien-être et que notre mission est en ce sens, notre mission est en quelque sorte infinie. Mais les ressources, de leur côté, ne le sont pas : les ressources financières sont limitées, ainsi que les ressources humaines et matérielles.

Il revient donc à l'établissement, mais aussi au gouvernement et au ministère, de définir quelle allocation des ressources (combien de ressources et comment les distribuer) et **quelle justice/équité** dans cette allocation. Une piste est de réfléchir à notre devoir de « *cure vs care* ». Historiquement, notre premier devoir n'est-il pas de « *guérir parfois, soulager souvent, consoler (soigner) toujours* »¹⁷ ? Il est certain que de « *sauver ou prolonger des vies* » est très attrayant pour la médecine et plusieurs professions de la santé et des services sociaux. Mais il demeure que chaque vie a une finitude et que la santé et la longévité ne peuvent être améliorées à l'infini. Qu'en est-il du bien-être ? Peut-on améliorer le bien-être à l'infini ? Laissons la question ouverte pour réflexion. Une réflexion collective sur notre rapport à la santé et notre rapport à notre existence finie dans le temps est plus que nécessaire, de même qu'une réflexion sur notre mode d'organisation sociale en regard du vieillissement de la population.

¹⁶ OMS, (site web) <https://www.who.int/fr/about/frequently-asked-questions>, consulté le 2022-12-15

¹⁷ Paré, Ambroise, chirurgien ayant vécu de 1509 à 1590



Notre code d'éthique souligne qu'une des valeurs organisationnelles est **l'humanisme**. Quel est le lien entre l'humanisme et le **bien-être** ? « *La bienveillance qu'autrui m'accorde m'institue dans mon humanité* »¹⁸. Non pas le traitement, la médication, le soin d'hygiène ou l'équipement, « *la bienveillance* ». Il ne s'agit pas uniquement de la **bienveillance** envers les usagers de nos soins et services, mais il s'agit de l'humanisation des *personnes* qui y vivent et qui y œuvrent. Avec la surcharge de travail, les injonctions paradoxales et le manque de pouvoir d'agir, ce sont aussi les soignants et les gestionnaires qui peuvent se sentir moins humains, moins intègres ou moins dignes. L'organisation a la responsabilité de « *réduire autant que faire se peut, l'inévitable écart entre les valeurs affichées et les valeurs pratiquées* »¹⁹. Ainsi, mettre en place, dans tous nos agirs, une humanisation réciproque est une responsabilité collective. « *Je suis par ce que vous êtes, je suis humanisé par l'autre que j'humanise moi-même* »²⁰. Il s'agit donc de mettre fin au cercle vicieux de déshumanisation qui mène au mal-être organisationnel et ultimement à la maltraitance organisationnelle.

Perspective du gestionnaire et du soignant : Réflexion sur l'intégrité

Depuis quelques années, les mesures d'urgence, les modulations de services et les plans de contingence se succèdent, tant en lien avec le contexte de pandémie à COVID-19 qu'en lien avec la situation de pénurie de personnel.

S'ensuivent potentiellement une détresse éthique et une souffrance morale de par le fait de « connaître les bonnes pratiques », mais travailler dans un contexte qui ne permet pas d'appliquer celles-ci, donc qui ne permet pas d'offrir des soins et services à la hauteur de notre potentiel humain. Les gestionnaires et les soignants placés dans un tel contexte peuvent subir une blessure à leur intégrité professionnelle, qui peut s'avérer source de dissonance morale et éthique.

¹⁸ Khan, Axel. (2019-2020), *L'éthique est une boussole, En chemin vers une vie bonne*, Éditions de l'Aube, p. 11

¹⁹ Malherbe, Jean-François. (2007), « Sujet de vie ou objet de soins ? » Fides 471 pages, p19

²⁰ Khan, Axel. (2019-2020), *L'éthique est une boussole, En chemin vers une vie bonne*. Éditions de l'Aube.

Une telle détresse peut avoir un impact sur l'intégrité du personnel et sur sa santé. Ici, on ne parle pas seulement de leur intégrité comme personne, mais de leur intégrité professionnelle, c'est-à-dire leur sentiment de rester fidèle au rôle et au caractère fondamental de leur profession. Certains peuvent développer des mécanismes de survie « pathologiques » allant de l'indifférence au surinvestissement²¹. Peuvent s'ensuivre des congés de maladie, des comportements contre-productifs²² ou des départs définitifs, menant à une aggravation de la pénurie du personnel, provoquant alors une surcharge et à une potentielle déshumanisation encore plus grande. Et ainsi va le cercle vicieux, producteur potentiel de situations de maltraitance organisationnelle.

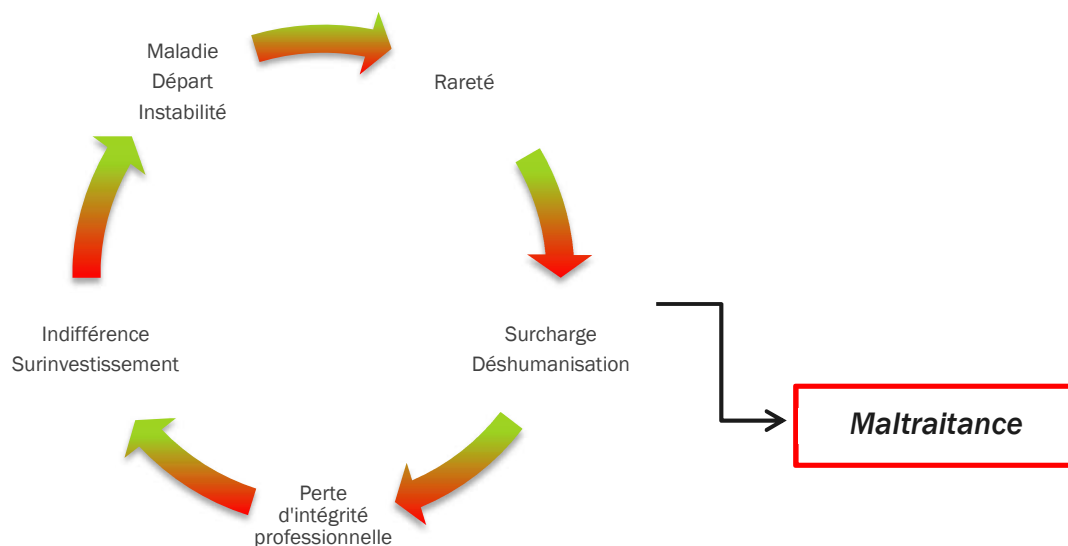


FIGURE 1. CERCLE VICIEUX DE LA MALTRAITANCE

Perspective de l'usager et ses proches : Réflexions sur la dignité et la vulnérabilité

Un des indices de maltraitance organisationnelle est la « réduction de la personne à un numéro ». Or, des soins axés sur le partenariat, avec compassion et humanisme sont des visées de l'organisation²³.

Dignité et humanisme

La valeur de **dignité humaine** nous paraît centrale à la problématique de maltraitance organisationnelle.

²¹ Bégin, Luc. (2022), *Détresse éthique : le rôle professionnel au cœur de la tourmente*. École d'été IDÉA, Université Laval.

²² Centeno, Jennifer L'institutionnalisation transversale de l'éthique en organisation : un must pour éviter la perte de sens et le mal-être au travail. École d'été Université Laval, 2017.

²³ CIUSSS de l'Estrie — CHUS. Code d'éthique (2021) et Cadre de référence pour une culture de soins et de services centrés sur l'usager, ses proches et la population (2017)

Dans le rapport de 2016 du Commissaire à la santé et au bien-être, les citoyens ont mis l'accent sur « l'importance d'être traités avec dignité en faisant appel à un savoir-être en cohérence avec la qualité intrinsèque de chacun, peu importe son autonomie et sa capacité d'agir »²⁴.

Ainsi, les citations suivantes nous paraissent contraires à l'actualisation de la valeur de **dignité** :

« Il faudrait prendre le temps de parler aux résidents. [Le soignant] donne les pilules dans la bouche, le verre d'eau et sort aussitôt sans s'informer de comment elle va. »

« But there is quite the turnover generally, with new faces who know nothing about patients, and who don't seem to care enough to even show interest. »²⁵

Par ailleurs, en dehors de cette période de tourmente, les usagers et leurs proches rapportent en majorité, pour l'une de nos installations²⁶, une satisfaction en lien avec la **compassion** démontrée à leur égard. Plusieurs traduisent ce concept par la « gentillesse », « l'attention », la « politesse » et la « délicatesse »²⁷. Ces formes de compassion et de bienveillance sont de belles façons de contrer la déshumanisation et de traiter les usagers et leurs proches avec **dignité**.

Vulnérabilité et protection

Un autre concept qui s'applique à la situation, de la perspective de l'usager, est celui de la **vulnérabilité**. Il y aurait une double vulnérabilité lorsqu'un usager n'a personne pour défendre ses droits. Celle-ci peut être vécue ou perçue comme une « cascade d'injustices »²⁸, car la personne vit déjà de l'isolement social et, de plus, reçoit potentiellement moins de soins que la personne ayant des proches qui la visitent ou l'accompagnent. Par exemple, une équipe qui prioriserait les soins et services aux personnes, dont les familles sont plus présentes ou estimées plus exigeantes, nous donnerait l'indice que la **crainte des représailles ou de plaintes de la famille** guide la prise de décision éthique des soignants au lieu de certaines valeurs comme la protection du vulnérable ou de certaines normes ou données cliniques. Prenons un exemple en pédiatrie où l'équipe serait à effectifs réduits et ne pourrait donner les soins d'hygiène à tous les enfants. Les enfants les plus vulnérables, dont ceux ayant moins de présence des familles, devraient être prioritaires.

La vulnérabilité étant inhérente à la condition humaine, elle peut nous arriver à tout moment. Nous devons collectivement considérer que nous pouvons être la personne vulnérable de demain. Ainsi la

²⁴ Commissaire à la santé et au bien-être (2016) *Rapport d'appréciation thématique de la performance du système de santé et de services sociaux, un état des lieux*. Valeurs éthiques fondamentales et principes essentiels pour les citoyens, p. 95

²⁵ Forage du portrait intégré de l'expérience usager (2022) pour une installation du CIUSSS de l'Estrie — CHUS

²⁶ Forage du portrait intégré de l'expérience usager (2022) pour une installation du CIUSSS de l'Estrie — CHUS

²⁷ Portrait intégré de l'expérience usager (2022), rapport interne utilisé avec l'autorisation de Jean-Guillaume Marquis, chef de service à l'expérience usager.

²⁸ Plan d'action gouvernemental, 2022-2027, page 72

protection du plus vulnérable nous paraît fondamentale en milieu de soins et services, peu importe l'installation et la mission.

Perspective globale

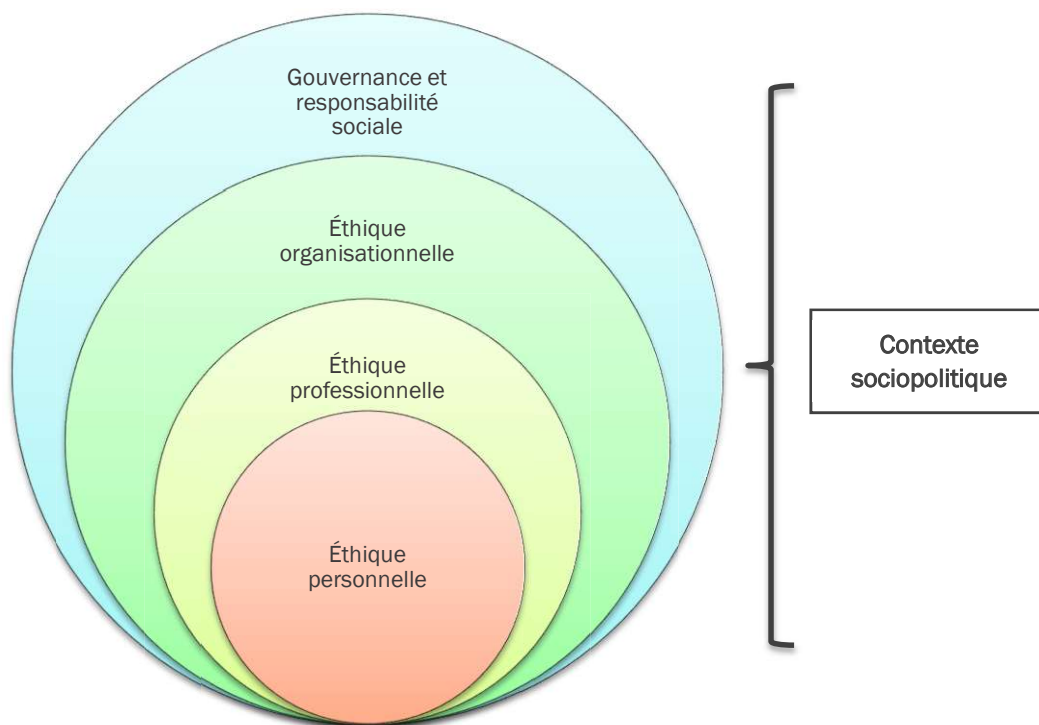


FIGURE 2

La figure ci-dessus illustre que toutes les parties prenantes sont imbriquées et font partie d'un contexte qui les dépasse. L'éthique de la personne et son éthique professionnelle sont en interaction constante et ne sont pas perméables à l'éthique de l'organisation dans laquelle la personne soignante évolue. De même, l'organisation baigne dans un contexte social et politique sur lequel elle peut avoir une certaine influence, mais peu de pouvoir. Par exemple, les contraintes économiques, les choix d'une société néolibérale, le nombre d'étudiants admis et gradués, etc. ne sont pas des choix organisationnels, mais politiques ou sociétaux.

RÉFLEXION ÉTHIQUE ET PISTES DE SOLUTION

L'épineuse question de la responsabilité

Dans le contexte de rareté des ressources, les gestionnaires sont tenus de concilier au mieux l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et services et faire des révisions de la quantité et répartition des soins et services disponibles (modulation, contingence). Or, **comment réduire les soins et services sans tomber dans la maltraitance organisationnelle ?** Et si, par malheur, la perception de maltraitance organisationnelle était avérée, en lien avec une pénurie de ressources ou autre contexte, à qui incombe la responsabilité²⁹? Considérant que la maltraitance, par définition, peut être non intentionnelle, nous avançons que de l'éviter est une responsabilité partagée, de même que son contraire, c'est-à-dire de promouvoir la bientraitance.

Responsabilité partagée

Les actions requises en ce qui concerne la responsabilité de bientraitance/prévention de la maltraitance organisationnelle sont multiples et appartiennent à toutes les parties prenantes. On parle ici **d'éthique de la responsabilité**. Cette éthique appelle à la réflexion sur et autour des responsabilités, sur le partage de ces responsabilités et surtout *l'articulation de ce partage*. Les valeurs de transparence et de solidarité y sont intimement liées. Ainsi, la bientraitance organisationnelle est une responsabilité partagée par l'établissement, les gestionnaires, les intervenants, mais aussi les usagers et leurs proches.

Cette éthique de la responsabilité se décline :

- **Au niveau individuel** : comment l'utilisateur doit s'autodéterminer/s'autoresponsabiliser et comment chacun des intervenants et chacun des proches doit soutenir cette autonomie et accepter les décisions que l'utilisateur prendra et les préférences qu'il émettra (incluant l'acceptation de certains risques pour lui-même) ?
- **Au niveau collectif** : comment définir jusqu'où vont les responsabilités des équipes de soins et de ses partenaires d'offrir des soins adaptés à la condition et à l'expression de l'autonomie et de la dignité des usagers ? Comment s'articule cette responsabilité avec les proches ? En effet, il est parfois impossible ou irréaliste de répondre à tous les besoins de certains usagers (ex. : un bain par jour, accompagnement 24 h/24 à domicile, soutien psychosocial ou stimulation aux activités physiques à vie) et nous devons faire une réflexion collective sur la place des proches et de la communauté à l'égard de la réponse aux besoins et désirs des usagers. Passer d'une culture de

²⁹ Noter que la notion de responsabilité est aussi juridique. Un avis légal à cet effet sera complémentaire.

sécurité à une culture d'acceptation de certains risques semble une avenue prometteuse pour intégrer les proches et partenaires.

- **Au niveau organisationnel :** comment notre établissement doit-il et peut-il répondre à ses diverses responsabilités envers les usagers, le personnel et la population ? Quelle est sa marge de manœuvre pour attirer, retenir et mobiliser le personnel, les bénévoles et les partenaires des communautés pour que les usagers se sentent respectés et en sécurité ? Peut-on imaginer un assouplissement de certaines normes ou la création de mécanismes porteurs pour améliorer le sentiment d'appartenance et l'engagement dans nos milieux ?
- **Au niveau politique et sociétal :** comment notre gouvernement et notre société peuvent-ils et vont-ils répondre au vieillissement de la population et aux besoins qui s'ensuivent en santé et service sociaux pour trouver un équilibre entre les services requis à domicile et ceux requis en installation du réseau ? Entre les soins requis au niveau du « care » et les traitements requis au niveau du « cure » ?

Ainsi, « *la bientraitance est la responsabilité partagée des institutions, de l'entourage, des personnes aidées et des personnes proches aidantes* »³⁰. Exercer cette responsabilité partagée exige donc un effort de dialogue et de collaboration. Pour renforcer une culture juste et une éthique préventive, le partage des responsabilités et des pistes d'amélioration exige de s'éloigner d'une éthique défensive et d'une culture du blâme.

L'allocation des ressources

Co-construire des décisions raisonnables et responsables en allocation des ressources

L'établissement, les gestionnaires et les soignants ont le devoir de choisir ce que l'on offre à qui et au nom de quoi, afin de bien faire ce qu'on choisit de faire, à la fois de façon humaine et efficiente. Nous proposerons, dans la section suivante, une démarche qui vise à guider la prise de décisions d'allocation des ressources pour servir au mieux la population dans son ensemble lorsque les ressources sont insuffisantes pour répondre adéquatement aux besoins de chaque usager. Nous considérons ici que la pénurie de ressources n'est pas un choix pour les gestionnaires, mais un fait avec lequel ils doivent composer. Le rationnement et la distribution de ces ressources rares sont, eux, des choix³¹, souvent plus collectifs qu'individuels (responsabilité partagée).

Il revient alors à l'équipe et son gestionnaire de déterminer la capacité des ressources disponibles, à prioriser les soins et services en fonction de cette capacité et déterminer ensemble la durée probable de

³⁰ <https://procheaidance.quebec/recherche-maltraitance-proche-aidant/>, consulté le 2022-12-09

³¹ Doucet, Hubert (2021) *Pénurie de main-d'œuvre SSS : une maladie chronique. Comment faire pour bien faire ?* Présentation dans le cadre de la semaine nationale de l'éthique.

cette priorisation. Un « seuil à ne pas dépasser » doit aussi être défini, seuil à partir duquel les plus hautes instances de l'organisation doivent être avisées d'un risque réel de ne plus pouvoir assurer le minimum requis au niveau des soins et services requis pour le respect des droits des usagers (dignité, intégrité... voir la section plus haute sur la *perspective des usagers* en page 3).

Comment faire pour bien faire ces choix ?

Une solution potentielle est une co-élaboration de critères de sélection des soins avec des membres de l'équipe de gestion, de l'équipe soignante et avec la participation du comité des usagers, d'usagers collaborateurs et de personnes proches aidantes. Le processus suggéré est le même que pour les décisions au niveau organisationnel³² et comporte 5 étapes séquentielles telles que représentées sur la figure ci-dessous :



FIGURE 3

1. BIEN-FONDÉ

Afin de rendre cette suggestion concrète, voici des exemples de critères et valeurs/principes qui pourraient être choisis par les participants lors d'une démarche de priorisation et appropriation des critères d'analyse choisis par l'organisation, dans l'outil en annexe 2. Ces critères, principes et valeurs pourraient être précisés et adaptés à la réalité de chacune des directions, trajectoires ou RLS, à titre d'exemples :

- **Impact de la modulation et valeur de respect de la dignité** : sélectionner les soins en fonction de préserver d'abord la dignité de la personne, peu importe le stade de vie et les capacités. Le minimum requis pour la dignité des usagers doit être défini avec les soignants et le comité des usagers (ex : manger, boire, dormir, être propre et entendu dans ses besoins...).
- **Impact de la modulation et principe de non-malfaisance** : éviter un soin ou service qui pourrait causer du tort ou un préjudice à l'utilisateur (ex. : un traitement disproportionné en regard du pronostic) et maintenir les soins préventifs requis pour éviter les maux et les détériorations évitables.

³² CIUSSS de l'Estrie – CHUS, CÉCO (2022) Guide de réflexion pour soutenir la prise de décision, Allocation des ressources en contexte de rareté des ressources humaines

- **Vulnérabilité et valeur d'équité** : à pronostic/pertinence égale, sélectionner les soins et services requis par les personnes les plus vulnérables *en ce moment*.
- **Optimisation et utilisation judicieuse des ressources** : utiliser le plein potentiel des titres d'emplois en place et user de créativité et de souplesse dans les moyens et mécanismes pour doter et stabiliser les postes afin de desservir les besoins des usagers et populations.

2. TRANSPARENCE

Quant aux critères prioritaires et solutions envisagées, il est fondamental de communiquer à toutes les parties prenantes les critères choisis, leur bien-fondé et les échéanciers pour leur application. Ceci devrait être fait dans un mode de gestion collaborative, en conformité avec la philosophie de gestion. L'actualisation de la valeur de transparence est un rempart contre les **impasses d'agir et la souffrance morale**. Parfois, l'acteur n'est pas le décideur. Une certaine impuissance peut être ressentie ainsi qu'une perte de sens. Il est impératif, à ce moment, que les acteurs comprennent les raisons d'agir des décideurs (bien-fondé) et que les solutions soient communiquées clairement et promptement pour le court terme, moyen terme et le long terme.

3. RÉCEPTIVITÉ

Une fois les étapes de bien-fondé et de transparence réalisées, il s'agit de mettre en action les décisions en fonction des critères retenus et de valider l'acceptabilité et la réceptivité sur le terrain.

Une manière de faire est d'utiliser des **questions de validation**³³ avec les parties prenantes (soignants, usagers-collaborateurs et proches aidants, par exemple) :

1. Avons-nous permis aux usagers de conserver leur dignité et leur intégrité ?
2. Si nous étions à la place de la personne la plus vulnérable dans la situation, est-ce que cette décision nous semblerait acceptable ?
3. Avons-nous choisi cette solution pour notre propre bénéfice ou pour celui des usagers/de la population estrienne ?

4. RÉVISION

À cette étape, il s'agit de déterminer des critères permettant de prévoir le moment propice à une révision (ex. : fluctuation à la hausse ou à la baisse des ressources humaines disponibles, nouveaux usagers ou groupes de population en situation de vulnérabilité).

³³ Legault, Georges, *Professionnalisme et délibération éthique* Presses de l'Université du Québec, 1999 et Perreault, Line, *outil de validation éthique* du CISSSS de la Montérégie Centre

5. AUTONOMISATION

Finalement, il s'agit de rendre les équipes autonomes pour l'application des critères choisis en fonction de la réalité des quarts de travail.

Environnement capacitant

En plus de ce qui a été mentionné plus haut pour les décisions d'allocations de ressources, les soignants doivent avoir une tribune pour *mettre des mots sur des maux*, poser des questions ouvertement et ainsi mieux comprendre le contexte de leur vécu professionnel et pouvoir s'exprimer sur celui-ci. L'espace de dialogue permet la pratique d'un jugement autonome et responsable en situation, qui alimente l'intégrité et la dignité des personnes. Afin que les acteurs puissent réellement actualiser les pistes d'action sur le terrain, ils doivent avoir un certain POUVOIR DE DIRE et un POUVOIR D'AGIR. Ceci peut avoir un impact sur le **sens** au travail. « Un environnement de travail qui respecte les valeurs humaines, la justice et la dignité humaine renforce le sens » qu'on y donne, tant dans le sentiment d'utilité et de rectitude morale³⁴.

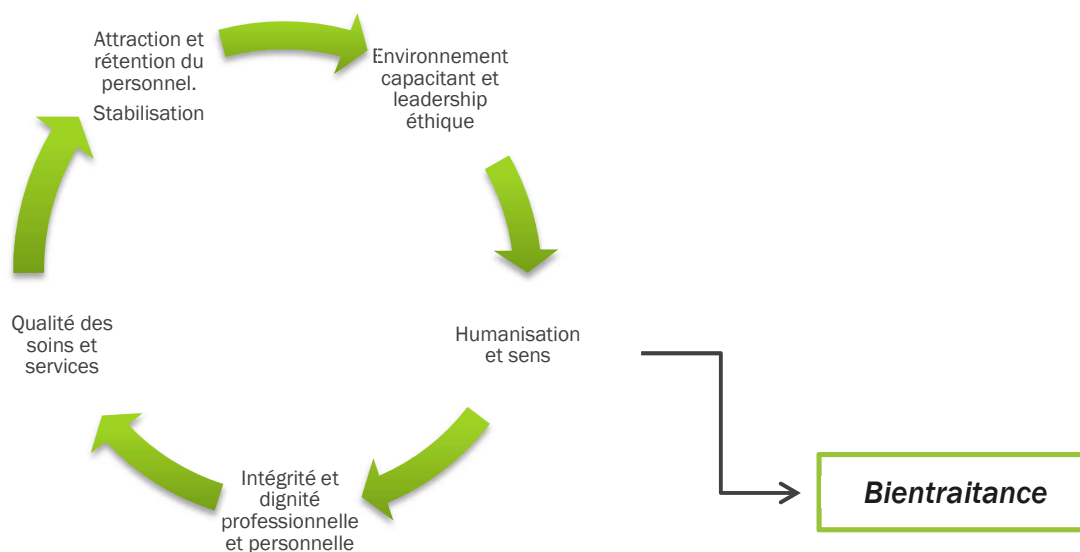


FIGURE 4. CERCLE VERTUEUX DE LA BIEN-TRAITEMENT

³⁴ Morin, E (2016) Donner un sens au travail.

Leadership éthique et compassionnel

L'environnement capacitant³⁵ doit être soutenu par un leader éthique. Exercer un leadership éthique³⁶ consiste à créer un lieu de travail permettant l'exercice d'une liberté responsable avec des actions comme les suivantes :

1. Favoriser la réflexivité :

- Faciliter le développement d'espaces réflexifs et non seulement la conformité (à une norme, un protocole, une pratique coutumière). Permettre aux personnes de participer aux décisions et reconnaître leur habileté et leur compétence réflexive, quel que soit leur statut dans l'organisation.
- S'engager à comprendre les problèmes et chercher des solutions pour aider à surmonter les défis.
- Donner droit à l'erreur et apprendre des erreurs (éviter la culture du blâme ou du bouc émissaire), mais demeurer juste si l'erreur se répète ou s'avère inacceptable ou éthiquement intolérable.

2. Gestion humanisante des ressources humaines :

- Être humanisant avec les employés, les connaître et agir en proximité : un employé déshumanisé (ex. : nommé ou traité comme un « équivalent temps complet » ou un « temps partiel occasionnel » ou un « contractuel ») éprouvera de la difficulté à être humanisant avec les usagers ou les gestionnaires.
- Mettre l'accent sur les relations, l'écoute attentive, l'empathie et le soutien.

3. Évoluer et développer ses compétences :

- Valoriser le jugement, l'autonomie et la responsabilité.
- Récompenser et reconnaître les comportements qui sont conformes aux valeurs organisationnelles :
 - Ex. : souligner des comportements humains, engagés et adaptatifs exemplaires, et non pas seulement les comportements favorisant la performance ou la conformité.

³⁵ Giasson, Guylaine. (2020) *La place du leadership éthique au sein des nouvelles approches de gestion. Étude comparative entre le lean hospital et le magnet hospital*. Thèse.

³⁶ Langlois, Lyse. *Le leadership éthique, un mode de gouvernance responsabilisant*. Tiré de Cinq Questions d'éthique organisationnelle sous la direction de Luc Bégin. Nota Bene, 2014, p. 165 et Langlois, Lyse, *L'éthique invisible ou la souffrance éthique au travail : comment l'accueillir pour mieux agir*. École d'été Université Laval, 2017

- Ex. : évaluer la performance selon des critères liés aux valeurs de l'organisation et non seulement selon des indicateurs (prestations de soins, durée des soins, etc.).
- Permettre aux personnes de développer leur compétence et leur savoir. Permettre d'évoluer et d'apprendre. Organiser des formations et ateliers sur la bientraitance et sur la compassion dans les soins et services, percolant dans toutes les relations avec les parties prenantes. La valeur organisationnelle d'humanisme nous paraît la valeur prioritaire en situation de crise, car l'engagement et l'adaptabilité sont difficiles, voire impossibles à actualiser lorsqu'une personne se sent lésée dans son intégrité et sa dignité *d'être humain*. Ainsi, l'humanisation des relations et la compassion avec les usagers et leurs proches, entre pairs et entre gestionnaires et employés sont fondamentales à prioriser en tout temps.

Les styles de leadership éthique et compassionnel sont démontrés comme étant des approches porteuses de sens et de résultats pour diminuer les maladies au travail, favoriser l'engagement, la productivité et l'empathie des intervenants. Ultiment, les soins sont de meilleure qualité et le niveau de satisfaction des usagers est supérieur^{37 38}.

³⁷ Bailey, S. West M. (2022) *Un leadership compassionnel pour des soins de haute qualité*. Risques et qualité, Volume XIX, no 2

³⁸ Trzeciak, S. et al (2017) *Compassionomics : hypothesis and experimental approach* (en ligne)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28915973/>

CONCLUSION

Collectivement, nous avons un devoir de bientraitance envers les personnes vivant avec des besoins au niveau de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, il y a un travail à faire, en collaboration avec la société, sur la justice distributive et l'efficacité allocative³⁹ des ressources. Et que dire de la gestion des attentes ? Les attentes de tous (la population, les médias, les employés/syndicats, les ordres professionnels, les comités et organismes de défense de droits) en regard de la capacité de livrer **selon nos idéaux** sont-elles réalistes ?

Tel qu'exposé dans le présent avis, la bientraitance organisationnelle est une responsabilité partagée qui demande souplesse, créativité, et humanisme. Des choix d'allocation de ressources doivent être faits en toute transparence, avec une justice procédurale transversale à l'organisation et la collaboration de toutes les parties prenantes. Ces choix impliquent nécessairement des renoncements et des deuils. De plus, la valeur d'engagement du CIUSSS de l'Estrie – CHUS devra être une valeur phare pour les équipes, leurs gestionnaires, les comités d'usagers ainsi que les proches et la population.

Nous sommes tous invités à agir ensemble et nous donner les moyens collectivement pour mettre en œuvre notre vision de la bientraitance.

Le CÉCO demeure disponible pour poursuivre la réflexion et l'accompagnement en ce sens, afin de construire ensemble la sagesse pratique nécessaire à relever les défis d'aujourd'hui et ceux de demain.

Rédigé par *Nathalie Tremblay*, conseillère cadre en éthique clinique et organisationnelle

Révision et bonification du contenu par certains **membres du CÉCO** :

Anne-Marie Boire-Lavigne, médecin en CHSLD et membre du CMDP au Comité d'éthique clinique et organisationnelle

Adélaïde Doussau, conseillère en éthique clinique et organisationnelle, APPR, membre d'office du CÉCO

Perrine Granger, médecin, pathologiste et professeure agrégée, membre du CMDP et présidente du Comité d'éthique clinique et organisationnelle

Céline Jodar, coordonnatrice, développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche, membre du CII et vice-présidente du Comité d'éthique clinique et organisationnelle

³⁹ Définie à l'annexe 1

Relecteurs externes au CÉCO :

Sophie Brisson, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Geneviève Pinard, Directrice adjointe à la qualité et à la sécurité des soins et services

Joanne Roberts, Directrice de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat

ANNEXE 1

LEXIQUE ET DÉFINITIONS

Définitions des concepts liés à la maltraitance

Âgisme

L'âgisme est défini comme la « *discrimination en raison de l'âge, par des attitudes hostiles ou négatives, des gestes préjudiciables ou de l'exclusion sociale* ». Il s'agit d'un défi délicat de distinguer si une exclusion ou un choix de ne pas offrir une option de traitement relève de la discrimination en fonction de l'âge ou d'un choix en fonction du pronostic et d'un calcul rationnel des risques vs bénéfices d'une intervention devant un « *fait biologique inéluctable, le vieillissement* ». « *On peut en effet lutter contre l'âgisme tout en considérant qu'entre des personnes d'âges éloignés des différences de développement corporel, de capacité, de maturité ou de discernement justifient l'institutionnalisation de distinctions d'âge dans des domaines de la vie sociale où les distinctions de genre et de race seraient en revanche jugées illégitimes.* »⁴⁰ Par ailleurs, la réduction de l'accessibilité à un soin, traitement ou service **bénéfique**, en fonction de l'appartenance à un groupe d'âge, peut relever de l'âgisme.

Bientraitance

« *La bientraitance est une approche valorisant le respect de toute personne, ses besoins, ses demandes et ses choix, y compris ses refus. Elle s'exprime par des attentions et des **attitudes**, un savoir-être et un savoir-faire collaboratif, respectueux des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie et des droits et libertés des personnes. Elle s'exerce par des individus, des organisations ou des collectivités qui, par leurs actions, placent le bien-être des personnes au cœur de leurs préoccupations. Elle se construit par des **interactions** et une recherche continue d'adaptation à l'autre et à son environnement.* »
« *La bientraitance est avant tout une approche positive. Elle n'est **ni le contraire ni l'absence de maltraitance.*** »⁴¹

Maltraitance

« *Il y a maltraitance quand une attitude, une parole, un geste ou un défaut d'action appropriée, singulier ou répétitif, se produit dans une relation avec une personne, une collectivité ou une organisation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause, **intentionnellement ou non**, du tort ou de la détresse chez une personne adulte.* »⁴²

⁴⁰ Rennes, J. (2020) *Conceptualiser l'âgisme à partir du sexisme et du racisme*. Revue française de science politique, vol 70, pages 725-745

⁴¹ Plan d'action gouvernemental, p. 26

⁴² Reconnaître et Agir ensemble : Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, 2022-2027, p. 6 (ci-après, Plan d'action gouvernemental)

Maltraitance individuelle

En complément de la définition ci-dessus, une maltraitance est dite individuelle lorsqu'elle se produit dans une relation avec une personne en particulier, et non pas une collectivité (par opposition à collective ou organisationnelle). L'auteur présumé de la maltraitance est un individu ou petit groupe identifiable.

Maltraitance organisationnelle

« Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les pratiques ou les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types aux personnes [...]. »⁴³

Notamment, *« concevoir que des soins de santé et des services sociaux préventifs ne sont plus "nécessaires" une fois qu'une personne a atteint un certain âge en arguant un ratio entre les coûts et bénéfiques tend vers l'adoption de procédures menant à de la **maltraitance organisationnelle** ».*⁴⁴

Ici, l'auteur présumé de la maltraitance est la « personne morale », l'organisation.

Selon le plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance, celle-ci se situe à deux niveaux : la violence et la négligence⁴⁵.

Négligence

La négligence est définie ainsi : *« rejet, isolement social, indifférence, désintéressement, insensibilité, etc. »*⁴⁶. Elle peut aussi se décliner en négligence sexuelle, négligence matérielle ou financière et, même dans l'âgisme, où il y a une notion de négligence lorsqu'il y a *« indifférence à l'égard des pratiques ou des propos âgistes lorsque l'on en est témoin »*⁴⁷.

Une autre notion pertinente dans le cadre de cet avis est la notion de négligence dans l'atteinte aux droits et libertés individuels et sociaux. Ainsi, la *« non-information ou mésinformation sur ses droits, ne pas porter assistance dans l'exercice de ses droits, non-reconnaissance de ses capacités, **refus d'offrir des soins ou des services, lorsque justifiés**, etc. »*⁴⁸ est aussi de la négligence. La négligence signifie un déficit de souci de la personne âgée ou de l'adulte vulnérable, *« notamment par une absence d'action appropriée afin de répondre à ses besoins »*.

⁴³ Plan d'action gouvernemental, p. 11

⁴⁴ Ibid., p. 8

⁴⁵ Ibid., p. 11

⁴⁶ Ibid., p. 9 et 10

⁴⁷ Ibid., p. 11

⁴⁸ Ibid., p. 12

Négligence organisationnelle

« Offre de soins ou de services inadaptée aux besoins des personnes, directive absente ou mal comprise de la part du personnel, **capacité organisationnelle réduite**, procédure administrative complexe, formation inadéquate du personnel, personnel non mobilisé, etc. »⁴⁹

Omission volontaire

Dans la demande énoncée au comité d'éthique, on souhaite distinguer la maltraitance ou la négligence de l'« omission volontaire ». Dans les concepts de maltraitance et de négligence, les gestes ou omissions peuvent être involontaires, non intentionnels. Un exemple serait un proche ayant une déficience intellectuelle qui négligerait, non intentionnellement, les besoins de son parent âgé (possiblement, par exemple, à cause d'un pauvre niveau de littératie en santé ou un déficit de planification des soins). Nous serions dans une situation de potentielle maltraitance, malgré que non intentionnelle. Dans l'omission volontaire, on y insère la notion de *volonté*, de libre arbitre de l'acteur. La nuance est importante sur le plan de l'éthique, au niveau des raisons d'agir et de la légitimité du choix fait.

Violence organisationnelle

« Conditions ou pratiques organisationnelles qui excluent les personnes âgées [ou adulte vulnérable] des prises de décisions qui les concernent, qui entraînent le non-respect de leurs choix ou qui limitent de façon injustifiée l'accès à des programmes d'aide, etc. »

Indices : Réduction de la personne à un numéro, prestation de soins ou de services selon des horaires plus ou moins rigides, attente induite avant que la personne reçoive un soin ou un service, détérioration de l'état de santé physique — psychologique — social, etc.

Si l'on se réfère de nouveau à la notion d'intentionnalité, on retrouve aussi des aspects qui peuvent être non intentionnels dans la négligence organisationnelle. Par exemple, dans le cas de la **capacité organisationnelle réduite**, il serait difficile d'imaginer une organisation ou des dirigeants qui *intentionnellement* réduiraient la capacité organisationnelle, surtout dans un système public où la notion de rentabilité n'est pas en question. Dès qu'on change de contexte, l'analyse pourrait changer : par exemple, dans une résidence privée, on pourrait réduire intentionnellement les services pour réduire les coûts et augmenter les profits. Or, dans les deux cas, on se retrouve dans une situation de négligence organisationnelle, mais l'analyse du contexte éthique et moral place les deux organisations à des niveaux différents d'intentionnalité en ce qui a trait aux préjudices causés aux résidents.

⁴⁹ Ibid., p. 11

Autres concepts

Compassion

La compassion implique « une sensibilité à la souffrance chez soi et chez les autres, avec un engagement à essayer de l'atténuer et de la prévenir »⁵⁰.

Devoir de non-abandon

Une première définition de ce concept éthique décrit une « recherche de repères auprès desquels on découvre une ultime résistance à l'indifférence ». Une deuxième définition du devoir d'abandon incite à reconnaître l'utilisateur dans sa vulnérabilité et assumer sa responsabilité de soignant. Il nous paraît que cette seconde définition mérite une attention particulière dans le contexte du présent avis. Les soignant(e)s sont appelé(e)s à réfléchir et à définir ce que cela veut dire concrètement pour les usagers.

Dignité

La dignité réfère à la grandeur et au droit au respect de tout homme ou de toute femme, en raison de son humanité. Une de ses dimensions fondamentales est « *le fait que celle-ci est expérimentée au sein d'interactions sociales concrètes et dans un contexte donné. "Être traité avec dignité", le respect, la qualité de la relation, de la communication et des façons d'être et de faire sont au cœur de la dignité ainsi conçue* »⁵¹.

Efficiencia allocative⁵²

Permet de prendre des décisions dans un contexte plus large (un système de santé et de services sociaux, un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou une trajectoire), qui dépassent le rapport coût — efficacité. Elle s'intéresse à la manière dont les ressources sont distribuées et configurées à travers plusieurs programmes, services, trajectoires ou étapes d'une trajectoire pour générer les meilleurs résultats de santé pour l'ensemble d'une population.

L'efficacité allocative est atteinte lorsque les ressources sont allouées pour produire des services qui maximiseront le bien-être et la santé de toute la population. L'analyse de l'efficacité allocative permet de faire des choix et de prioriser l'allocation de ressources limitées entre différentes composantes d'un système de santé, d'un établissement de santé ou d'une trajectoire de soins et services.

⁵⁰ Bailey, S. West M. (2022) *Un leadership compassionnel pour des soins de haute qualité*. Risques et qualité, Volume XIX, no 2

⁵¹ Commissaire à la santé et au bien-être (2016) *Rapport d'appréciation thématique de la performance du système de santé et de services sociaux, un état des lieux*. Valeurs éthiques fondamentales et principes essentiels pour les citoyens, p. 95

⁵² IUPLSSS (2020) Pour des trajectoires de soins et de services performantes : un outillage pour l'analyse et la mesure, p. 29

Éthique

La visée de l'éthique est « *Une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes* » selon la célèbre formule de Paul Ricœur⁵³.

Au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, la démarche éthique proposée dans le cadre de référence est « *cohérente avec une approche humaniste existentielle puisqu'elle se situe dans la perspective de favoriser l'épanouissement de l'être humain comme individu et comme membre d'une communauté dans une co-construction de sens commun. Elle impose de considérer tous les aspects d'une situation donnée, incluant le vécu des personnes impliquées et le sens que revêt la situation pour elles* »⁵⁴.

Dans le cadre de cet avis, ajoutons la définition suivante de l'éthique : « *l'art de discerner l'action la plus humanisante parmi toutes les actions possibles dans une situation donnée* »⁵⁵.

Injonctions paradoxales

Il s'agit d'une double contrainte. La situation, par définition, est insoluble. Le choix est impossible, car on dit au soignant à la fois de *le faire* et de *ne pas le faire*. Le soignant a alors le sentiment d'être en tort, peu importe le choix vers lequel il penche.



Valeurs

Les valeurs sont un moteur d'action, une motivation à agir selon ce qui est jugé estimé, selon un idéal à poursuivre (le bien, le juste). Les valeurs servent de guide pour nous aider à choisir la meilleure (ou la moins pire) option lors d'un dilemme éthique.

⁵³ Ricœur, Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990

⁵⁴ CIUSSS de l'Estrie – CHUS, *Cadre de référence en éthique clinique et organisationnelle*, 2018

⁵⁵ Malherbe, J.F. (1996). *L'incertitude en éthique. Perspectives cliniques*. Coll. « Les grandes conférences », Montréal : FIDES.

⁵⁶ Par Philippe Geluck

Vulnérabilité

Étymologiquement⁵⁷, la vulnérabilité renvoie au latin « vulnus » ou blessure, résultat d'un coup volontaire ou involontaire, inattendu ou prévisible, unique ou répété. Le suffixe « able » indique la possibilité d'être atteint soit par sa fragilité propre ou par des circonstances que la personne ne détecte pas toujours ou ne sait comment y échapper.

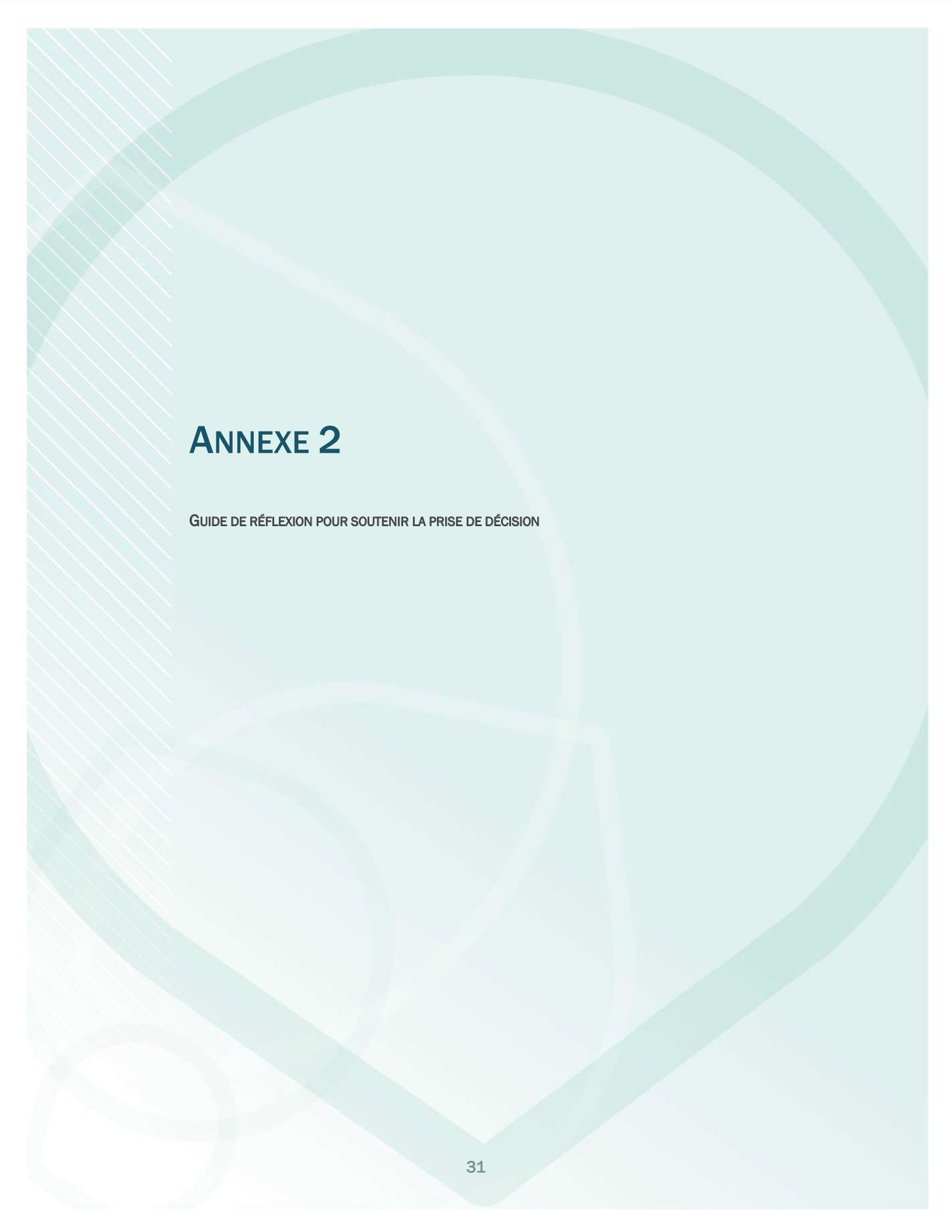


« Il existait une frontière de la dignité et de l'indignité dont toi seule connaissais l'ultime démarcation, en ton âme, toi seule le tracé exact à ne pas dépasser, en ta conscience. »

CHÂTELET, Noëlle. « La dernière leçon », Éditions du Seuil, 2004, p. 73



⁵⁷ Hurst, S.A., *Vulnerability in research and health care;describing the elephant in the room?* Bioethics, 2008: p. 191-202.

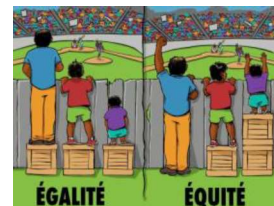


ANNEXE 2

GUIDE DE RÉFLEXION POUR SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION

Allocation des ressources en contexte de rareté des ressources humaines

Critères d'analyse	Valeurs et principes éthiques
Optimisation du fonctionnement de chaque service et secteur d'activité/trajectoire • S'assurer du partage des responsabilités visant l'utilisation optimale des compétences présentes ; • Réorganiser le travail dans une perspective d'efficience et d'efficacité ; • Assurer, dans la mesure du possible, que les interventions sont pertinentes en fonction des objectifs de soins et services visés ; • Respect des désignations et des niveaux de soins des installations.	☐ Utilisation judicieuse des ressources
Risque pour la santé globale des usagers • Prioriser les besoins des usagers qui, s'ils ne sont pas répondus, engendrent un risque pour la santé, la sécurité et l'intégrité d'une personne. Évaluer la permanence de l'impact sur la santé globale de la personne et sur son potentiel de vivre la vie qu'elle désire, ou le maintien de sa dignité ; • Déterminer quel soin ou service est nécessaire (besoin ou droit) vs quel soin ou service répond à un souhait ou un développement/une innovation. • Analyser les risques associés au déplacement de l'utilisateur et ses proches s'ils ont à se déplacer pour recevoir le service si on le coupe à un point de service donné.	☐ Équité (évaluer de façon juste les soins et services à offrir aux différentes clientèles en fonction de leur condition et de leurs besoins)
Criticité • Dépendance/vulnérabilité des usagers ○ Prioriser les interventions qui préviennent une prise en charge ou renforcent le filet de sécurité des usagers (ex. : prévenir les risques de dysfonctionnement, les désorganisations qui entraîneraient des placements ou des hospitalisations) ; ○ Tenir compte de la disparité entre les usagers qui peuvent exprimer une demande de soins et services et ceux qui ne sont pas en mesure de le faire (justice épistémique) ; ○ Tenir compte de la grande vulnérabilité de certains groupes. • Temps acceptable pour l'intervention ○ Miser sur l'intervention précoce et préventive ; ○ Tenir compte de la fenêtre d'opportunité ou des délais maximaux acceptables d'intervention en cohérence avec les bonnes pratiques.	Équité ☐ Intergénérationnelle (durée de l'impact sur l'utilisateur) ☐ Intermittences/dont l'enseignement ☐ Inter-RLS (particularités de certaines communautés) ☐ Interrégions



Critères d'analyse	Valeurs et principes éthiques
Impacts de la modulation ou de la fermeture du service - Évaluer le risque encouru par les usagers et les proches en cas de réduction des activités ou d'un bris temporaire du service (en particulier impact sur les proches-aidants) ; - Déterminer une offre de service minimale (la ligne à ne pas dépasser) au-delà de laquelle un risque intolérable pour les usagers est prévisible (ex. : atteinte à la dignité humaine) ; - Analyser la valeur ajoutée sur la santé, le bien-être et le développement (ex. : QALY⁵⁸), et ce, davantage pour la population/le service que pour une personne en particulier.	☐ Bienfaisance/non-malfaisance (Souci du meilleur intérêt d'autrui, équilibrer les bienfaits et les inconvénients)
	☐ Bienveillance/prévention de la maltraitance
	☐ Respect de la dignité
Concertation - S'assurer que les décisions de modulation ou fermeture pouvant avoir un impact sur la trajectoire ou le parcours de soins ou services fassent l'objet d'une concertation afin de minimiser les risques pour l'utilisateur. - Inter-directions/intersectorielle - Collaboration en cogestion médicale - Comité d'usagers, de résidents ou usagers collaborateurs/proches	☐ Qualité de vie/santé et bien-être vs Quantité de vie
	☐ Solidarité
	☐ Interdépendance
Santé et mieux-être au travail - S'assurer que les employés puissent exercer leurs responsabilités professionnelles et se sentent respectés dans leur compétence ou expertise ; - Tendre vers la stabilité et le développement des personnes employées ; - Prévenir la souffrance morale (permettre aux personnes d'exercer selon les bonnes pratiques et le caractère fondamental de leur rôle).	☐ Co-responsabilité
	☐ Intégrité professionnelle

⁵⁸ Mesure d'évaluation médico-économique. De l'anglais quality-adjusted life year, « année de vie pondérée par la qualité ». Standard académique de mesure quantifiant comment les traitements/procédures médicaux allongent ou améliorent la vie des patients. Selon <https://icer.org/our-approach/methods-process/cost-effectiveness-the-qaly-and-the-evlyg/>

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Québec

