

Université de Montréal

Le code d'éthique dans les organisations du réseau de la santé : outil de régulation des conduites?

Par
Yves Poirier

Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive
Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise (M.A.)
des programmes de bioéthique

20 décembre 2011

© Yves Poirier, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :
Le code d'éthique dans les organisations du réseau de la santé : outil de régulation des
conduites?

Présenté par
Yves Poirier

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Vardit Ravitsky
Président rapporteur

Bryn Williams-Jones
Directeur de recherche

Isabelle Mondou
Membre du jury

14 mars 2012

RÉSUMÉ

Au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux, Chapitre S-4.2, à son article 233, demande à ce que chacun des établissements de santé, dispose d'un code d'éthique qui essentiellement demande de préciser les droits des usagers et de fixer les conduites attendues du personnel. Le législateur souhaitait améliorer les conduites du personnel dès le début des années 1990 et envisageait désigner un organisme de surveillance pour s'en assurer. Cette contrainte ne fut pas retenue et 20 ans plus tard, la volonté d'assurer des conduites attendues n'est toujours pas assujettie de contraintes ou de contrôles même si elle est toujours souhaitée. En 2003 toutefois, le Ministre a mis en place un processus de visites ministérielles dans les milieux d'hébergement et à ce jour quelques 150 établissements ont été visités. Ces équipes se sont préoccupées entre autre de la fonction du code d'éthique pour soutenir les directions de ces établissements. Elles ne réussissent pas à pouvoir s'appuyer sur le code d'éthique pour qu'il soit l'assise pour baser les décisions cliniques, organisationnelles et de gestion de chacune des organisations du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Il faut à ce moment-ci faire le constat que le code d'éthique, obligatoire, figure au nombre des nombreuses contraintes rencontrées par les organisations.

Les établissements doivent passer un processus d'agrément aux trois ans et le code d'éthique n'est pas davantage un élément dynamique retenu à ce processus de validation de normes de qualité. De plus, une revue québécoise spécialisée en gestion de la santé a consacré un numéro complet de 15 articles sur « éthique et comportements » et le code d'éthique y est absent sauf pour deux articles qui s'y attardent spécifiquement. Est-ce une question d'éthique dont il est question par ce code, ou si ce n'est pas davantage de la déontologie, d'autant que le législateur veut avant tout s'assurer de comportements adéquats de la part des employés et des autres personnes qui exercent leur profession. Est-ce qu'un code de conduite ne serait pas plus approprié pour atteindre les fins visées?

Cette question est répondue dans ce mémoire qui regarde les concepts d'éthique, de déontologie, de codes, de régulation des comportements. De plus, des analyses détaillées de 35 codes d'éthique actuels de divers établissements et de diverses régions du Québec

sont présentées. La littérature nous donne les conditions de réussite pour un code et outre l'importance à accorder aux valeurs énoncées dans l'organisation, il est également question des sanctions à prévoir au non-respect de ces valeurs. Elles se doivent d'être claires et appliquées. Enfin, beaucoup d'organisations parlent maintenant de code de conduite et ce terme serait tout à fait approprié pour rejoindre le souhait du législateur qui veut assurer des conduites irréprochables des employés et autres personnes qui y travaillent. C'est la conclusion de ce travail, énoncée sous forme de recommandation.

Mots-clés : code d'éthique, déontologie, régulation, code de conduite

ABSTRACT

Quebec's Health and Social Services Law, ch. S-4.2, art. 233, requires that every health institution have a code of ethics that, in essence, sets out the rights of patients and the manner in which staff are expected to conduct themselves. The legislator had hoped that improvements in the conduct of personnel would begin to be seen at the start of the 1990s, and wanted to set up a watchdog body to ensure that progress was made. In the end, no such body was created, and 20 years later, even though they are still very much wished for, constraints and controls over staff conduct remain sorely lacking. In 2003 the Minister of Health and Social Services began a series of official visits to hospitals which to date have covered 150 institutions, and in each of these visits the minister's teams have, with the backing of the hospitals' administrators, made a point of looking at how each institution's code of ethics is working. The general consensus of administrators, however, is that no health institution in Quebec has been able to use the ethics code as a basis for making clinical, organizational or managerial decisions. On the contrary, having a mandatory ethics code is seen by many as a hindrance, one among many that the institutions have to deal with.

Every three years each institution goes through a process of re-accreditation to ensure it complies with government standards of quality, but its ethics code is not considered an important and dynamic element in this re-evaluation. One example of this blind spot: When a Quebec periodical specializing in health-care management published a special issue on "ethics and behaviour," only two of its 15 articles specifically mentioned the notion of a code of ethics. This raises the question: Is "ethics" too general a term? Given that the legislator's goal is to ensure proper behaviour on the part of staff and others who exercise their profession in the institutions – in other words, a preoccupation with professional ethics – would it not be more appropriate to instead refer to a "code of conduct"?

This question is addressed in this thesis, through an examination of the concepts of ethics, professional ethics, codes and regulation of behaviour. As well, a detailed analyses of 35 ethics codes in diverse institutions throughout Quebec is presented. The

academic literature provides ways of measuring the success of a code of ethics, and besides the importance given to institutional values, there is also the question of sanctions to impose when those values are not respected. Values must be clear to be properly applied. Finally, many organizations now refer to “codes of conduct” – a highly appropriate term, given that the legislator’s goal is to ensure that the conduct of employees and other personnel in health establishments is beyond reproach. This, in fact, is my conclusion, spelled out in the form of a recommendation.

Keywords : code of ethics, professional ethics, regulation, code of conduct, regulation

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	V
TABLE DES MATIÈRES	VII
Liste des abrégés	IX
Liste des tableaux	X
REMERCIEMENTS	XI
INTRODUCTION	1
Addendum.....	8
CHAPITRE 1 : UN HISTORIQUE DES CODES D'ÉTHIQUE AU QUÉBEC	9
1.1 Un objet de préoccupation.....	9
1.2 L'historique.....	10
1.3 L'impact de cette inclusion.....	13
1.4 D'autres modes de vérifications et d'obligations.....	19
1.5 La situation hors Québec.....	23
1.6 Synthèse.....	28
CHAPITRE 2 : MÉTHODES ET RÉSULTATS	30
2.1 Méthodologie.....	30
2.2 Résultats.....	31
2.3 Synthèse.....	41
CHAPITRE 3 : QUELQUES THÉORIES PERTINENTES	43
3.1 L'éthique comme concept central.....	43
3.2 Éthique, valeurs, morale, norme.....	48
3.3 Code d'éthique, code de déontologie, Déclaration et Charte.....	51
3.4 Éthique et comportement.....	60
3.5 Synthèse.....	65
CHAPITRE 4 : LA RÉGULATION	68
5.1 Introduction.....	68
5.2 Les codes d'éthique comme outil de discussion, de délibération.....	68
5.3 Le code d'éthique comme outil régulateur ou outil de contrôle.....	72
5.4 Le travail d'équipe à travers la politique québécoise.....	76
5.5 Le code et les autres contraintes administratives.....	78
5.6 Synthèse.....	82
CHAPITRE 5 : REGARDONS LES PERSPECTIVES	84
5.1 Que pourrait être un code d'éthique.....	84
5.2 La spécificité du code d'éthique.....	89
5.3 Les conditions d'implantation et de suivi.....	90
5.4 Code d'éthique ou code de déontologie?.....	91
5.5 Qu'est-ce qu'un code de conduite?.....	92
5.6 Synthèse.....	97

CONCLUSION.....	99
BIBLIOGRAPHIE	108
ANNEXE 1 : ARTICLES PERTINENTS DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX	CXII
ANNEXE 2 : OBJET DE LA LOI ET DROITS DES USAGERS	CXV
ANNEXE 3 : OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC.....	CXXVII

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AQESSS : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OIT : Organisation internationale du travail

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : DONNÉES MINISTÉRIELLES CUMULÉES DE 2004 À 2007	18
TABLEAU 2 : LISTE DE 35 CODES D'ÉTHIQUE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, LEUR DATE D'ADOPTION, LA RÉGION ET LE FORMAT DE PUBLICATION	32
TABLEAU 3 : RECUEIL DES DONNÉES SUR LES OBLIGATIONS LÉGALES RETROUVÉES DANS LES 35 CODES D'ÉTHIQUE (2 TABLEAUX).....	37
TABLEAU 4 : COMMENTAIRES RECUEILLIS LORS DES VISITES MINISTÉRIELLES	40
TABLEAU 5 : LE CODE D'ÉTHIQUE, LIEU D'EXPRESSION DE LA MISSION ET DES VALEURS.....	88

REMERCIEMENTS

Le dépôt de ce mémoire vient compléter une démarche entreprise il y a six ans et qui a permis une réorientation complète de mes activités professionnelles. J'ai passé trente ans comme gestionnaire dans le réseau de la santé et des services sociaux dont les dix dernières comme directeur général d'un CLSC et d'un CHSLD. Ce furent trente belles années. Le contexte de fusions d'établissements qui a entraîné la création des CSSS à Montréal en 2005 a fait disparaître mon poste de directeur général et m'a obligé de choisir entre la poursuite de ma carrière en gestion ou de retourner aux études afin de développer de nouvelles habiletés. J'ai alors fait ce dernier choix. Je me retrouve actuellement retraité, étudiant et conseiller en éthique de la recherche ou clinique dans près d'une dizaine d'établissements de la région métropolitaine. Chaque jour me confirme la justesse de mon choix.

Quelques personnes ont été plus significatives lors de ce parcours récent. David Roy, directeur du Centre de bioéthique de Montréal, m'a conseillé chaleureusement. Andrée Duplantie m'a accueilli à l'Université de Montréal et au choix de cours à la maîtrise en bioéthique. Hubert Doucet, Béatrice Godard, Marie-Andrée Bertrand, Gilles Bibeau, Guy Bourgeault et d'autres m'ont enseigné lors du parcours de scolarité de doctorat en sciences humaines appliquées, option bioéthique. Ces personnes m'auront montré de nouveaux horizons ouverts sur la connaissance. Enfin, Bryn Williams-Jones m'aura guidé et accompagné afin de compléter le présent mémoire de maîtrise.

À chacune de ces personnes, un énorme MERCI! Chacun aura été déterminant pour opérer cette réorientation.

Merci enfin à ma femme qui m'a suivi et soutenu dans cette nouvelle aventure vécue sereinement.

INTRODUCTION

Le réseau de la santé et des services sociaux du Québec est constitué d'un peu moins de 200 établissements publics en 2011 et d'autant d'établissements privés. Ces derniers sont presque tous conventionnés avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec si l'on compte toutes les cliniques médicales, les groupes de médecins de famille (GMF), les cliniques réseaux, les ressources intermédiaires, les foyers d'accueil et autres types. La convention pour les établissements privés donne les normes et les règles à suivre dans l'offre de service. Tous ces établissements autant publics que privés se doivent de répondre à un ensemble de règles, de normes et de contraintes législatives élaborées pour assurer une qualité de services aux personnes qui les requièrent. Cet ensemble d'établissements constitue le réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Dans le présent mémoire, nous regarderons un article de loi qui contraint tous les établissements du Québec. L'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec oblige tous les établissements assujettis à adopter un code d'éthique. Le code d'éthique doit préciser les droits des usagers, les conduites attendues du personnel, il doit être remis aux usagers hébergés et rendu disponible à toute personne qui en fait la demande. Enfin, il doit prévenir les usagers de quelle façon ils peuvent refuser que l'établissement transmette leurs coordonnées personnelles aux fondations et aux maisons de sondages lorsque celles-ci procèdent aux démarches d'amélioration de la qualité ou que celles-là sollicitent des dons.

L'objet du questionnement de ce présent mémoire concerne l'application de cette demande faite et les résultats atteints. Le présent travail regardera quelle est précisément la demande faite aux établissements, de quelle éthique il est question lorsqu'on exige d'élaborer un code d'éthique et comment un tel code peut contraindre tous les employés à adopter des comportements acceptables. En effet, c'est ce que le législateur a souhaité en 1991 en inscrivant pour la première fois cette obligation à la loi. Est-ce que le code est de fait un outil de régulation des comportements pour les employés et les personnes

qui exercent leurs professions dans ces établissements? Est-ce que ceux-ci ont les conditions pour bien répondre à la demande formulée par le législateur québécois?

L'article 233 de cette loi et les obligations associées seront regardés au premier chapitre afin de bien analyser la demande législative à cet égard. Cette demande fut introduite en 1991 et nous tenterons de suivre l'évolution de cette demande. Quel a été l'impact de cette inclusion dans la loi et comment elle a évolué depuis? Le législateur a également mis en place de nombreux moyens de reddition de comptes afin de forcer les établissements à mettre en place des moyens pour assurer des services de qualité pour les usagers.

En 2003, le Ministre, à la suite d'un scandale public au sein d'un établissement public, le CHSLD St-Charles-Borromée¹, doté d'un code d'éthique par surcroît, a développé des équipes ministérielles qui vont dans les établissements d'hébergement vérifier la qualité. Annoncées à moins de 24 heures d'avis, ces équipes questionnent un certain nombre de critères dont le code d'éthique et son utilisation.

Les premiers constats en 2004, qui démontraient des résultats non probants concernant l'utilisation des codes d'éthique a amené la diminution des contraintes de vérification afin de s'harmoniser avec la réalité des organisations. Le support aux établissements aurait dû être renforcé mais on a préféré réduire les exigences. Les visites ministérielles se poursuivent et demandent l'existence du code d'éthique, son mode de distribution et de publicisation et son utilité.

En 2011, chacun des établissements doit toujours adopter un code d'éthique selon les mêmes paramètres et les équipes ministérielles continuent les visites dans les milieux d'hébergement et elles furent étendues à d'autres catégories d'établissements, soit les centres jeunesse et les centres de réadaptation.

¹ L'Inclusif, 26 novembre 2003, numéro 51

Plus de 80 contraintes et exigences administratives faites aux établissements par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ont été dénoncées sur la place publique en 2008, réclamant soit la diminution des contraintes ou davantage de support, mais il semble que rien n'a été modifié et que les contraintes et les modes de vérification soient toujours aussi nombreux.² Pourtant le ministère reconnaît lui-même que toutes ces vérifications n'améliorent pas la qualité des services à la clientèle.

Par surcroît, tous les établissements québécois doivent, depuis 2005 mais en vigueur depuis 2008, se prêter à un processus d'agrément par un organisme reconnu. Deux seuls l'ont été, soit le Conseil Québécois d'Agrément et Agrément Canada. Il est ici question de la validation au sein des organisations d'un nombre important de normes de qualité reconnues par la recherche et les données probantes. Les organisations devaient se prêter à cet important exercice aux 3 ans, mais depuis une modification législative récente (2011)³, ils devront le faire aux quatre ans dorénavant. Tous les établissements au Québec auront été évalués et agréés à deux reprises depuis 2008, avant de passer dorénavant aux quatre ans.

Un regard porté sur la situation hors Québec nous confirme que nous retrouvons des codes d'éthique, des codes de déontologie et des codes de conduites dans diverses organisations et tous concourent aux mêmes finalités, soit d'assurer des comportements acceptables de la part des employés. Dès les années 1950, tant au Canada qu'aux États-Unis, on voit apparaître ces codes de morale étroitement associés aux mouvements catholiques au sein des hôpitaux particulièrement. La sécularisation des organisations les transformera en codes d'éthique, de déontologie et de conduite. Nous verrons également que l'OCDE⁴ fut un promoteur majeur de ces codes dans les organisations et les entreprises pour assurer des conduites irréprochables.

² Le Devoir, 1^{er} octobre 2008

³ Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, chapitre S-4.2, article 107.1, À jour au 1^{er} avril 2012,

⁴⁴ OECD / Public Management Service, May 1998, 'Principles for Managing Ethics in the Public Service. OECD Recommendation', in *PUMA Policy Brief No 4*

La deuxième chapitre examinera comment on a répondu à cette obligation en regardant 35 codes d'éthique actuellement en vigueur dans autant d'établissements. Ces codes ont été adoptés dans différents types d'établissements et dans diverses régions du Québec. Nous avons voulu analyser et comprendre comment se comportaient les établissements devant cette obligation. Tous s'y soumettent. Les contenus des codes se limitent-ils à la demande spécifique retrouvée à l'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec? Est-ce que les établissements vont au-delà de cette demande? Un relevé systématique des contenus et des formats de présentation sera fait. Il présentera la réponse des établissements aux obligations de la loi et tous les ajouts faits par les établissements.

Le troisième chapitre s'attardera sur la notion d'éthique afin de mesurer s'il s'agit bien d'éthique dans cette obligation et de quelle éthique il est question. Comment distinguer l'éthique de la morale, de la déontologie? Quelles sont les composantes d'un code d'éthique, d'un code de déontologie, d'une Charte, d'une Déclaration qui constituent souvent les différents outils de référence dans diverses organisations?

Nous nous attarderons également à la publication en 2009 d'une revue québécoise dédiée aux administrateurs du réseau de la santé dont le thème central pour tous les articles était « éthique et comportement »⁵. Nous sommes donc dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec à traiter d'éthique et de comportement qui sont les deux caractéristiques majeures du code d'éthique obligé par le législateur. Une présentation sera faite de chacun des articles car il permettra de voir le traitement fait du code d'éthique par les différents auteurs pour assurer des comportements adéquats. Précisons dès maintenant que la grande majorité des auteurs parlent d'éthique et des comportements attendus en ne parlant jamais du code d'éthique comme outil de référence ou de soutien.

⁵ Le Point en administration de la santé, volume 5, numéro 3, automne 2009, Éthique et comportement, 56 pages

Dans le quatrième chapitre, le principe de régulation sera introduit, car il constitue la finalité souhaitée par cette inclusion législative. Effectivement le législateur a voulu s'assurer que chacune des personnes assure des conduites acceptables au sein des organisations formant le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Les différents éléments inhérents à la régulation seront abordés. Les éléments de discussion, de délibération, d'outils de contrôle, d'outil régulateur seront distingués. Les différents rôles politiques des acteurs au service de la législation québécoise et leur approche du code d'éthique seront introduits et montreront que chacun a souhaité réguler les comportements mais aucun d'eux n'a voulu mettre de contraintes pour s'assurer d'y parvenir.

Le cinquième et dernier chapitre donnera les perspectives de ce que devrait être un code d'éthique institutionnel et s'attardera plus précisément sur la question d'un code de conduite qui pourrait s'avérer un meilleur outil pour permettre au législateur d'atteindre ses objectifs annoncés. De surcroît, il ne faut pas juste inscrire une demande dans la loi pour que chacun agisse. Il existe plusieurs conditions d'implantation et de suivi qui doivent accompagner une telle mesure si l'on veut que l'outil serve les fins recherchées.

Enfin la conclusion reprendra les grands constats rencontrés en cours d'étude. Ceux-ci permettront de proposer une avenue pour la révision de la demande législative actuellement exigée aux établissements de santé et de services sociaux du Québec. En fait, est-il possible que le législateur clarifie sa demande pour obtenir de façon plus assurée des comportements adéquats de la part de l'ensemble des employés des établissements visés? Retenons aussi d'entrée de jeu que la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec consacre 25 articles qui précisent les droits des usagers. Une recommandation formelle complètera ce mémoire.

De plus, le changement majeur proposé n'évacue aucunement l'éthique des organisations car tant le Code Civil du Québec, la loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec et les mécanismes d'agrément en place imposent déjà des contraintes de mécanismes éthiques aux établissements. Ces demandes et ces exigences

concernent la prévention de conflits d'intérêt potentiels, l'examen éthique des projets de recherche utilisant les humains et la solution apportée aux dilemmes éthiques qui se posent au sein des mêmes établissements. Modifier la demande de code d'éthique en code de conduite viendra laisser ces mécanismes pertinents agir comme ils le doivent sans fausse interférence par un code d'éthique qui est en fait une approche purement déontologique.

L'intention derrière ce mémoire n'est pas de proposer le parfait outil aux établissements. Il est plutôt question d'analyser d'où vient cette contrainte, ce qu'elle apparaît présenter comme intérêt pour le législateur et comme contrainte pour les établissements. Et surtout de démontrer que la demande de code d'éthique n'atteint aucunement sa visée. Il ne sera pas question ici de sortir l'éthique des établissements, mais de tenter de démontrer que le code demandé n'est pas l'outil pour faire vivre l'éthique au sein du personnel des établissements et qu'en précisant ce que devrait être le code, on pourrait permettre aux autres mécanismes d'atteindre leur efficacité souhaitée.

Il n'est pas de mon intention de démontrer en profondeur la valeur éthique de la prévention des conflits d'intérêt, les mécanismes éthiques d'examen des projets de recherche et quels sont les différents mécanismes mis en place pour répondre aux professionnels des établissements lorsque se posent des dilemmes éthiques cliniques. Ces différents mécanismes seront mentionnés et viendront rassurer le lecteur qu'il n'est aucunement question, et bien au contraire d'ailleurs, de sortir l'éthique des organisations. Mais pour bien faire vivre l'éthique, il faut utiliser les bons moyens, les bons outils et les bons mécanismes et non semer la confusion, ce à quoi contribue la demande d'un code d'éthique.

La limite principale de cette étude est le fait que le focus est mis sur le code d'éthique. Ce qu'il est, la prescription légale, les attentes posées et en vertu de ces attentes, ce qu'il pourrait être afin de véritablement apporter la cohérence souhaitée. Les autres mécanismes d'éthique actuellement présents dans les établissements, liés à d'autres contraintes législatives (prévention des conflits d'intérêt et éthique de la recherche) ou

aux normes d'agrément (éthique clinique) seront présentés mais ne seront pas développés en profondeur, car ils ne sont pas la cible du présent travail. Ces trois mécanismes d'éthique actuellement présents dans tous les établissements du Québec pourraient être le sujet d'un mémoire complet en eux-mêmes, ce qui ne sera pas possible dans le présent travail.

Addendum

Il serait utile à ce moment-ci d'indiquer que je me suis intéressé à ce sujet pour plusieurs raisons. D'abord j'ai été gestionnaire dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec durant 30 ans dont les dix dernières comme directeur général d'un CLSC et d'un CHSLD au cœur de Montréal. Durant les 15 dernières années de ma vie de gestionnaire, j'ai été bénévole sur le comité d'éthique de Suicide-Action Montréal par intérêt personnel. Depuis 1999, je fais des visites d'agrément pour le Conseil Québécois d'Agrément et depuis 2008 pour Agrément Canada, à titre de chef de l'équipe des visiteurs pour les deux organisations. J'ai quitté les établissements et pris ma retraite en 2005 et débuté des études en bioéthique. Depuis 2009, j'agis comme conseiller sur des comités d'éthique de la recherche ou clinique dans plusieurs établissements du réseau de la santé ainsi que dans une clinique médicale spécialisée privée.

Durant ces trente ans comme gestionnaire supérieur, j'ai dû élaborer et réviser le code d'éthique obligatoire et j'ai tenté de le faire vivre dans les organisations. Il me fut aussi permis de constater ce que font les établissements de leur code d'éthique lors des visites d'agrément. J'ai de plus réalisé 31 visites d'agrément dans autant d'établissements au Québec depuis 2008. Beaucoup des codes d'éthique analysés dans ce présent mémoire ont été demandés expressément et obtenus lors de ces visites; il s'agit cependant de documents publics que l'on peut généralement prendre dans des présentoirs. J'ai dû parfois en faire la demande à la direction et on me l'a toujours remis fort généreusement à chacune des occasions. Internet et quelques téléphones adressés à la direction générale ont complété les 35 codes actuellement étudiés dans ce projet de recherche.

CHAPITRE 1 : UN HISTORIQUE DES CODES D'ÉTHIQUE AU QUÉBEC

1.1 Un objet de préoccupation

L'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec oblige tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à se doter d'un code d'éthique. Dans le présent travail, il est souhaité en analyser l'origine, en comprendre la portée et les limites, en mesurer l'étendue, et regarder ce que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec en ont fait.

De plus, à la lumière de ce que dit la littérature à l'égard des codes d'éthique dans les organisations, ce travail va évaluer si le législateur a atteint sa visée. La situation au Québec et hors Québec sera également regardée, car il importe de bien saisir le positionnement d'un code d'éthique dans l'univers des organisations qu'elles soient privées ou publiques. L'objet du regard du présent mémoire concerne toutefois plus particulièrement le réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

Est-il possible de mesurer la portée d'un code d'éthique dans le réseau de la santé et des services sociaux, justement à cause de cette insertion dans la loi et cette obligation pour tous les établissements d'en avoir un? La mise en place de codes d'éthique devrait permettre de meilleurs comportements du personnel du réseau de la santé. Les deux ministres qui ont contribué à l'inclusion de cette obligation, soit Mme Lavoie-Roux et M. Côté, en début des années 1990, ont tous les deux indiqués cette volonté autant dans la documentation précisant les orientations que lors de la commission parlementaire de 1990 qui a discuté, entre-autre, de l'inclusion de cette obligation et dont il sera question dans ce mémoire tel que présenté plus loin dans le texte.

Le législateur a souhaité améliorer les comportements des employés dans les établissements en obligeant chacun à se doter d'un code d'éthique. Est-ce le meilleur outil lorsqu'il est accompagné de conventions collectives, de déclarations d'engagement, de chartes de droits et responsabilités, de manuels de politiques et

procédures multiples, de directives ministérielles, etc.? Cet ensemble de questions sera l'objet du présent travail.

Le texte pertinent de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec précisant l'obligation de code d'éthique est le suivant :

Article 233. Tout établissement doit se doter d'un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers.

Ce code d'éthique doit également prévoir les règles d'utilisation des renseignements visés aux articles 27.3 et 107.

L'établissement doit remettre un exemplaire de ce code d'éthique à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande.⁶

1.2 L'historique

Dès les années 1990, le législateur québécois a souhaité améliorer les comportements des employés des établissements du réseau de la santé et des services sociaux envers les usagers de ses services et il a obligé les administrateurs à adopter un code d'éthique propre à chaque établissement. Les raisons invoquées de cette inclusion ne sont pas explicites. Tous les documents consultés sont peu clairs sur la démarche qui a mené à l'inclusion de cet article. Le projet de loi 120 (1991, chap.42), *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, a été présenté le 10 décembre 1990, adopté le 28 août 1991 et la loi fut sanctionnée le 4 septembre 1991.

Ce projet de Loi a été construit et déposé à la suite du dépôt du *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, le 18 décembre 1987, par son président, le Dr. Jean Rochon au Ministre de la santé et des services sociaux, Mme. Thérèse Lavoie-Roux. La Commission parlementaire qui eut lieu fut

⁶ Publications du Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} avril 2012. Les articles 27.1 et 107 dont il est question concernent la collecte d'argent par les fondations des établissements et les questions de sondage de satisfaction et l'un et l'autre peuvent être faits en transmettant les coordonnées nominales à ces tiers à moins qu'un usager ne s'y objecte.

l'une des plus longues de l'histoire parlementaire québécoise. Plus de 6000 pages de transcriptions actuellement disponibles, de même que le rapport de la Commission Rochon. Celle-ci fut toutefois muette concernant un code d'éthique possible. La Commission parlementaire des Affaires Sociales en parle vaguement à quelques reprises, dont cet échange-ci :

M. Côté (Charlesbourg) : L'établissement doit publier la procédure d'examen des plaintes et informer les usagers de l'existence de cette publication et du moyen d'en obtenir un exemplaire. Il doit toutefois remettre un exemplaire de cette publication à tout usager qu'il héberge. Le principe, c'est que bien souvent, chacun aura un code d'éthique. L'objectif poursuivi, c'est que, si l'usager n'en a pas connaissance, il ne connaîtra pas ses droits. L'établissement, à ce moment-là, publie un document qui fait état du code et, finalement, donc, le distribue et informe sa clientèle ou ses usagers.⁷

La lecture des paragraphes suivants ces transcriptions de la Commission parlementaire des Affaires sociales indique une intention d'assurer de meilleurs services aux usagers, de leur donner le droit formel de porter plainte et ils ont accompagné cette considération aux usagers d'une assurance additionnelle en obligeant les organisations de se doter d'un code d'éthique, à l'image des codes de déontologie des Ordres professionnels. Pour assurer de meilleurs services aux usagers des établissements, ils ont fait le pari que de préciser les conduites attendues chez les employés et de permettre aux usagers de le savoir et de pouvoir en discuter s'il y avait des écarts entre ce qui est attendu et ce qui est effectif donnerait cette garantie de qualité.

Deux autres brefs échanges eurent lieu par la suite, mais il n'y eut pas de grandes discussions à l'égard de l'inclusion d'une obligation de code d'éthique. D'ailleurs,

Comme le note fort à propos le secrétaire général de la CSN, monsieur Pierre Paquette, la Commission Rochon, dans ses recommandations, n'a jamais avancé l'idée que les établissements de santé et de services sociaux soient pourvus d'un code d'éthique. La Commission, dans sa conclusion, indiquait : Enfin, la Commission considère comme essentiel que le public soit mieux informé de ses droits et des mécanismes de recours existants. Conséquemment, l'Office des professions devrait

⁷ Gouvernement du Québec, Débats de l'Assemblée nationale, Commission permanente, CAS-3867, 27 mars 1991

consacrer des efforts additionnels à l'information de la population sur ces sujets. Cette idée d'obliger les établissements de santé et des services sociaux à se doter d'un code d'éthique trouve son origine ailleurs.⁸

D'autre part, dans l'année qui précède l'inclusion d'un article de loi, des événements, des scandales poussent les politiciens à prendre des mesures pour que ces situations indésirables ne se reproduisent plus. La base de données des médias écrits (bibliobranchée) couvrant la période du 1^{ier} mars 1990 au 7 mars 1991 relève 7 articles « pertinents » : 4 situations relatent des comportements inadmissibles, un livre sur l'éthique, *L'Éthique au quotidien* paru cette année-là dont les commentaires ont paru dans les médias, l'adoption d'un code d'éthique pour des élus municipaux, et des commentaires sur le projet de loi sur les services de santé et les services sociaux. Aucun de ces articles qui furent consultés ne mentionne ou ne fait référence à l'opportunité d'un code d'éthique pour régler des situations ou des problèmes de nature éthique.

Ces quelques articles apparaissent toutefois non significatifs pour démontrer des problèmes systémiques ou une volonté publique ou politique qui pouvait justifier l'adoption d'un code d'éthique pour les institutions du réseau de la santé. Il faut donc chercher avant la Commission Rochon; la première inscription de l'obligation des codes d'éthique remonte à 1989 dans le document d'orientation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) où la Ministre Lavoie-Roux venait de terminer une tournée de consultation et le besoin d'améliorer la continuité des soins et des services et le respect des droits et de la dignité de la personne étaient priorisés. Le souhait formulé à l'égard du code d'éthique est ainsi inscrit :

Se doter d'un code d'éthique qui précisera non seulement le droit des bénéficiaires mais également les recours disponibles, les conduites du personnel jugées inacceptables et les mesures disciplinaires prévues...confier au Comité Provincial des Malades la responsabilité de promouvoir l'adoption de codes d'éthique par les établissements, de conseiller ces derniers et, au besoin, d'informer le Ministère des difficultés particulières qu'il pourrait rencontrer.⁹

⁸ Perrier, Yvan, « Régulation et code d'éthique », dans Giroux, G, La pratique sociale de l'éthique, Montréal, Bellarmin, 1997, page 207

⁹ MSSS, 1989, Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, Orientations, page 56

Il avait donc été souhaité que le Conseil provincial des malades soit particulièrement actif à cet égard mais cette proposition n'a pas été retenue par le successeur de Mme Lavoie-Roux. Le texte final adopté et inscrit dans la Loi en 1991 parle de conduites attendues de la part du personnel mais la connotation de sanctions envers le personnel n'a pas été retenue.

1.3 L'impact de cette inclusion

Peu de temps après cette inclusion dans la Loi, l'Association des Hôpitaux du Québec, en 1993, produit un guide à l'intention de ses établissements membres pour leur indiquer comment rédiger leur code d'éthique, et on y lira notamment :

Dans l'élaboration et surtout dans la formulation de la norme éthique, celle-ci devrait, d'une part, être assez précise pour éclairer l'intervenant quant aux principales pratiques et conduites auxquelles l'utilisateur est en droit de s'attendre, sans jamais, d'autre part, nier à l'intervenant son entière responsabilité d'exercer son jugement face à telle ou telle situation concrète. Jamais le code d'éthique ne devrait en effet s'apparenter à un code de la route ou à un code du bâtiment, encore moins à un code pénal. Ce serait là nier l'essence même de l'éthique qui est d'abord appel à la conscience de l'individu et la reconnaissance de sa responsabilité à l'égard d'une conduite retenue.¹⁰

D'ailleurs, il y a quelques années, éclata dans les médias le scandale « St-Charles-Borromée », cet établissement public de soins de longue durée (CHSLD) de Montréal qui fut enquêté puis mis en tutelle pour des problèmes de gouvernance et de maltraitance envers la clientèle hébergée.¹¹ Tous les journaux en ont fait mention et régulièrement, en ont parlé afin de suivre l'évolution de la situation et de la tutelle. Depuis cet événement, tous les établissements du Québec sont susceptibles de recevoir la visite d'un groupe d'inspecteurs régionaux nommés par le Ministre de la santé et des services sociaux.

Malgré l'obligation de codes d'éthique, malgré les agréments maintenant obligatoires (article 107.1 de la LSSSQ)¹², malgré les comités d'usagers, malgré les assemblées

¹⁰ Bourbonnais, Sous la direction de Me. Pierre, 1993, Le code d'éthique : un projet de ralliement, Guide à l'intention des centres hospitaliers et des centres d'hébergement et des soins de longue durée, Association des hôpitaux du Québec, page 17

¹¹ L'Inclusif, 26 novembre 2003, numéro 51

¹²Loi SSSS, version 1^{ier} août 2011

publiques, etc... le ministre a jugé cette contrainte additionnelle nécessaire. Et pourtant, St-Charles-Borromée disposait d'un code d'éthique depuis 2001¹³.

Jusqu'à la mise en place de ces équipes régionales qui effectuent des visites ministérielles, nulle part depuis 1991, il n'y avait eu de suivi de cette obligation de code d'éthique sinon cette autre obligation légale pour les établissements publics qui doivent se soumettre à une vérification comptable annuelle. Ce vérificateur comptable doit indiquer par un simple crochet à ses listes de vérification l'existence ou non d'un code dans l'organisation audité. Toutefois, la grille d'appréciation utilisée¹⁴ en CHSLD, lors des visites ministérielles est le premier instrument répertorié qui questionne véritablement de la part du Ministre l'existence et l'utilité du code d'éthique imposé depuis 1991.

Le choix des établissements visités n'est jamais connu à l'avance. La direction a 48 heures pour répondre au questionnaire et recevoir l'équipe régionale désignée qui va valider en quelque sorte ce qui est inscrit au questionnaire. Chacun des établissements reçoit une série de questions et ce sont toujours les mêmes d'un établissement à l'autre. Les équipes qui réalisent ces visites sont formées de représentants de l'Agence régionale, de gestionnaires habituellement à la retraite et de représentants d'usagers. Ces équipes ont posé 5 questions aux 47 établissements visités en 2003-2004 concernant le code d'éthique. Ces questions furent relevées à la grille d'appréciation utilisée en CHSLD tel que citée précédemment. Ces questions précises sont les suivantes :

1. Le code d'éthique est-il connu?
2. Le code d'éthique gouverne-t-il l'approche et la philosophie d'intervention appliquées dans le centre?
3. Le code d'éthique est-il expliqué aux usagers, à leurs familles et aux proches ou à leurs représentants légaux?
4. Des mesures sont-elles prises pour en assurer le respect?
5. Des mesures sont-elles prises en cas de non-respect?

¹³ Code d'éthique des Centres d'hébergement et de soins de longue durée Centre-Ville de Montréal, 2001

¹⁴ MSSS, janvier 2004, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services, ANNEXE 2, Grille d'appréciation de la qualité, partie 1

De plus, ce même rapport de visite 2003-2004 précise les orientations ministérielles à propos du concept milieu de vie. C'est la première et la seule fois où le Ministère précise un objet et un rôle attendu de la part du code d'éthique obligatoirement présent dans tous les établissements : « Le code d'éthique constitue l'assise sur laquelle doivent se fonder toutes les décisions cliniques, organisationnelles et de gestion respectant les principes directeurs inscrits dans les orientations ministérielles.»¹⁵ Est-ce bien le rôle d'un code d'éthique de servir toutes ces fonctions? Le rapport de visite mentionne que la majorité des 47 établissements visités ont un code d'éthique adopté formellement. Les résidents, familles et bénévoles rencontrés le connaissent à 38,4%, les exécutifs des différents conseils consultatifs (médecins, infirmières, multidisciplinaires...) le connaissent à 64,2% et les employés en général à 56,7%.

Outre ces données chiffrées sur la connaissance du code, les principaux constats inscrits à cette analyse faite par le MSSS sont tout de même significatifs relativement à notre préoccupation de l'utilité du code d'éthique dans une organisation en regard de l'adoption de comportements adéquats. Ce rapport indique globalement que le code d'éthique demeure un concept imprécis pour le personnel des établissements et qu'il fut constaté que le personnel s'attend à ce que la direction ainsi que les principaux gestionnaires incarnent les valeurs indiquées au code.

De plus, beaucoup de décisions sont prises dans les organisations mais le personnel ne voit pas souvent les liens entre les valeurs inscrites au code et le processus décisionnel retenu. Il semble qu'il y ait peu d'occasions où le code est mentionné comme étant la source de référence pour orienter les actions et le personnel est confronté à ses routines quotidiennes sans avoir d'occasion de mettre en valeur les sources d'information inscrites au code. De plus, les résidents hébergés se voient reconnaître des droits mais ils demeurent confrontés quotidiennement à des horaires rigides et une organisation

¹⁵ MSSS, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services, Juin 2004, page 41

quotidienne qui n'apparaît pas en lien avec les droits reconnus autant dans la loi que dans le code d'éthique.

À la suite de ces constats significatifs et très indicateurs, les recommandations inscrites par les équipes de visites sont également pertinentes dans le présent travail car elles indiquent bien l'état des lieux. Le Ministère souhaiterait que l'équipe de direction de chacune des organisations prenne le leadership de faire vivre correctement le code d'éthique afin qu'autant le personnel que les résidents entendent parler du code d'éthique régulièrement. De cette façon, les valeurs, les droits indiqués, les responsabilités des uns et des autres, serviraient à appuyer les décisions et chacun pourrait faire les liens entre ce qui est inscrit et le quotidien vécu. Autant les pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles seraient en lien avec ce qui est annoncé au code.

Le rapport du MSSS de 2004¹⁶ indique le constat de ce qui se fait dans les organisations et souligne les écarts importants entre ce qui est attendu et ce que démontre la réalité constatée dans ces 47 établissements visités par les équipes du Ministère. Ainsi, ces conclusions auxquelles en arrive le MSSS du Québec rejoint précisément Wotruba et al¹⁷ qui énoncent les mêmes préoccupations et qui seront présentées au chapitre 4. Dès maintenant toutefois, il est permis de constater que le code d'éthique n'a aucunement atteint sa visée souhaitée par le ministre selon les constats de ses propres visites ministérielles et il y aurait lieu de penser que ce sera toujours difficile, voire même impossible, car les attentes exprimées ne correspondent peut-être pas à l'outil exigé.

Dans la poursuite de ces visites réalisées pour les deux années subséquentes, le questionnaire utilisé pour les visites ministérielles a été modifié entre autre concernant le code d'éthique, il est devenu moins spécifique, la date d'adoption et la dernière révision sont demandées, l'on se préoccupe de savoir s'il y a un lieu où questionner l'éthique, les

¹⁶ MSSS, juin 2004, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services, page 44.

¹⁷ Wotruba, T.R., L.B. Chonko, T.W. Loe, 2001. "The Impact of Ethics Code Familiarity on Manager Behavior", *Journal of Business Ethics* 33: 59-69

moyens pour assurer sa diffusion au personnel, à l'utilisateur, aux proches ou à la famille, aux bénévoles et enfin, les mesures prises pour assurer ou vérifier son respect.¹⁸ De plus, le MSSS ne fait plus de rapport annuel dégageant les résultats des visites comme il l'avait fait en 2003-2004. Le site internet du MSSS¹⁹ rend toutefois disponible au grand public la liste des établissements visités et chaque institution reçoit ce même rapport personnalisé ainsi que les correctifs à être apportés.

À la suite des différents constats, des recommandations particulières sont adressées au réseau, mais il demeure étonnant de lire l'un des préalables dans les termes suivants : « Les processus de reddition de compte, de vérification, de la conformité, de contrôle ou d'enquête ont un impact marginal sur la qualité de vie des résidents. »²⁰ Doit-on s'en inquiéter, car la qualité de vie des résidents ou des usagers est centrale dans toutes les préoccupations du réseau public? Peut-être faut-il simplement constater que les organisations doivent développer leurs propres moyens de mises en œuvre de leurs outils de travail et doivent par eux-mêmes assurer leur déploiement et de là garantir les meilleurs services aux résidents.

Sans s'en inquiéter, il demeure questionnant que le MSSS et d'autres ministères continuent de déployer des mesures de reddition de compte en grand nombre s'ils considèrent qu'elles n'ont pas d'impact sur la qualité de vie des usagers desservis et surtout hébergés, donc dépendants de la structure d'accueil, qui est tout de même l'objet premier de l'existence de ces établissements. Tous les moyens déployés devraient concourir à assurer une qualité de services, autrement quel est l'intérêt de mettre en place des outils d'amélioration de la qualité?

Le Ministère continue de faire des visites surprises dans les établissements et il rend disponible au public les données de chacun des établissements sur le site internet du

¹⁸ MSSS, juin 2004, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services, page 44.

¹⁹ http://msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/visites_appreciation/visitesCHSLD.php

²⁰ MSSS, 2004, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services, page 88

MSSS où il a nommément identifié chacun des établissements visités.²¹ Même s'il a abandonné les analyses annuelles, il a refait une analyse globale couvrant quatre années de visites d'établissements pour la période de septembre 2004 à juin 2007.²² Nous retrouvons en page 40 de ce document public que les éléments les moins conformes aux attentes sont : la diffusion du code d'éthique, les renseignements relatifs aux comités de résidents et aux comités des usagers et le processus de traitement des plaintes. Le rapport que nous venons de citer, indique en Annexe 4, page 2 les données suivantes sur le code d'éthique :

Tableau 1 : Données ministérielles cumulées de 2004 à 2007

	% d'installations où des points positifs ont été soulevés	% d'installations où des points à améliorer ont été soulevés	Nombre de recommandations adressées
Code d'éthique présent et conforme	17%	10%	15
Code d'éthique diffusé et connu	43%	57%	63
Code d'éthique approprié et appliqué	40%	23%	34

184 installations relevant de 156 établissements ont été visités durant cette période; 132 installations relevant d'établissements publics, 39 privés-conventionnés et 13 privés. Les établissements privés-conventionnés ont des ententes formelles avec le MSSS et se doivent de suivre sensiblement les mêmes règles que les établissements publics.

Ces données formelles et publiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec laissent perplexes car elles ont soulevé des points d'amélioration pour la connaissance et la diffusion à 57% des installations visitées. On peut comprendre que 43% des installations étaient conformes car ils se sont vus attribués des points positifs. Il n'est toutefois pas permis de conclure que le code d'éthique était présent dans 90%

²¹ http://msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/visites_appreciation/visitesCHSLD.php#5

²² <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-830-01.pdf>, 135 pages

des installations car ils ont attribué des cotes positives dans 17% des installations visitées. Enfin, sur le code d'éthique approprié et appliqué, seuls 23% des installations ont eu des points à améliorer mais il n'y avait que 40% des installations mentionnées qui avaient des points positifs à cet égard. Il apparaît donc que la situation de l'ensemble des installations démontre qu'il demeure un très grand travail à poursuivre sur le fait que le code d'éthique soit présent, conforme, diffusé, connu, approprié et appliqué.

Depuis 2005-2006, les visites se poursuivent et d'autres types d'établissements, tels les centres de réadaptation et les centres jeunesse, ont été ajoutés avec le même questionnaire connu et diffusé; mais il n'est plus question de faire d'analyse globale, c'est à chacun des établissements de tirer profit de son rapport individuel et surtout d'en répondre auprès de son Agence Régionale ou du MSSS. Chacun des établissements qui se fait indiquer des lacunes lors de ces visites doit élaborer un plan d'action afin de corriger ces lacunes. Il n'y a donc plus d'approche globale auprès des établissements mais uniquement des approches individuelles, toutefois contraignantes.

1.4 D'autres modes de vérifications et d'obligations

Depuis la révision en 2005 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tous les établissements doivent se soumettre à un processus d'agrément à chaque trois ans (article 107,1) et aux quatre ans à compter de 2012. Les établissements ont alors une reddition de compte plus qualitative globalement, mais pour l'intérêt porté au code d'éthique, l'agrément regarde seulement l'existence ou non d'un code d'éthique dans les organisations; il n'y a pas de mesure réelle des résultats obtenus quant au partage des valeurs et des comportements attendus de la part des employés. Les processus d'agrément s'assurent que le code existe et qu'il soit connu de ses employés et des représentants des usagers rencontrés.

Depuis janvier 2008, tous les établissements ont été visités dans un contexte d'agrément maintenant obligatoire, à partir de grilles de normes standards de qualité et des processus particuliers élaborés par les deux principaux organismes autonomes reconnus,

soit le Conseil Québécois d'Agrément²³ ou Agrément Canada²⁴. L'obligation consiste à se soumettre à l'un des organismes reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, et seuls ces deux organismes sont reconnus au Québec. Les deux processus entraînent des modes d'évaluation qui procèdent de façon différente mais qui recherchent des résultats semblables en termes de la qualité. L'établissement doit faire le choix de l'un des deux organismes.

Le Québec est la seule Province du Canada où l'agrément est un processus obligatoire qui sera dorénavant fait dans un cycle de quatre ans à compter de 2012. Ainsi, aux quatre ans, chacune des organisations de santé doit renouveler son certificat d'agrément et démontrer avoir fait les correctifs demandés à la suite de la visite précédente. Comme les normes et les standards évoluent avec le temps, de nouvelles normes peuvent apparaître et obliger les organisations à se conformer. L'agrément est un processus continu de la qualité qui permet à chacune des organisations de se mesurer à des normes et des standards de qualité reconnus. Les deux organismes sont eux-mêmes agréés par un organisme international de certification appelé « International Society for Quality in Health Care »²⁵ (ISQua).

Qui sont les deux organismes reconnus? Agrément Canada existe depuis plus de 60 ans (il a porté des noms différents, tels l'Association Canadienne d'Accréditation des Hôpitaux ou le Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé) et dès son origine s'est habilité à agréer des hôpitaux. Sa création en 1950 d'ailleurs est l'œuvre commune des associations médicales canadiennes et américaines qui ensemble ont démarré le processus d'agrément puis se sont par la suite scindé en deux corporations autonomes. L'Association américaine est toujours existante, soit la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization²⁶. Depuis quelques années, Agrément Canada a développé un programme d'agrément habilité à agréer tout type d'établissements de santé quelle que soit la composante médicale impliquée. Le programme actuel, appelé

²³ <http://www.agrement-quebecois.ca/>

²⁴ <http://www.accreditation.ca>

²⁵ <http://www.isqua.org/>

²⁶ <http://www.jointcommission.org/accreditation/hospitals.aspx>

Q'Mentum repose en 2010 sur un répertoire de 45 normes et de 35 pratiques organisationnelles requises (POR). Selon les programmes en place, les normes et les POR sont retenues en fonction de la nature de l'organisation. Ce n'est pas celle-ci qui choisit mais bien Agrément Canada en vertu de la Mission de l'organisation visitée.

Ajoutons qu'Agrément Canada a développé un marché international en vendant son expertise en agrément dans des pays tels l'Arabie Saoudite, Le Bahrein, le Koweït, la France, l'Italie, le Costa Rica, le Brésil, le Liban, etc. Mentionnons enfin qu'Agrément Canada, tout comme Le Conseil Québécois d'Agrément, sont deux corporations autonomes à but non lucratif et ils ne relèvent donc pas des autorités gouvernementales. Chacun des établissements visités qui souhaite obtenir l'agrément doit défrayer le coût de son évaluation.

Le Conseil Québécois d'Agrément a vu le jour il y a plus de 15 ans car des organisations comme les CLSC ou les Centres d'hébergement d'alors n'étant pas des organisations à forte présence médicale, ne pouvaient être agréé par l'organisme canadien. Un groupe de gestionnaires et de chercheurs ont développé un processus original d'évaluation de la qualité en établissant des standards de qualité basés sur 27 processus, regroupés sous 10 normes et analysés sous quatre dimensions, soit la formalisation, l'actualisation, la pertinence et le respect des obligations légales. Le Conseil Québécois d'Agrément a également développé le programme de certification des résidences privées d'hébergement au Québec pour le compte du MSSS. Les Centres de réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle et les Centres Jeunesse sont majoritairement évalués et agréés par le Conseil Québécois d'Agrément.

Pour les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) toutefois, au nombre de 95 à travers le Québec, ils sont des organisations territoriales avec des missions d'hôpitaux, de CLSC et de CHSLD regroupés. Une entente sur 10 ans est intervenue en 2007 et elle fait en sorte que tous les CSSS sont obligatoirement visités avec le programme Q'Mentum d'Agrément Canada et s'ajoutent les questionnaires de satisfaction de la clientèle et de mobilisation du personnel du Conseil Québécois d'Agrément

obligatoirement utilisés. Les deux organisations d'agrément ont signé ce protocole afin d'avoir une uniformité dans l'évaluation pour les 95 organisations qui sont mis en place sur des bases territoriales et ainsi dégager une vision claire et commune de leur respect des standards de qualité vérifiés par le même processus.

Dans l'obligation d'élaborer un code d'éthique, la loi parle de droits des usagers et de conduites attendues des employés. De plus, chacun des établissements devra fixer les règles de bris de confidentialité pour les deux situations à être ajoutées au code d'éthique, soit les sondages sur la qualité des services et la sollicitation monétaire de la part des fondations associées aux établissements. Mais quel est le sens réel donné à ce code d'éthique qu'on y voit encore aujourd'hui, alors que les scandales médiatiques se succèdent au sein d'organisations qui bien souvent possèdent des codes d'éthique et qu'ils ont également fixé des comportements attendus de leurs employés? Dans les organisations publiques, le CHSLD St-Charles-Borromée fut l'exemple le plus connu et largement publicisé.

Des exemples d'entreprises privées ont également été largement médiatisés : ENRON, Norbourg, etc. « Et pourtant, une étude américaine aurait démontré que 93% des 500 plus grandes compagnies américaines identifiées dans la revue Fortune ont adopté des codes d'éthique et 44% d'entre elles diffusent des programmes de formation éthique à leur personnel. »²⁷ Que vaut un code d'éthique si les dirigeants ne le respectent pas et il semble que ce soit l'une des principales leçons à tirer de l'exemple d'Enron²⁸ et probablement que la situation Norbourg est semblable, du moins elle apparaît ainsi selon les éléments qui ont été publiquement connus et diffusés dans les différents médias.

Il est possible de constater un fort courant de fusions ou de regroupements d'organisations un peu partout sur la planète. Il y a peu de jours où l'on n'entende pas

²⁷Bourbonnais, 1993, Sous la direction de Me. Pierre, Le code d'éthique : un projet de ralliement, Guide à l'intention des centres hospitaliers et des centres d'hébergement et des soins de longue durée, Association des hôpitaux du Québec, page 6

²⁸Dion, Michel, (mai 2005) Programme de développement et de perfectionnement des directrices et directeurs généraux : les considérations éthiques et la direction générale, Faculté d'administration, Université de Sherbrooke, ADM 746, (notes de cours)

parler d'une nouvelle fusion ou d'une intention des uns et des autres. Le réseau de la santé et des services sociaux du Québec n'y échappe pas. En 1991, ce réseau comptait plus de 900 établissements autonomes et gérés par autant de conseils d'administration. De réformes en fusions, volontaires ou forcées, il en compte actuellement environ 185 qui regroupent une ou de nombreuses installations. D'ailleurs, un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) compte actuellement 26 installations réparties sur un vaste territoire. Comment la direction peut-elle être visible et présente dans ces 26 endroits où elle offre des services et faire vivre un code d'éthique qui interpelle chacun des employés de son organisation?

Une Province voisine du Québec, le Nouveau Brunswick, a récemment fait la réorganisation complète de son réseau de santé et de services sociaux et a créé en 2010, 2 seuls établissements pour toute la province, soit un établissement francophone, et l'autre anglophone. La Province a été découpée en deux territoires et tous les hôpitaux, les centres d'hébergement et les cliniques de chacun des deux territoires ont été regroupés et confiés à la gouverne de deux conseils d'administration. Encore là, il est très difficile pour les dirigeants d'être présents à la clientèle ou aux employés répartis dans plus de 20 installations sur un grand territoire.

1.5 La situation hors Québec

Déjà en 1950, on se préoccupait de s'assurer de comportements moraux de la part des employés des hôpitaux et nous en avons retracé un exemple intéressant et significatif. Celui qui signe un avant-propos à un « code de morale » destiné aux directions d'hôpitaux est le président du comité des hôpitaux du Québec. Et ce code de morale est une traduction intégrale du code de morale qui s'applique à cette époque aux États Unis et au Canada, pour les hôpitaux catholiques bien sûr. Mais les hôpitaux québécois à cette période étaient majoritairement catholiques et habituellement dirigés par des communautés religieuses.

Et le président de ce comité des hôpitaux d'inscrire :

Les principes de base contenus dans ce Code sont immuables. Cependant, en raison des problèmes que les études théologiques et les progrès constants de la science médicale peuvent faire surgir, ainsi que de la lumière nouvelle qu'ils peuvent projeter sur d'anciennes difficultés, l'application de ces principes est sujette à variation. (p.1) Et concernant la « narcothérapie : Le recours à la narcose ou à l'hypnose, pour la guérison d'une maladie mentale, est licite, avec le consentement – au moins raisonnablement présumé – du patient. Les précautions nécessaires doivent être prises pour protéger le malade et l'hôpital contre les mauvais résultats possibles et sauvegarder le droit du patient au secret.²⁹

L'Alliance catholique canadienne de la santé qui regroupe un nombre important d'établissements à travers le Canada est encore fort répandue, car les aumôniers en poste dans les établissements réclament à leurs dirigeants que l'établissement soit membre de cette Association. Cette association publie actuellement un important volume de documents de réflexion, dont notamment : la réflexion éthique et la prise de décision, la création d'un environnement éthique, les différends éthiques, un cadre de discernement éthique, etc. Il existe une profusion de documents proposés sur leur site Internet³⁰ concernant l'éthique et ses différentes applications que l'on sent très morales, basées sur un système de valeurs religieuses.

Les grandes associations nationales, tant américaines que canadiennes, telles l'American College of Healthcare Executives (ACHE), le Collège canadien des directeurs de services de santé, etc... disposent de codes d'éthique et de déontologie pour leurs membres et ils produisent également des documents de référence. Ainsi, l'ACHE propose des ressources additionnelles, telles le *ACHE Ethical Policy Statements : Creating an Ethical Environment for Employees, Decisions near End of Life, Ethical Decision making for Healthcare Executives, Ethical Issues Related to Staff Shortages*, etc... Il est également intéressant de noter que l'ACHE a inscrit dans son code d'éthique des directeurs: « An affiliate of ACHE who has reasonable grounds to believe that another affiliate has violated this Code has a duty to communicate such facts to the Ethics committee.»³¹

²⁹Boisvert, Yves, Jutras, Magalie, Legault, Georges A, Marchildon, Allison, 2003, avec la collaboration de Louis Côté, Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique, Liber, Montréal , page 8

³⁰ http://www.accs.ca/index_f.php

³¹ <http://www..ache.org/policy/envIRON.cfm>

Cette association va donc au-delà de ce que la loi québécoise a inscrit dans son article 233 concernant le code d'éthique prescrit pour les établissements québécois. En fait, cette prescription de l'association américaine rejoint les souhaits initiaux d'annoncer des mesures disciplinaires de la Ministre Lavoie-Roux, mais non retenus par le Ministre Côté en 1991. Éthique et déontologie sont encore présentées comme synonymes.

Les différents textes regardés mentionnent les administrations publiques et politiques comme cibles pour l'implantation de mesures d'éthique ou de conduite et les réseaux de santé sont également ciblés comme champ d'application. L'ensemble des « serviteurs publics » de toutes natures doivent contribuer à l'établissement de relation de confiance, développer la responsabilité et l'imputabilité de ses fonctionnaires auprès des appareils d'états démocratiques. L'évocation de codes et de règles d'éthique semble être devenue un incontournable, surtout dans les contextes où la pression sur les employés d'état et de services est importante et où la mondialisation oblige chacun des états à constater les meilleures pratiques et à les implanter dans leurs propres administrations.

De plus, les années 1980, dans de nombreux pays et particulièrement en Europe furent témoins de plusieurs cas de corruption publique. L'application du « Transparency Corruption Perception Index »³² a indiqué des variations de 8,7/10 (UK) à 5,3/10 (Italie) et il s'avère que ces mesures demeurent stables à travers les années. Ces situations, largement médiatisées ont amené les divers pays à se doter de codes de conduite, de codes d'éthique et à l'occasion de codes déontologiques afin de mettre fin à ces situations ou à tout le moins tenter d'en bloquer la récurrence. Il apparaît que l'OCDE a joué un rôle important et dès avril 1998, son Conseil a adopté une recommandation concernant l'amélioration des comportements éthiques dans les fonctions publiques afin de supporter les différents pays membres dans l'adoption de codes de différentes natures et qui dès le départ généralement ne prévoyaient pas de sanctions envers les fautifs.

³² Hine, David, 14-15 may 2004, University of Oxford, Codes of conduct for public officials in Europe, common label, divergent purposes, Paper delivered at the international Conference on « Governance and political Ethics », Center for Canadian Governance and Citizenship, University of Montreal, page 2

Même si les gouvernements agissent dans des cadres culturels, politiques et administratifs différents, ils sont souvent confrontés aux mêmes problèmes éthiques et les réponses qu'ils y apportent dans le cadre de leur gestion de l'éthique présentent des caractéristiques communes.³³

Peu importe les administrations ou les frontières qui les séparent, les pays sont confrontés aux mêmes problèmes.

Les détenteurs d'une charge publique devraient rendre compte de leurs actions devant leurs supérieurs, et, de manière plus large, vis-à-vis du public. L'obligation de rendre compte devrait porter à la fois sur le respect des règles et des principes éthiques et sur la manière de permettre des contrôles appropriés tout en ménageant une gestion suffisamment flexible. L'OCDE, sur cette même lancée, encourage toute organisation à mettre en place des mécanismes qui permettent de détecter les actes répréhensibles et de pouvoir enquêter de façon indépendante en ayant défini une structure pour gérer les situations qui font appel à l'éthique. Il ne faut pas juste détecter, réclame-t-elle, il faut agir sur les fautifs par des sanctions administratives ou disciplinaires afin de les décourager.

It is not enough to identify and stress the requirements of ethical behaviour and professional standards. The key to success is the implementation procedure. The administration of codes has a price, as it requires financial and human resources. The adoption of the code is just the first step and implementation is more important.... Polish, Bulgarian, Czech, Macedonian, Estonian, Latvian Codes of Ethics do not identify or establish an institution for administering the document³⁴

The balance of inspiration, guidance and regulation may ensure the vitality of such document. Researchers stress that codes of conduct should be simple, clear and stress key values.³⁵

³³ OECD / Public Management Service, 'Principles for Managing Ethics in the Public Service. OECD Recommendation', in PUMA Policy Brief No 4, May 1998, <http://www.oecd.org/dataoecd/59/54/1899161.pdf>, page 1

³⁴ Palidaukaite, Jolanta, Ph.D, 2003, Codes of conduct for public servants in eastern and central european countries : comparative perspective, Department of public administration, faculty of social sciences, Kaunas University of Technology, Lithuania, Paper presented at the EGPA Annual Conference, Oeiras, page 18

³⁵ Ibidem, page 19

À l'instar de ces pays d'Europe de l'Est comme de l'Ouest, le Canada s'est également doté d'un outil semblable, appelé le « Code de valeurs et d'éthique de la fonction publique » qui décline les valeurs à être partagées pour maintenir la confiance du public envers la fonction publique et elles sont déclinées en valeurs démocratiques, professionnelles, liées à l'éthique et aux personnes. Le non-respect de ces valeurs entraîne des conséquences explicites... « Un fonctionnaire qui ne se conforme pas aux dispositions du Code, s'expose à des mesures disciplinaires, y compris, le cas échéant, le congédiement. »³⁶

Après ces quelques citations, il apparaît assez clairement que les différents pays s'influencent dans les différents moyens qu'ils mettent en place pour se prémunir contre la corruption ou la malversation et les analyses réalisées démontrent clairement les relations obligatoires qui doivent exister entre les élus et les fonctionnaires qui servent les mêmes intérêts pour le bien-être de leur communauté.

Les codes de conduite, les codes d'éthique, les codes de déontologie apparaissent généralement après des situations jugées inacceptables qui se retrouvent sur la place publique. St-Charles-Borromée, Enron, les cas de corruption en Italie et les autres entraînent généralement un gouvernement à prendre des mesures afin que ces situations ne se reproduisent plus et que les gouvernements soient de nouveau blâmés s'il y avait récurrence. L'ex-ministre de la santé et des services sociaux du Québec, Philippe Couillard (2003-2008), comme il y avait déjà des codes d'éthique obligatoires pour les institutions, a décrété les visites ministérielles. Le Conseil du Trésor canadien a adopté le code d'éthique et de valeurs de la fonction publique et tous les Gouvernements d'Europe en particulier, ont adopté des codes de conduite ou d'éthique pour leur fonction publique.

³⁶ Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, Code de valeurs et d'éthique de la fonction publique, (2003), page 40

Dion³⁷ identifie enfin que l'Amérique du Nord et l'Europe sont au même stade de développement entre la promulgation des lois versus la dissémination de codes d'éthique dans les organisations, suivis par l'Amérique du Sud où les volumes de lois diminuent s'éloignant ainsi de comportements éthiques, puis l'Asie et enfin l'Afrique.

1.6 Synthèse

Ce premier chapitre a permis de bien situer l'objet des préoccupations de ce mémoire. La lecture des différentes documentations, la législation en vigueur, les différents documents pertinents consultés, dont les recommandations de l'association qui regroupe les établissements du réseau de la santé québécois, pour bien situer le code d'éthique comme outil souhaité d'auto réglementation ou d'auto régulation interne. Les autorités ministérielles, dès la fin des années 1980 en inscrivant l'obligation du code d'éthique dans la loi ont souhaité que chaque employé, en plus des lois à respecter des politiques et des règlements édictés dans les organisations, développe des comportements exemplaires en partageant des valeurs communes édictées.

Enfin, il est une question que l'on n'aborde jamais, mais est-ce que le code d'éthique de chacune des organisations est bien rédigé ou construit afin de véritablement répondre aux objectifs visés? Est-ce qu'il est véritablement un code d'éthique, ou s'il n'est pas un peu quelquefois un code de déontologie, une déclaration de valeurs communes, un engagement, une réglementation additionnelle, etc...? Cette question n'a pas encore été regardée sous cet aspect mais elle le sera au prochain chapitre, car si les intentions des législateurs étaient claires, est-ce que la demande qui est faite aux établissements depuis 1991, donne les résultats escomptés? Il n'est pas seulement question d'une formulation mais est-ce que l'outil est approprié pour atteindre les résultats escomptés, est-ce que le ministère de la Santé et des Services sociaux a regardé les effets réels et mesuré les résultats atteints. Les visites ministérielles qui sont faites dans les établissements et qui ont mesuré l'usage qui est faite des codes d'éthique a permis de constater que ces codes

³⁷ Dion, Michel, mai 2005, Programme de développement et de perfectionnement des directrices et directeurs généraux : les considérations éthiques et la direction générale, Faculté d'administration, Université de Sherbrooke, ADM 746, (notes de cours)

ne servent pas les fins annoncées. Il sera intéressant alors de voir (Chapitre 3) si la demande qui est faite est appropriée pour les fins recherchées.

Retenons pour le moment que le Ministre de la santé et des services sociaux du Québec recherche des conduites appropriées des employés. Il l'a inscrit dans la Loi en 1991, mais à chacun des changements ultérieurs à la loi, en 1998 et en 2005, les ministres successifs n'ont jamais retiré la demande originale. Ils n'ont qu'ajouté une nouvelle demande dont la pertinence peut être questionnée. Le Ministère ne se soucie nullement du comment est rédigé le code, ne fait pas de suivi à cet égard, il ne vérifie pas véritablement l'utilisation qu'en font les établissements et il ne s'assure pas de l'utilité du code d'éthique en relation avec les orientations ministérielles énoncées qui parlaient du code d'éthique comme outil devant guider les décisions de gestion tant administratives que cliniques.

Enfin le code d'éthique est disponible dans l'établissement et plus de la moitié des établissements n'ont pas cru utile de l'inscrire sur leur site Web disponible au grand public. Les prochains chapitres nous permettront de regarder quelques concepts afin de préciser la notion d'éthique, puis nous regarderons le code d'éthique en lien avec la préoccupation de régulation. Les Ministres successifs à la tête du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ont tous affirmés chacun leur tour vouloir assurer des comportements adéquats de la part des employés, ce que nous traduisons par une volonté de régulation. Nous souhaitons développer ce concept en lien avec l'obligation du code d'éthique.

CHAPITRE 2 : MÉTHODES ET RÉSULTATS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux fait une prescription claire de ce qui doit être inscrit au code d'éthique. Les droits des usagers et les conduites attendues du personnel apparaissent les éléments centraux qui doivent y figurer. Il doit de plus être distribué aux personnes hébergées et remis à toute personne qui en fait la demande. Une grande majorité d'établissements le rend disponible dans des présentoirs un peu partout, particulièrement près des entrées ou dans les salles d'attente. Il fut donc assez aisé d'en obtenir un certain nombre d'exemplaires pour en faire une analyse. Celle-ci se basera sur la prescription de la loi. Mais est-ce qu'il existe une liste de droits reconnus? Est-ce qu'il existe une liste de conduites attendues du personnel? En effet, il importait de regarder si ces codes répondent aux obligations de l'article 233 qui demande de préciser les droits des usagers, les conduites attendues du personnel, de le rendre disponible et de préciser le droit de refuser la transmission de ses noms et coordonnées à une maison de sondage sur la satisfaction des services reçus ou à la fondation de l'établissement pour sollicitation.

L'établissement doit informer les usagers de la modalité permettant de refuser que leurs noms et coordonnées soient transmis aux maisons de sondage et aux fondations.

2.1 Méthodologie

Au Québec, comme nous l'avons vu, la loi sur les services de santé et les services sociaux oblige tous les établissements assujettis à se donner un code d'éthique selon les paramètres vus et à le rendre disponible à toute personne qui en fait la demande. Ainsi, il est assez facile de faire une cueillette de ces documents. Pour notre étude, 35 codes d'éthique en vigueur en 2010 ont été analysés en regard de certaines préoccupations quant à leur contenu (Tableau 1). Le Québec compte un peu moins de 200 établissements, ce qui fait que l'analyse de 35 codes représente 18% des codes des établissements publics actuels. Ces codes reconnus comme documents publics et devant être remis à toute personne qui le demande selon l'énoncé même de la Loi (article 233, cité précédemment) ont été obtenus soit directement à l'établissement, demandés par courrier ou pris sur le site web de l'établissement.

2.2 Résultats

Les types d'établissements : Les 35 codes regardés proviennent de :

- 5 Hôpitaux universitaires,
- 1 Hôpital général,
- 3 Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée,
- 3 Centres de réadaptation et
- 23 Centres de Santé et de Services Sociaux.

Les régions de provenance : Dix régions administratives sur les 16 existantes au Québec:

- 13 proviennent de Montréal,
- 3 de Montérégie,
- 1 de Laval,
- 2 d'Abitibi-Témiscamingue,
- 4 de Mauricie/ Centre du Québec,
- 5 du Bas-St-Laurent/ Gaspésie,
- 1 de l'Estrie,
- 2 de l' Outaouais,
- 2 du Saguenay/Lac-St-Jean,
- 2 de Chaudières/Appalaches.

L'année d'adoption : 6 codes n'indiquent aucune date d'adoption, pour les 29 autres, on en retrouve 1 en 2011, 5 en 2010, 2 en 2009, 6 en 2008, 7 en 2007, 6 en 2006, 2 en 2005. En 2012, le CHUM présente toujours son code d'éthique adopté en 2005 signé par le directeur général qui a quitté l'établissement en 2008. 15 codes sur les 29 qui sont datés ont déjà plus de 5 ans sans avoir été remis à jour.

Le format de présentation : les codes se présentent sous toutes sortes de formats, mais l'on compte : 11 codes sous forme de cahiers (8 ½ x 11) brochés ou boudinés, etc., 9 sous forme de dépliants et encore là, de toutes dimensions et enfin, 15 en mode livrets,

soit la moitié d'un cahier. Les 11 cahiers ont en moyenne 15 pages, allant de 3 à 32 pages. Les 9 dépliants ont en moyenne 8 feuillets, allant de 6 à 10 feuillets. Les 15 livrets ont en moyenne 16 pages, allant de 10 à 28 pages. Sauf pour les cahiers, tout type de formats est utilisé pour les dépliants ou les livrets.

Le tableau suivant (Tableau 2) présentera la liste des 35 établissements dont le code d'éthique fut analysé et nous indiquerons leur date d'adoption, lorsque présente, la région administrative où se situe l'établissement au Québec et enfin la forme de présentation du code en mode écrit et le nombre de pages.

Tableau 2 : Liste de 35 codes d'éthique des établissements de santé, leur date d'adoption, la région et le format de publication

	Établissement	Date d'adoption ³⁸	Région administrative	Format (pages)
1	CHUM	2005	Montréal	Cahier (11)
2	CUSM	non daté	Montréal	Cahier (5)
3	Hôpital Santa Cabrini	mai 2007	Montréal	Livret (14)
4	Institut de Cardiologie de Montréal	non daté	Montréal	Dépliant (10)
5	Hôpital Rivières-des-Prairies	avril 2006	Montréal	Dépliant (10)
6	Hôpital Du Sacré-Cœur	2008	Montréal	Livret (17)
7	CHSLD Hôpital Chinois de Montréal	2008	Montréal	Cahier (3)
8	CHSLD Château Westmount	2010	Montréal	Cahier (20)
9	Centre de Soins Prolongés Grace Dart	non daté	Montréal	Cahier (23)
10	Institut Nazareth & Louis-Braille	non daté	Montérégie	Livret (24)
11	Centre de réadaptation La Maison	non daté	Abitibi	Cahier (13)
12	Centre de réadaptation InterVal	février 2010	Mauricie	Livret (10)
13	CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	non daté	Montréal	Livret (10)
14	CSSS de la Pointe-de-L'Île	4 juin 2007	Montréal	Cahier (26)
15	CSSS Jeanne-Mance	5 février 2008	Montréal	Dépliant (8)
16	CSSS du Sud-Ouest-Verdun	mai 2009	Montréal	Livret (14)
17	CSSS de Kamouraska	10 juin 2008	Bas-St-Laurent	Dépliant (6)
18	CSSS de Trois-Rivières	12 avril 2005	Mauricie	Livret (28)
19	CSSS du Haut-St-Maurice	révisé janvier 2006	Mauricie	Cahier (11)
20	CSSS de la Mitis	11 décembre 2007	Gaspésie	Livret (12)
21	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	non datée	Outaouais	Livret (12)
22	CSSS Champlain	20 juin 2007	Montérégie	Livret (16)
23	CSSS Pierre-Boucher	2010	Montérégie	2 Livrets (16)

³⁸ Certains documents ne sont pas datés, mais ils ont été obtenus de l'établissement en 2010 et considérés comme leur version actuelle.

24	CSSS des Basques	non daté	Bas-St-Laurent	Dépliant (6)
25	CSSS du Rocher-Percé	20 juin 2010	Gaspésie	Cahier (20)
26	CSSS de Montmagny-L'Islet	18 avril 2007	Chaudières-Appalache	2 Livret (28)
27	CSSS du Grand-Littoral	novembre 2006	Chaudières-Appalaches	Cahier (32)
28	CSSS de Lac-St-Jean-Est	2010	Saguenay	Cahier (4)
29	CSSS de Laval	juillet 2009	Laval	Livret (16)
30	CSSS Cléophas-Claveau	non daté	Saguenay	Dépliant (6)
31	CSSS de Rouyn-Noranda	2006	Abitibi-Témiscamingue	Dépliant (8)
32	CSSS du Pontiac	2007	Outaouais	Livret (16)
33	CSSS du Granit	2011	Estrie	Dépliant (8)
34	CSSS de Bécacour-Nicolet-Yamaska	2006	Mauricie	Livret (12)
35	CSSS Rivière-du-Loup	2008	Bas St-Laurent	Dépliant (8)

Nous avons également voulu vérifier l'adéquation entre les codes et les différents éléments prescrits par la loi à l'article 233.

Les droits des usagers : 34 des 35 établissements inscrivent les droits reconnus à leurs usagers; 1 établissement n'en inscrit aucun. Les autres en ont inscrits 10 droits en moyenne, allant de 4 à 45. Globalement, on parle de respect, de dignité, d'honnêteté, d'amélioration de la qualité, de respect de l'individualité, de la protection des personnes vulnérables, du pouvoir d'action sur sa santé, etc.

Les conduites attendues du personnel : 34 des 35 établissements inscrivent des conduites attendues de leur personnel et un seul ne l'indique pas et ce n'est pas le même qui n'a pas inscrit les droits des usagers. Pour les autres, on y retrouve 28 conduites en moyenne, allant de 3 à 76 conduites attendues. Globalement, on y parle de respect envers les usagers, d'accompagnement, d'assistance, de refuser toute gratification, de s'identifier lorsqu'on donne un service, d'annoncer le service rendu, de demander le consentement, etc.

Le droit de refuser de transmettre ses coordonnées pour des sondages ou à la fondation de l'établissement : 20 codes d'éthique contiennent les indications demandées dans la loi permettant aux usagers qui le souhaitent de voir leur nom retiré des listes de transmission aux maisons de sondage ou aux Fondations; 15 codes d'éthique ne

contiennent aucune allusion à cette obligation pourtant demandée (article 233 de la LSSSQ)

Rendre disponible le code d'éthique à toute personne qui le demande : Cette dernière obligation n'est pas mesurable, toutefois aucune objection n'a été soulevée lors des demandes pour le présent travail. De plus, on nous a souvent mentionné lors de certains contacts que le code d'éthique était systématiquement déposé dans les pochettes d'accueil des nouveaux résidents en hébergement ainsi que lors de l'arrivée de nouveaux employés.

Autres informations recueillies : Il est devenu presque d'usage que si l'on reconnaît des droits aux usagers, on leur reconnaît également des responsabilités et l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) le recommandait également³⁹. Ainsi 29 codes d'éthique inscrivent en moyenne 10 responsabilités, allant de 1 à 43. Six codes n'en font pas mention. En contrepartie, la reconnaissance des responsabilités des usagers a également amené plusieurs établissements à formuler dans leur code des engagements envers les usagers. Ainsi 17 codes d'éthique précisent ce dont ces derniers sont en droit de s'attendre de la part de l'établissement qui s'engage envers les usagers desservis. Également, 32 codes d'éthique sur les 35 examinés, précisent aux usagers leur droit de porter plainte s'ils ne sont pas satisfaits des services et la plupart mentionne l'accès au Commissaire à la qualité et aux plaintes comme modalité pour déposer une plainte, une insatisfaction ou simplement pour questionner l'organisation des services.

Il avait été mentionné au premier chapitre, lors de l'arrivée de l'obligation du code d'éthique en 1991, que le ministre d'alors souhaitait inclure des mesures de représailles lors du non-respect des conduites attendues du personnel mais que le ministre suivant qui avait présidé à l'inclusion du code d'éthique dans la Loi SSSS n'avait pas retenu l'obligation d'inscription de mesures advenant un non-respect. L'analyse des 35 codes

³⁹ AQESSS, 2007, Le code d'éthique – outil de mobilisation et d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, outil de référence, page 6

actuels montre que 5 établissements ont indiqué qu'il pourrait y avoir de mesures prises lors d'un non-respect des droits reconnus ou des conduites attendues par le personnel. À cet égard, chacun est invité à s'adresser au Commissaire à la qualité et aux plaintes qui verra avec l'établissement à ce que les mesures appropriées soient prises. Sans préciser davantage, on ouvre simplement la porte à ce que quiconque puisse questionner des comportements inappropriés. Alors que 32 codes d'éthique indiquent clairement le droit de porter plainte, il n'y a que 5 codes qui ouvrent vers des mesures de représailles. Les 30 autres n'en font aucunement mention.

La Loi qui prescrit le code d'éthique indique que le code doit être distribué aux personnes hébergées et remis à toute personne qui en fait la demande. Un moyen d'accès actuel facile et rapide est Internet et nous avons regardé parmi les 35 établissements dont nous disposons de leur code d'éthique, combien d'entre eux avaient mis leur code d'éthique sur leur site web accessible au grand public. Sur les 35, nous en avons répertorié seulement 16. Il est possible de les retrouver même si l'accès n'est pas toujours simple. Il faut vraiment faire le tour du site web de chacun des établissements pour retrouver le code d'éthique disponible au grand public. Aucun d'entre eux ne se retrouve spontanément en ouvrant le site. Il faut vouloir le trouver pour y arriver. Sur les 16 retrouvés, quelques-uns étaient classés avec la documentation tout comme les rapports annuels également obligatoires dans la même loi. Un établissement indique que son site est en reconstruction (CSSS du Haut-St-Maurice) et un autre indique le code d'éthique, mais il n'y a que le titre (Centre de Soins Prolongés Grace Dart).

Lorsqu'il est prescrit que le code d'éthique doit être remis aux usagers hébergés et remis à toute personne qui en fait la demande, nous en sommes arrivés au constat que le code d'éthique est disponible si effectivement on en fait la demande. Il est généralement accessible dans les présentoirs des établissements, car la majorité des codes que nous avons consultés a été ainsi obtenue, (nous allions à l'établissement pour une toute autre raison et en profitons tout de même pour demander formellement à la direction une copie de leur code d'éthique. Il n'est jamais arrivé que l'établissement refuse ou ne soit pas généreux pour le remettre, bien au contraire. Alors que nous retrouvons

systématiquement un descriptif de l'établissement avec ses différents programmes et services, les emplois disponibles, les rapports annuels des dernières années et de nombreuses autres informations sur l'établissement, plus de la moitié des établissements (19 sur 35) n'ont pas jugé pertinent d'y mettre leur code d'éthique.

De plus, mentionnons quelques dernières particularités rencontrées. Trois codes se présentent spontanément en version bilingue, soit deux français/anglais et un en français/italien (Hôpital Santa Cabrini). Quelques autres mentionnent qu'une version anglaise est disponible. Un code indique qu'il est actuellement en consultation avant son adoption. Un établissement, a produit son code d'éthique mais il a de plus produit un code de conduite entre employés. Le code d'éthique est spécifique sur les droits des usagers et les conduites attendues des employés en regard de ces droits et cet établissement a souhaité aller au-delà de la demande prévue à la loi et a inscrit un code de conduite entre les employés afin d'appuyer son intention de vraiment respecter les usagers. Et finalement, un établissement n'a pas retenu l'appellation « code d'éthique » tel que prévu à la loi et a décidé de répondre à la demande de la loi mais il a appelé son document « code des droits, devoirs et responsabilités de la personne » (CSSS Rivière-du-Loup). Il est spécifié en introduction que ce code est un instrument sur la façon d'agir et d'être des personnes dans l'organisation. À ce titre, il concerne tout autant les usagers que le personnel. Outre la différence de titre, le contenu rejoint toutefois les autres codes et il répond aux obligations de la loi.

Les 2 prochains tableaux (Tableaux 3) présentent les données colligées dans chacun des 35 codes d'éthique. Ainsi le nombre de droits reconnus sont répertoriés, les responsabilités des usagers, les conduites du personnel, le droit de pouvoir porter plainte, l'indication s'il y a des mesures de représailles inscrites au code, l'indication sur le format de présentation à savoir s'il y a une version unique (VU) ou parfois, un dépliant résumant le code pour un accès plus facile, disponible et plus aisément distribué (2V). La colonne suivante indiquera s'il y a des responsabilités pour l'établissement, les engagements particuliers que prend l'organisation et enfin, il indiquera si la modalité de

faire retirer son nom des listes transmises aux fondations et aux maisons de sondage est présente.

Tableau 3 : Recueil des données sur les obligations légales retrouvées dans les 35 codes d'éthique (2 tableaux)

Établissement	# de droits reconnus aux usagers	# de responsabilités dévolues aux usagers	# de conduites identifiées pour le personnel
CHUM	8	0	11
CUSM	7	5	7
Hôpital Santa Cabrini	6	1	5
Institut de Cardiologie de Montréal	7	5	13
Hôpital Rivières-des-Prairies	9	4	3
Hôpital Du Sacré-Cœur	6	20	40
CHSLD Hôpital Chinois de Montréal	10	1	9
CHSLD Château Westmount	13	13	5
Centre de Soins Prolongés Grace Dart	6	32	73
Institut Nazareth & Louis-Braille	8	4	38
Centre de réadaptation La Maison	4	21	33
Centre de réadaptation InterVal	10	11	13
CSSS Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	5	3	13
CSSS de la Pointe-de-L'Île	20	43	76
CSSS Jeanne-Mance	7	7	32
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	7	12	32
CSSS de Kamouraska	16	14	10
CSSS de Trois-Rivières	26	11	43
CSSS du Haut-St-Maurice	45	0	51
CSSS de la Mitis	14	7	59
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	8	12	7
CSSS Champlain	5	4	4
CSSS Pierre-Boucher	8	9	25
CSSS des Basques	15	6	7
CSSS du Rocher-Percé	13	0	55
CSSS de Montmagny-L'Islet	7	7	35
CSSS Grand-Littoral	13	6	75
CSSS Lac-St-Jean-Est	8	0	0
CSSS Laval	5	0	56
CSSS Cléophas-Claveau	0	0	6
CSSS Rouyn-Noranda	12	9	48
CSSS Pontiac	4	9	30

CSSS Granit	10	8	11
CSSS Bécacour-Nicolet-Yamaska	16	8	18
CSSS Rivière-du-Loup	8	4	8

Établissement	Droit de porter plainte?	Mesures de représailles contre les employés?	Code en version unique (VU) ou sous deux versions (2V)?	Responsabilités incombent aux établissements?	Peur refuser transfert de nom aux fondations et maisons de sondage?
CHUM	oui	non	V.U.	non	non
CUSM	non	non	V.U.	oui	non
HSCabrini	oui	non	V.U.	non	oui
ICMontréal	oui	non	V.U.	non	non
HSCMontréal	oui	non	V. U	oui	oui
HRdPrairies	oui	non	V. U	oui	oui
Hop. chinois	oui	non	V.U.	oui	non
INLouis-Braille	oui	non	V.U.	oui	non
C. Westmount	oui	non	V.U.	non	non
CSPGraceDart	oui	oui	V.U.	oui	oui
CR La Maison	oui	non	V.U.	oui	non
CR InterVal	oui	non	V.U.	oui	oui
CSSS B.Cartierville	oui	non	V.U.	non	oui
CSSS P.de l'Île	oui	oui	2 V	oui	oui
CSSS J.Mance	oui	non	V.U.	non	oui
CSSS SOVerdun	oui	non	V.U.	non	oui
CSSSKamouraska	oui	non	2 V	non	oui
CSSS Trivières	oui	non	V.U.	oui	oui
CSSS HSMaurice	oui	non	V.U.	non	oui
CSSS Mitis	oui	oui	V.U.	non	oui
CSSS VGatineau	oui	non	V.U.	non	non
CSSS Champlain	oui	non	2 V	oui	non
CSSS P. Boucher	oui	non	2 V	oui	non
CSSS Basques	oui	non	V.U.	oui	non
CSSS R.Percé	oui	oui	V.U.	oui	oui
CSSS M. L'Islet	oui	non	V.U.	non	non
CSSS G.Littoral	oui	non	2 V	oui	oui
CSSS LSJean-Est	non	non	V.U.	oui	non
CSSS Laval	oui	non	V.U.	non	oui
CSSS C.Claveau	oui	non	V.U.	oui	non
CSSS R.Noranda	oui	non	V.U.	non	oui

CSSS Pontiac	oui	non	V.U.	non	non
CSSS Granit	oui	oui	V.U.	non	oui
CSSS B.N.Yamaska	oui	non	V.U.	non	oui
CSSS R.DU Loup	non	oui	2 V	non	oui

De plus, nous sommes allés voir sur le site internet du MSSS⁴⁰ les rapports individuels remis aux établissements à la suite des visites ministérielles présentées précédemment. Le MSSS rend public les résultats de ses visites et il est aisé d'aller consulter les rapports remis. Sur les 35 établissements dont nous disposons des codes, 29 d'entre-eux avaient reçu la visite ministérielle et 6 n'avaient pas été visités, soit les centres de réadaptation et quelques hôpitaux qui ne disposaient pas d'unités d'hébergement.

Nous avons regardé un seul rapport par établissement en retenant la visite la plus récente. Les CSSS peuvent compter 5, 7 ou 10 milieux d'hébergement au sein de leur organisation mais nous n'avons retenu que la visite du centre la plus récente. Sur les 29 établissements visités, 15 le furent en 2010 ou 2011. Autrement, les visites se situent en 2009 (1), 2008 (1), 2007 (7), 2006 (2), 2005 (2), 2004 (1). Pour la moitié des établissements qui nous intéressent, les visites sont assez récentes.

Les commentaires inscrits aux rapports consultés nous apprennent que 10 établissements remettent le code d'éthique aux résidents et au personnel, ils l'affichent et ne font rien d'autre. 3 autres établissements, en plus de le distribuer et de l'afficher, trouvent le moyen d'en discuter à l'interne. 7 rapports indiquent que l'établissement a indiqué que le code d'éthique leur sert de guide à l'action, qu'ils en font régulièrement référence, etc... Et enfin, 9 rapports indiquent que le code d'éthique n'est pas remis et n'est pas connu. Ainsi donc, 19 établissements répondent à la loi mais ils indiquent que leur code d'éthique n'a aucune utilité dans l'organisation. 10 établissements indiquent que le code est discuté ou sert d'élément de référence au sein de l'organisation.

⁴⁰ http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/visites_appreciation/visites.php

Le tableau suivant (Tableau 4) indique les données précises pour chacun des établissements. Les commentaires inscrits sont un résumé des notes retrouvées aux rapports ministériels déposés intégralement sur Internet.

Tableau 4 : Commentaires recueillis lors des visites ministérielles

CHUM	19-avr-06	Code pas affiché mais gouverne l'approche et philosophie d'intervention selon la direction.
CUSM	21-nov-07	Distribution pas claire, pas affiché. La direction dit que gouverne les décisions. Le personnel connaît pas.
HSCabrini	13-14-15 avr 2010	Le code est distribué, affiché (trop haut) et discuté en équipe à l'occasion.
ICMontréal		N'a pas été visité.
HSCMontréal		N'a pas été visité.
HRdPrairies		N'a pas été visité.
Hop. chinois	19-20 jan 210	Le code est distribué aux résidents et affiché. Le personnel n'a pas de suivi lors de manquements
INLouis-Braille		N'a pas été visité.
C. Westmount	24-jan-06	Revoir le code et le faire connaître.
CSPGraceDart	20-21 jan 2009	Document pas distribué, pas visible. Les comportements inacceptables sont suivis dans les unités.
CR La Maison		N'a pas été visité.
CR InterVal		N'a pas été visité.
CSSS B.Cartierville	07-avr-05	Revoir le code et intégrer le langage dans les orientations.
CSSS P.de l'Île	22-23-24 fév 2011	Le code est distribué. Activités sur le savoir-être développées. Activités de promotion du code en cours.
CSSS J.Mance	22 nov 2004	Code pas distribué, pas connu. Recommande d'intégrer le code aux valeurs et pratiques
CSSS SOVerdun	20-21 juin 2011	Le code est distribué et affiché. Aucun autre commentaire.
CSSSKamouraska	11-mai-11	Le code distribué et affiché.
CSSS T-Rivières	10-mai-11	Code distribué et affiché. Les résidents connaissent pas, le personnel souhaite activités de promotion.
CSSS HSMaurice	10-mars-05	Le code pas lu et pas connu. Les gens se questionnent sur son impact.
CSSS Mitis	23-jan-08	Connu et utilisé avec le personnel. Ont un bulletin info-éthique. Pas distribué ou remis aux résidents.
CSSS Vallée Gatineau	04-avr-07	Le code pas distribué, pas connu, En révision, sera distribué.
CSSS Champlain	16-17 mars 2010	Le code pas distribué, pas connu et aucune promotion.
CSSS P. Boucher	8-9-fév 2011	Le code diffusé et affiché, Des capsules diffusées en lien avec le code.
CSSS Basques	13-nov-07	Le code n'est pas distribué et pas connu des résidents

		et du personnel.
CSSS R.Percé	18-sept-07	Le code n'était pas encore distribué, peu connu du personnel mais les valeurs servent de guide.
CSSS M. L'Islet	25-26 mai 2011	Le code disponible dans la pochette d'accueil et sur certains babillards.
CSSS G.Littoral	27-28 avr 2010	Le code est distribué et tous reconnaissent qu'il y a peu d'activités de promotion.
CSSS LSJean-Est	04-oct-07	Un résumé du code est distribué et sert à guider l'approche.
CSSS Laval	23-mai-07	Le code distribué mais n'est pas utilisé par la suite pour guider l'intervention.
CSSS C.Claveau	8-9 juin 2010	Activités annuelles pour faire connaître le code d'éthique aux résidents et employés
CSSS R Noranda	24-oct-07	Le code pas distribué et pas connu.
CSSS Pontiac	16-fév-10	Code distribué à l'accueil, mais peu connu et pas assez rappelé.
CSSS Granit	8-9-10 juin 2010	Le code est distribué aux résidents et au personnel. Est rappelé à l'occasion.
CSSS B.N.Yamaska	12-jan-10	Améliorer la connaissance du code d'éthique, déjà bien diffusé et promu.
CSSS R.DU Loup	19-20 avr 2011	Code distribué, affiché et parfois rappelé

Nous retenons ici qu'il n'y a que le tiers des établissements qui véhiculent leur code d'éthique au sein de l'organisation.

2.3 Synthèse

35 codes d'éthique répondant à l'obligation de la loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec ont été obtenus et regardés sous différents angles. Il apparaît que tous les établissements se conforment à cette obligation et disposent d'un code d'éthique. Au-delà de ce constat, les analyses faites démontrent que chaque établissement y va de sa créativité et de ses choix. S'il avait été permis de constater que chacun s'approprie son outil et l'intègre dans sa gestion courante, cela démontrerait une grande valeur à cette obligation. Le constat est toutefois que 19 établissements sur les 26 visités par les équipes ministérielles répondent à l'obligation de la loi et sans plus. Il n'y a que 10 établissements qui indiquent s'en servir ou à tout le moins faire quelques discussions à l'interne.

De plus, de ne pas en discuter ou de le garder présent à la mémoire de chacun de façon régulière, ne peut avoir d'impact sur les conduites attendues du personnel et démontre

que le code d'éthique n'a pas de fonction de régulation des comportements attendus. Un seul rapport ministériel (Centre de Soins Prolongés Grace Dart) indique que les comportements inacceptables sont suivis dans les unités. Autrement, c'est le recours au Commissaire aux plaintes et à la qualité mentionné à 5 reprises. Cette instance ne dispose toutefois que d'un pouvoir de recommandation. Il ne peut agir directement, il fait enquête et remet des recommandations à l'organisation.

Nous retenons donc, à la suite de cette analyse, bien que le code d'éthique réponde majoritairement à la demande de la loi, dans le sens que le texte produit apparaît conforme à la demande législative, il n'apparaît pas avoir d'impact significatif auprès des employés pour la majorité des établissements visités par les équipes ministérielles.

CHAPITRE 3 : QUELQUES THÉORIES PERTINENTES

3.1 L'éthique comme concept central

Parler de code d'éthique oblige à traiter du concept d'éthique. Il n'est pas possible de parler de l'éthique sans la situer face à des questions de valeurs, de morale, de déontologie et de décliner différents concepts d'éthique. Il faudra également distinguer les codes d'éthique, de déontologie, les Chartes, les Déclarations... Il importe de préciser rapidement ce dont il est question lorsque l'on parle d'éthique dans les institutions de la santé et services sociaux dans le cadre de l'obligation faite aux établissements via l'article 233 qui oblige la création d'un code d'éthique, qui, rappelons-le demande particulièrement de préciser les droits des usagers et les conduites attendues des employés.

L'éthique, dont nous parlons ici est différente de l'éthique généralement connue comme éthique clinique. Il n'est pas question de regarder la problématique d'un individu aux prises avec un dilemme personnel, entre des choix à faire et qui sont bien souvent en relation avec des questions de vie ou de mort. Ce n'est aucunement le type d'enjeux auxquels nous interpelle le code d'éthique dans une organisation. Rappelons que le législateur a souhaité améliorer le comportement des employés par cette inclusion.

La seconde distinction traite de l'éthique de la recherche et concerne les obligations des chercheurs et la protection des sujets de recherche à qui l'on propose de se soumettre à des expérimentations et cette obligation de protection maintenant réglementée. Aucune expérimentation ne peut être faite sans que les sujets soient adéquatement informés des risques potentiels liés à cette expérimentation et consentent de façon éclairée en vertu des articles 20 et 21 du Code Civil du Québec.⁴¹ Ce n'est aucunement le type d'enjeux auxquels nous interpelle le code d'éthique dans une organisation. Rappelons que le législateur a souhaité améliorer le comportement des employés par cette inclusion.⁴²

⁴¹<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ/CCQ.html>, à jour au 1^{er} mars 2012

⁴² MSSS, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services, Juin 2004, page 41

De multiples définitions pourraient être utilisées dans la situation qui nous intéresse. La littérature donne plusieurs options⁴³ et nous en avons retenu une, car elle situe bien les enjeux de ce code d'éthique des organisations :

L'éthique peut être définie comme un ensemble de valeurs personnelles, collectives ou organisationnelles, servant à orienter l'action et par conséquent à donner un sens aux activités des individus, des regroupements de personnes ou des établissements dans une perspective d'autorégulation.⁴⁴

Lorsque l'on connaît les intentions du Ministre exprimées dans ses orientations ministérielles concernant le rôle qu'il souhaite voir jouer aux codes d'éthique dans les établissements, cette définition correspond tout à fait. Elle est multidimensionnelle, elle pose les questions de valeurs organisationnelles, elle oriente l'action, elle donne un sens aux activités et enfin, elle précise la finalité de l'utilisation du concept de l'autorégulation. Tous les éléments appropriés s'y retrouvent. Le prochain chapitre traitera d'ailleurs spécifiquement de la question de régulation.

Cette définition n'est aucunement exclusive pour les codes d'éthique, elle permet simplement de bien voir les enjeux de l'éthique autant sur le plan clinique, en recherche ou dans les perspectives de politiques publiques.

Reprenons plus en détail les éléments de la définition retenue en regard du code d'éthique. Éthique et valeurs vont de pair et ces dernières constituent les assises de l'éthique. Le jugement éthique se base sur des valeurs, habituellement entendues et convenues au sein d'un groupe particulier, d'une société. Elles ne sont pas une règle, elles ne sont pas une loi, car elles seraient appelées ou édictées ainsi. Elles sont les assises permettant la discussion et orientant l'action. Elles sont personnelles, car elles interpellent les individus à les partager, à être d'accord, à se les approprier soi-même, mais elles sont collectives, car les individus d'un même groupe doivent les partager et se mettre d'accord. Dans une organisation, les individus de cette même collectivité doivent partager les mêmes valeurs, car elles guideront les décisions individuelles et communes

⁴³ <http://www.europsy.org/marc-alain/defethic.html>

⁴⁴ Giroux, G, La pratique sociale de l'éthique, Montréal, Bellarmin, 1997, page 46-47

qui seront prises permettant de guider les comportements dans la même direction. C'est pourquoi l'on parle d'autorégulation, car si les individus partagent les mêmes valeurs implicitement ou explicitement, elles agiront dans le même sens dans des situations semblables.

Les politiques, les règlements, les normes édictées, les conventions collectives sont des mécanismes hétérorégulateurs, car ils précisent ce que chacun doit faire dans l'organisation dans les situations précises et quelles sont les règles de conduites prévues et attendues. Rappelons que le code d'éthique dans la volonté originale du législateur :

doit être perçu comme un des moyens retenus par le législateur pour susciter une réflexion positive sur la signification et sur la portée des droits des usagers et, ainsi, amener chaque établissement à traduire ces droits de manière concrète.⁴⁵

Et la traduction de ces droits passe par les conduites attendues en vertu de ces droits. Santé Canada apparaît illustrer le mieux cette définition et sa compréhension dans sa démarche globale de « Dialogue sur les valeurs et l'éthique »⁴⁶ où les énoncés de valeurs, les résultats des services et les conduites et comportements attendus sont tous trois explicités à partir du cadre de responsabilisation de gestion promulgué par le Secrétariat au Conseil du Trésor.⁴⁷ Chacune des régions du Canada pour chacun des ministères doit définir ses actions qui se doivent d'être reliées aux valeurs énoncées au départ. Ce processus fut mis en place à la suite du rapport du Vérificateur Général en

⁴⁵Perrier, Yvan, Les codes d'éthique dans les établissements de santé et de services sociaux : ou quand les mots ne disent pas tout..., Éditions La Maison Cartier, Verdun, 2000, page 32

⁴⁶ Plusieurs documents de Santé Canada explicitent cette démarche.

- Cadre de responsabilisation de gestion du Secrétariat du Conseil du Trésor
 - Façonner notre culture organisationnelle
 - Les valeurs fondamentales de Santé Canada : Une source de fierté, une promesse d'action : principaux résultats du Dialogue de Santé Canada sur les valeurs et l'éthique
 - Mesures en place pour les valeurs et l'éthique à Santé Canada, Région du Québec, mars 2005
 - Nos valeurs au cœur de nos actions, Orientations 2003-2006
 - Plan d'action pluriannuel du Dialogue sur les valeurs et l'éthique à Santé Canada
 - Plan d'action sur le respect de la personne (août 2004)
- Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada 2005-2006

⁴⁷ Centre canadien de la gestion, De solides assises : Rapport du groupe de travail sur les valeurs et l'éthique dans la fonction publique, réimpression janvier 2000, 110 pages

l'an 2000⁴⁸, qui lui, découlait d'une mise à jour du Rapport Tait⁴⁹, lui-même mis en place à la suite des recommandations publiées de l'OCDE en 1998 concernant les « Principes propres à favoriser la gestion de l'éthique dans le secteur public »⁵⁰.

Ainsi, toutes ces définitions et applications convergent vers le fait que l'éthique demeure une valeur en soi, qui se différencie ou parfois s'apparente à la morale et que l'on affiche à l'occasion comme une règle de droit par le biais de conduites attendues que l'on souhaite voir adoptées par les individus sans qu'il ne soit nécessaire d'édicter les mesures s'il n'y a pas adoption concrète de ces comportements. C'est un peu ce à quoi nous convie un code d'éthique en établissement. De plus, la discussion et l'autorégulation devraient suffire pour assurer la pratique de ces conduites attendues.

Potvin, qui a écrit un dossier thématique sur l'éthique dans le cadre de la Commission Rochon, affirme :

Il appartient à l'éthique de tracer une ligne de conduite, d'établir un guide lorsqu'une société n'a plus d'unanimité et qu'elle ne peut en avoir. À ce moment, l'éthique doit offrir un cadre de référence pour la résolution des conflits issus de valeurs et de réalités opposées. Ce rôle de l'éthique est fondamental parce que si celle-ci est impuissante à définir des lignes directrices pour orienter les choix d'une société, les pressions et les forces des groupes organisés s'y substituent et dictent les choix.⁵¹

En définitive, autant le Conseil du Trésor que Potvin sont assez explicites. L'éthique dans les organisations est une pratique sociale, un cadre de référence pour la résolution de conflits, pour orienter les choix et assurer des conduites conformes aux valeurs énoncées. Il est clair toutefois que l'éthique n'agit pas seule dans une organisation. Les cahiers de politiques internes, de procédures, de règlements, de conventions collectives, de mémos qui circulent, de rencontres de planification et de suivis, les assemblées

⁴⁸ Rapport du Vérificateur Général 2000, Les valeurs et l'éthique dans le secteur public fédéral, Chap.12, 2, 29 pages

⁴⁹ Centre canadien de la gestion, De solides assises : Rapport du groupe de travail sur les valeurs et l'éthique dans la fonction publique, réimpression janvier 2000

⁵⁰ <http://www.oecd.org/dataoecd/59/54/1899161.pdf>, 6 pages

⁵¹ POTVIN, Louise, 1987, Les problèmes d'éthique, rapport présenté à la Commission Rochon,.

organisées tant par la direction que par la partie professionnelle et même syndicale concourent tous à orienter l'action de chacun des employés.

Etchegoyen⁵², dans une vision davantage collée au monde des affaires plutôt qu'au système public de services, apporte une autre vision où il distingue clairement morale et éthique, bien qu'il reconnaisse que d'autres, surtout les philosophes, ne font pas tous cette distinction. Il reconnaît par contre que l'éthique a souvent remplacé la morale, mais qu'il n'aurait pas dû en être ainsi et il en impute la responsabilité au monde contemporain qui s'est développé une image, un langage et une apparence de légitimité pour mieux assouvir son besoin de profit en le marquant du sceau de l'éthique pour une meilleure acceptabilité et recevabilité. Et l'entreprise a gagné à ce jeu. Il nous dit que la morale nous amène à davantage agir « par devoir », alors que l'éthique nous entraîne à agir « conformément au devoir », ce qui marque une différence importante où la morale est une valeur interne qui guide les actions alors que l'éthique est une création externe à l'homme qui module des comportements attendus ou plus socialement acceptables.

Pauchant⁵³ distingue lui aussi morale et éthique. La morale est plus prescriptive parce qu'elle a des références et des guides pour l'action basés sur nos croyances et engagements alors que l'éthique est davantage un référentiel qui fera choisir la meilleure option dans un contexte particulier. Cet auteur trouve d'ailleurs dommage de confondre les deux termes et c'est également, selon lui, cela qui entraîne le glissement de l'éthique vers la déontologie. Pour lui, l'éthique est davantage un dialogue qui doit s'affirmer pleinement dans un contexte démocratique, où chacun des cadres et employés peuvent s'exprimer dans le sens de ce qui est bon pour eux, bon pour l'organisation et bon pour la clientèle à desservir par voie de conséquence. Et les codes d'éthique, même s'ils tentent de définir des comportements attendus, ne versent pas nécessairement dans la morale, mais bien dans une orientation déontologique, avec des lignes de conduite strictes dont l'inscription est prescrite à la loi.

⁵² Etchegoyen, A, 1991, La valse des éthiques, Éditions François Bourin, 245 Pages

⁵³ PAUCHANT, Thierry C., et collaborateurs, 2002, Guérir la santé, Éditions Fides, Presses HEC,

3.2 Éthique, valeurs, morale, norme

Contrairement à ce qui fut amené comme distinction de l'éthique et de la morale, d'autres auteurs semblent avoir plutôt tendance à intégrer la morale et l'éthique dans une définition commune. D'ailleurs, le CLSC des Faubourgs écrivait en préambule de son code d'éthique:

La morale est un mot que nous avons progressivement remplacé par l'éthique. Quelle que soit notre occupation, nous sommes tous et toutes confrontés à des situations qui viennent nous interpeller sur le plan des valeurs. Face aux droits des usagers...et aux conduites à adopter, il est nécessaire de se doter d'un code d'éthique qui puisse constituer la norme...⁵⁴

N'est-ce pas une belle illustration du besoin de définir les concepts? Dans la même citation, il est question d'éthique, de valeurs, de morale et de norme, mais cette illustration annonce bien les difficultés actuelles de concepts qui servent souvent de façon indifférenciée et les auteurs consultés ne sont pas tous clairs à cet égard. Durand⁵⁵ indiquera que l'on peut indifféremment utiliser *éthique* ou *morale* car ils peuvent être pris l'un pour l'autre, sont des synonymes, même si parfois il tient compte de certaines différences que font certains auteurs.

John Tait, président du groupe de travail du Centre canadien de la gestion sur les valeurs et l'éthique donnera la définition suivante de valeurs : « Pour nous, les valeurs sont les croyances profondément ancrées qui influenceront nos attitudes, nos actions et les choix que nous faisons. »⁵⁶ À partir des rencontres et des discussions, son groupe de travail identifiera quatre groupes de valeurs retenues pour la fonction publique fédérale, soit les valeurs démocratiques, les valeurs professionnelles, les valeurs liées à l'éthique et les valeurs liées aux personnes. Chaque groupe de valeurs est également défini, mais il est clairement indiqué au rapport que ces valeurs se croisent ou se superposent d'un groupe à l'autre. Toutefois, les valeurs liées à l'éthique :

⁵⁴ Code d'éthique du CLSC des Faubourgs, non daté

⁵⁵ Durand Guy, 2005, Introduction générale à la bioéthique, Histoire, concepts et outils, Fides, page 93

⁵⁶ Centre canadien de la gestion, janvier 2000, De solides assises : Rapport du groupe de travail sur les valeurs et l'éthique dans la fonction publique, réimpression, page 4

Comprennent notamment l'intégrité, l'honnêteté, l'impartialité, la prise de responsabilité, la reddition de comptes, la probité, la prudence, la justice, l'équité, l'objectivité, l'altruisme, le don de soi, la fiabilité, la discrétion, le respect de la loi et des procédures établies et la saine gestion des ressources publiques.⁵⁷

Dans le même ordre d'idée, lors d'une session de formation préparée par le Centre d'éthique en milieu de travail de Santé Canada en avril 2005, les différences suivantes ont été présentées :

Valeurs : Ce qui compte, est précieux, nous motive, définit qui nous sommes.

L'éthique : Habileté de penser de façon critique à ce qui est bien (et mal), à bien naviguer dans le monde des valeurs, à les lier avec intégrité. En bout de ligne, c'est un jugement porté par les autres sur nos efforts en matière d'éthique qui détermine si nous sommes dignes de confiance.⁵⁸

Cet auteur ne parle jamais de morale. Il insiste beaucoup sur l'importance de bien fixer les valeurs partagées et d'amener les employés à agir en conséquence. Les valeurs, selon lui, sont fixes, stables alors que l'éthique est relative aux individus concernés et est donc faite de nuances, de perceptions. Elle s'institutionnalise toutefois à la suite de tragédies, de scandales ou de situations traumatiques. C'est souvent à la suite de ce type de situations que les gouvernements et chacun des ministères sortent de nouvelles règles, de nouvelles normes, de nouvelles contraintes aux organisations qui relèvent d'eux. Ainsi, le MSSS a mis de nouvelles contraintes, soit les visites ministérielles à la suite du scandale du CHSLD St-Charles-Borromée, et comme nous le disions, pourtant doté d'un code d'éthique officiel et connu.

Ces auteurs suggèrent donc que les individus doivent posséder des valeurs personnelles et agir en conséquence pour le « bien » de l'organisation. Ils suggèrent alors que l'éthique énoncée dans un code organisationnel viendra consolider le partage et le vécu de ces valeurs qui s'exprimeront assurant la bonne conduite dans l'organisation. D'autre part, l'éthique pourra également être un référentiel utile et interpellera la morale à sa

⁵⁷ ibidem, page 69

⁵⁸ Lecours, Pierre, Avril 2005, Centre d'éthique en milieu de travail de Santé Canada, Session livrée à Service correctionnel Canada, Ottawa,

rescousse bien que certains auteurs, tel Giroux⁵⁹, indiquent que l'un et l'autre sont identiques.

Lorsqu'elles ne sont pas assimilées l'une à l'autre, l'éthique peut quand même basculer du côté de la morale en raison de la fonction sociale que l'on cherche à leur faire exercer. »⁶⁰ Et il ajoutera « le retour de l'ordre moral, par le biais de l'éthique pour compenser la sécularisation de nos institutions : ordre – contrôle – régulation.⁶¹

Il est assez clair ici que l'éthique, avec ou sans la morale, porte dans sa signification propre, la notion de contrôle, de régulation. Dès lors, il ouvre la porte à la codification de comportements attendus, portée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans sa requête que tous les établissements disposent d'un code d'éthique. Et Durand sera encore plus explicite à cet égard :

Alors que le mot morale vient du latin, le mot éthique vient du grec (ethos) qui désigne les mœurs, la conduite de la vie, les règles de comportement. Étymologiquement il désigne donc la même réalité que le mot morale, comme divers dictionnaires l'indiquent...⁶²

Une nuance s'impose heureusement car il n'est pas question ici d'un article de loi, sauf dans l'obligation de disposer d'un code, mais le fait qu'il soit code et éthique, nous amène définitivement dans l'univers de comportements attendus, de règles fixées élaborés à partir de valeurs communes. Pour Malherbe :

Toute règle est intrinsèquement imparfaite puisqu'il peut toujours survenir une situation inédite dans laquelle il serait plus sage de la transgresser que de l'appliquer à la lettre. Toute règle, enseigne Aristote, même la plus fondamentale, doit être appliquée avec discernement, c'est-à-dire non pas mécaniquement, selon la lettre, mais prudemment selon l'intention du législateur.⁶³

Les codes d'éthique que nous adoptons ne pourront jamais tout prévoir et il en est bien ainsi. Il est intéressant de noter ici que les différentes appellations d'éthique utilisées par

⁵⁹ Giroux, G, 1997, La pratique sociale de l'éthique, Montréal, Bellarmin, 325 pages

⁶⁰ Ibidem, page 29

⁶¹ Ibidem, page 27

⁶² Durand Guy, 2005, Introduction générale à la bioéthique, Histoire, concepts et outils, Fides, p.87

⁶³ Malherbe, Jean-François, 2003, Les ruses de la violence dans les arts du soin : Essais d'éthique critique 11, Liber, Montréal, , page 74

les différents auteurs réfèrent tous aux différentes dénominations utilisées, « mais nous savons au moins que la perspective générale est celle de la résolution de problèmes, qui comporte au moins trois aspects de base : la détermination d'un problème à résoudre, l'évaluation des options et la prise de décision. »⁶⁴

Quel que soit le champ de l'analyse effectuée, il semble que ces trois aspects de base s'y retrouvent inmanquablement. De plus, rappelons que le Centre de gestion sur les valeurs et l'éthique indique clairement qu'un code d'éthique doit, au-delà de la discussion de valeurs, inclure la reddition de compte.⁶⁵ Le code d'éthique obligatoire dans les établissements publics québécois est exempté de toute reddition de compte. Et les visites ministérielles qui avaient de grandes intentions, n'ont pas atteint ces visées, bien qu'elles aient commencé à identifier des manques et des absences dans la prise en compte du code d'éthique. Au lieu de pousser vers les correctifs identifiés et souhaités, le MSSS a préféré réduire ses contrôles à cet égard.

3.3 Code d'éthique, code de déontologie, Déclaration et Charte

D'autres distinctions doivent également être faites quant au type d'instruments ou d'outils rencontrés dans les organisations, alors que la nature intrinsèque de l'éthique a été précédemment abordée. D'abord la notion de code doit être définie et le Petit Larousse illustré est ici utile : « Ensemble des lois, et dispositions réglementaires qui régissent une matière déterminée : recueil de ces lois. »⁶⁶ Le code civil, le code de la route, les codes de conduites sont des instruments de notre société bien connus pour fixer des comportements attendus et dans certaines situations, lorsqu'ils sont prescriptifs, tels le code civil, permettent des recours contre quiconque ne les respecte pas.

⁶⁴ Legault, Georges. A, dans Boisvert, Yves, Legault, Georges A., Bégin, Luc, Rondeau, Dany, Beauchemin, Jacques, Lacroix, André, Côté, André C., Giguère Émilie, 2005, Qu'est-ce que l'éthique publique, Liber, Montréal, page 33

⁶⁵ Centre canadien de la gestion, De solides assises : Rapport du groupe de travail sur les valeurs et l'éthique dans la fonction publique, réimpression janvier 2000, 110 pages

⁶⁶ Le Petit Larousse illustré, 2004, Éditions Larousse, page 229

Lorsque l'on parle de déontologie, il est, selon Verdier, question d'un « ensemble de règles de bonne conduite dont une profession se dote pour régir son fonctionnement au regard de sa mission ». ⁶⁷ Verdier poursuivra en indiquant que ces règles peuvent être techniques mais également juridiques. De là, les droits de recours reconnus lorsque les règles d'un code de déontologie ne sont pas suivies par quiconque y est soumis. Chacun des membres de chacun des Ordres professionnels, d'autant plus lorsque cet Ordre regroupe des cliniciens comme des psychologues, des médecins, ou des travailleurs sociaux, rend public son code de déontologie qui a pour fonction de protéger le public. Et toute personne qui a la croyance qu'un professionnel a manqué à son code de déontologie, peut déposer une plainte à l'Ordre concerné par ce professionnel. L'Ordre a l'obligation de faire enquête et de statuer s'il y a eu faute ou non. S'il y a eu faute, le professionnel en subira la conséquence qui pourra aller jusque perdre son droit de pratique, pour une durée temporaire ou permanente. C'est toujours relié au motif évoqué et vérifié. La conséquence sera donnée en vertu du poids de la faute reprochée.

En obligeant les établissements à décrire les conduites attendues du personnel, le MSSS oblige les établissements à énoncer des règles déontologiques et il s'attend à ce que les employés se conforment. Perrier ⁶⁸ nous dit que le code d'éthique d'un établissement de santé, à l'heure actuelle, ne prévoit généralement pas de recours bien qu'il puisse servir de référence lors de mesures disciplinaires. Une mesure disciplinaire peut être appliquée à un employé dans la mesure où la convention collective le permet ou le prévoit. Le code d'éthique ne peut être le seul référent, bien qu'il puisse permettre l'illustration d'un comportement déviant ou inacceptable.

Sur les 35 codes analysés et présentés précédemment, six d'entre eux, le Centre de Soins Prolongés Grace Dart, les CSSS de la Pointe-de-L'Île, de la Mitis, du Rocher-Percé, du Granit et de Rivière-du-Loup, prévoient des mesures lors de manquements. Personne ne précise toutefois de conséquences possibles lors de manquements, alors qu'un

⁶⁷ Verdier, Pierre, 1999, *Morale, éthique, déontologie et droit*, Les cahiers de l'Actif, N°276/277

⁶⁸ Perrier, Yvan, 2000, *Les codes d'éthique dans les établissements de santé et de services sociaux : ou quand les mots ne disent pas tout...*, Éditions La Maison Cartier, Verdun, 64 pages

manquement à un code de déontologie dans le cadre des Ordres professionnels peut entraîner la perte d'un droit de pratique pour un professionnel. Regardons le type de formulation retrouvé aux 6 codes indiquant des mesures:

- 1- « Tout manquement au code d'éthique de l'établissement de la part d'un intervenant peut faire l'objet d'une plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Tout manquement au code d'éthique de l'établissement de la part d'un intervenant peut faire l'objet de mesures appropriées de la part des autorités concernées. » (Code d'éthique du Centre de Soins Prolongés Grace Dart, février 2007, page 23.)
- 2- « Chaque employé doit s'approprier le contenu de ce document et le respecter; en cas de non-respect, il s'expose à des sanctions. » (CSSS de la Pointe-de-l'Île, juin 2007, page 3)
- 3- « Tout manquement au code d'éthique de l'établissement de la part d'un intervenant peut faire l'objet d'une plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. De même, tout manquement au code d'éthique entre employés peut faire l'objet d'une intervention de la part du supérieur immédiat auprès de la direction des ressources humaines. » (CSSS de la Mitis, septembre 2007, non paginé)
- 4- « Tout manquement au code d'éthique de l'établissement de la part d'un intervenant peut faire l'objet d'une plainte auprès de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. » (CSSS du Rocher-Percé, juin 2010, page 19)
- 5- « Ce code d'éthique doit être appliqué de façon intégrale. Tout manquement par qui que ce soit fera l'objet de mesures appropriées, visant à maintenir un haut standard de qualité dans les services fournis à la population. » (CSSS du Granit, février 2011, non paginé)
- 6- « Tout manquement au code d'éthique de l'établissement de la part d'un intervenant peut faire l'objet d'une plainte auprès du

commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. » (CSSS de Rivière-du-Loup, 30 janvier 2008, page 22)

Les mesures ou les conséquences ne sont pas précisées et l'on peut penser que cela dépendra des éléments en cause et d'autres éléments de référence seront utilisés, telles les conventions collectives. Comme nous venons de le voir, les Ordres professionnels au Québec (Annexe 5) doivent avoir élaboré un code de déontologie qui prescrit les comportements attendus et permet des recours contre le membre qui ne s'y conforme pas dans un objectif de protection du public. L'Office des professions du Québec⁶⁹ les y oblige. Chacun des codes de déontologie de chacun des Ordres professionnels, y incluant le Collège des Médecins énonce clairement les comportements attendus de chacun de ses professionnels. Ce ne sont pas des recommandations, ce sont des impératifs clairement énoncés. La déontologie à cet égard est claire et impérative sur ses énoncés de normes de la pratique professionnelle attendue.

Dans un établissement de santé et de services sociaux, tous les professionnels employés de l'établissement et les médecins qui y travaillent sont soumis au code de déontologie de leur Ordre professionnel. Chacune des personnes desservies a droit de poursuivre un professionnel ou un médecin s'il juge qu'il y a eu manquement. L'établissement lui-même peut demander un examen à un Ordre professionnel pour l'exercice professionnel de l'un de ses membres. Il n'est pas requis que ce soit quelqu'un qui a reçu un service spécifiquement de ce professionnel.

L'Office des Professions du Québec regroupe 51 types de professionnels membres de 46 Ordres professionnels dont 18 d'entre eux œuvrent dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec. Quelques professionnels dont particulièrement les acupuncteurs et les chiropraticiens interviennent en santé mais pas dans les établissements du réseau à l'instar des sages-femmes qui ont pu intégrer les établissements, à titre de professionnelles il y a quelques années à peine.

⁶⁹ <http://www.opq.gouv.qc.ca/>

Toutefois, bon nombre des employés dans un établissement de santé et de services sociaux ne sont pas des professionnels au sens de la loi. Les éducateurs non détenteurs d'un diplôme collégial, les secrétaires et adjoints administratifs, les préposés aux bénéficiaires, les auxiliaires familiaux, tout le personnel d'entretien ménager, le personnel des cuisines, de la buanderie, les bénévoles, etc... constituent assurément un pourcentage important des employés de l'organisation. Selon mon expérience personnelle, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, ils forment habituellement plus de 80% du personnel qui travaillera auprès des usagers hébergés. Ce type d'installation au sein des centres de santé et de services sociaux est la moins professionnalisée du réseau de la santé. Ils travaillent de très près et au quotidien avec les usagers pour les aider dans les soins d'hygiène, aux repas, pour les habiller, etc... et ne sont aucunement régis par un code de déontologie. Seules les règles internes de l'organisation et les conventions collectives les régissent. Le simple fait d'énoncer les grandes valeurs de l'organisation, de préciser les conduites attendues, de les afficher sur les murs de l'établissement et de ne jamais en parler ne suffit généralement pas à générer les comportements attendus.

Parfois ils en parlent, mais il faut savoir que le personnel qui travaille de très près avec la clientèle, le fait de jour, de soir, de nuit, en semaine et en fin de semaine. C'est donc le personnel à cause de ces contraintes avec qui il est le plus difficile d'organiser des rencontres régulières et même occasionnelles. Certains sont à temps plein, d'autres à temps partiel et il n'est pas possible de laisser les unités sans une surveillance ou des services disponibles vu les situations de dépendance des clientèles hébergées. Les cadres doivent prévoir des moments particuliers et il est souvent impossible d'assurer des rencontres régulières avec ce personnel, alors qu'il est simple, sauf pour les infirmières toutefois, d'asseoir la majorité des professionnels en rencontres régulières. Il s'agit de l'annoncer et chacun le prévoit à son agenda. Les quarts de travail et la rotation des infirmières posent souvent les mêmes problèmes qui sont toutefois atténués par les mandats d'infirmières-chef et d'assistantes du supérieur immédiat qui relaient plus facilement les informations à leurs collègues de même formation. Elles ne sont pas souvent en autorité sur les autres types d'emploi sauf concernant les infirmières

auxiliaires. À cause de ces contraintes de structures organisationnelles, il est difficile d'énoncer un code d'éthique, de ne pas lui donner de mécanismes de contrôle et de demander aux personnes de se gérer elles-mêmes vers l'atteinte non mesurée des comportements attendus.

En plus de codes d'éthique obligatoires, quelques établissements de santé ont adopté également des « déclarations d'engagement ». Ainsi le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, dans le préambule de son code d'éthique, énonce ses engagements envers les usagers et leurs proches « ...assurer l'accessibilité...offrir des soins...contribuer au développement de la recherche, etc... » et cette Déclaration est affichée sur les murs des principales salles de rencontre et d'attente de l'établissement afin de bien appuyer les engagements et de les diffuser. Ils ne précisent aucune conduite et ne comportent aucune contrainte.

Le code d'éthique obligatoire ressemble quelque peu à la *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme* de l'UNESCO⁷⁰ adoptée le 19 octobre 2005 qui énonce un certain nombre de principes mais qui ne prévoit et ne permet aucune contrainte, c'est un engagement moral de la part des pays membres, qui à leur tour doivent le traduire dans des textes à l'intérieur de leurs organisations et leur donner la forme juridique souhaitée. Une déclaration est en soi une liste d'énoncés non prescriptifs. Le Gouvernement du Québec a également adopté en 2002 une *Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise*⁷¹, précisant les valeurs retenues pour tous les fonctionnaires et administrateurs publics : la compétence, l'impartialité, l'intégrité, la loyauté et le respect. Ces valeurs sont définies et l'on invite les fonctionnaires à les intégrer dans leur quotidien et de s'adresser au responsable de l'éthique de leur ministère au besoin. Il n'y a aucune indication ou contrainte ou annonce de sanction en cas de non-respect. Le document de 20 pages annonce les

⁷⁰ UNESCO, 2005, *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme* (dans : Béland, J.P., 2006, *L'Homme biotech : humain ou posthumain*, Presses de l'Université Laval, 127 pages)

⁷¹ <http://www.mce.gouv.qc.ca/publications/ethique.pdf>

valeurs mais également les comportements attendus en les situant dans le contexte des ministères. Il revient toutefois à chacun des ministères de voir à leur respect.

En regard de cette déclaration de valeurs pour la fonction publique québécoise, le Ministre de la santé et des services sociaux du Québec a déposé son rapport annuel 2010-2011 à l'Assemblée Nationale du Québec le 4 octobre dernier et il relate le Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique québécoise⁷². Celui-ci, adopté en 2002, précise pour le ministère les conduites attendues bien évidemment, mais également les mesures disciplinaires. L'article 18 est assez explicite : « Une mesure disciplinaire peut consister en une réprimande, une suspension ou un congédiement selon la nature et la gravité de la faute qu'elle vise à réprimer. » Les valeurs sont claires et les mécanismes de régulation le sont tout autant et chacun sait à quoi s'attendre.

Un autre type d'instrument connu et utilisé est une « Charte » et Le Petit Larousse illustré en parle comme « lois, règles fondamentales. »⁷³ Ainsi la Charte Montréalaise des droits et des responsabilités⁷⁴, adoptée en juin 2005 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, fait la promotion des valeurs civiques, décline les droits et les responsabilités concernant la vie démocratique, économique et sociale, culturelle, etc. Les engagements sont fermes et un recours à l'ombudsman est possible si les engagements pris ne sont pas respectés.

Alors donc, code d'éthique, code de déontologie, déclaration et charte ont tous un dénominateur commun, soit l'expression des valeurs communes dans l'organisation, accompagnés d'attentes envers le personnel généralement exprimés par des conduites attendues et la plupart de ces outils a de la difficulté à inscrire les conséquences aux manquements. Les codes de déontologie sont les plus explicites à cet égard. Mais :

d'élégants énoncés de valeurs décoraient les murs de bureaux mais ne parvenaient pas toujours à pénétrer le cœur des gens, même dans celui des fonctionnaires qui les avaient rédigés. À notre avis, cette situation

⁷² http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/e/regl_ethique.pdf

⁷³ Le Petit Larousse illustré, 2004, Éditions Larousse, page 202

⁷⁴ Ville De Montréal, Charte montréalaise des droits et des responsabilités, adoptée le 20 juin 2005

s'explique en partie par les problèmes inhérents aux codes et aux règles. Codes et règles ont toujours leurs places. Ils sont même essentiels dans certaines circonstances et pour atteindre certains buts. Mais ils ne sont pas suffisants à eux seuls. Ils donnent les résultats voulus lorsqu'ils incarnent les convictions profondes et les pratiques qui ont déjà cours dans une communauté...⁷⁵

Ainsi, Tait et son équipe de recherche suggèrent que les codes et autres outils ne suffisent pas pour assurer des comportements acceptables, il faut que les individus soient capables d'agir selon leurs propres convictions et qu'en plus les gestionnaires incarnent dans leurs comportements les choix de valeurs attendues. Ce groupe de recherche semble suggérer que la contagion est plus efficace en quelque sorte que l'imposition, mais que celle-ci ne peut être évitée, pour assurer la diffusion de ces valeurs souhaitées dans l'organisation et s'entendre sur celles qui seront privilégiées. De plus, dans cette même lignée, le Vérificateur Général était tout à fait en accord, lorsqu'il écrivait dans son rapport en 2000 que « Les principes propres à favoriser la gestion de l'éthique dans le service public, de l'OCDE, requièrent un engagement de la part des politiciens et des hauts fonctionnaires à l'égard de l'éthique, ce qui renforce le comportement éthique. »⁷⁶

Il serait assez hasardeux de prétendre faire un relevé exhaustif de ces différents outils disponibles dans les différentes organisations ou d'en faire une lecture critique. Une illustration de ces propos relate 58 inscriptions diverses en consultant le « Répertoire des codes d'éthique ou chartes de droits par type d'établissements »⁷⁷ et qui date de 1993, soit immédiatement après l'inscription à la loi et l'inscription de l'obligation du code d'éthique. On y comptait alors 25 codes d'éthique, 18 chartes de droits et de responsabilités, 3 codes de responsabilité, 2 politiques générales de soins, 2 guides d'accueil, 1 énoncé des principes et des devoirs des patients, et quelques autres appellations tout à fait particulières. Quelques années plus tard, tous les établissements

⁷⁵ Centre canadien de la gestion, De solides assises : Rapport du groupe de travail sur les valeurs et l'éthique dans la fonction publique, réimpression janvier 2000, page 2

⁷⁶ Rapport du Vérificateur Général 2000, Les valeurs et l'éthique dans le secteur public fédéral, Chap.12, article 12,61

⁷⁷ Bourbonnais, Sous la direction de Me. Pierre, 1993, Le code d'éthique : un projet de ralliement, Guide à l'intention des centres hospitaliers et des centres d'hébergement et des soins de longue durée, Association des hôpitaux du Québec, pages 58 à 60

du réseau de la santé et des services sociaux possédaient un document qui s'appelle « code d'éthique ». Chacun des établissements y est allé de ses croyances, de ses valeurs, de l'importance qu'il y a mis et même de ses fantaisies, car la loi demande d'en avoir un, de préciser les droits des usagers et les comportements attendus et c'est tout.

Tout dépend du rôle que l'on voudra bien ici attribuer à l'éthique ou de la conception même que l'on s'en fait. Ces derniers temps, devant les difficultés que rencontre la recherche scientifique de tout genre, on a cru résoudre les problèmes en proposant des contrôles externes que sont les codes d'éthique. Le danger est réel, comme l'a souligné Racine, de verser dans le juridisme ou d'espérer la venue de formes fondamentalistes pour dissiper toute ambiguïté dans l'exercice du métier. Mais, d'après le même auteur, c'est amener l'éthique sur un terrain qui lui est étranger, dans la mesure où elle est conçue comme étant distincte du droit, susceptible de s'inventer au fur et à mesure de l'histoire humaine et de proposer une direction à partir de la conscience des valeurs humaines en elles-mêmes changeantes et souvent en concurrence.⁷⁸

Ce n'est donc peut-être pas juste dans les instruments qu'il faut regarder le sens de l'éthique et ce à quoi elle sert dans notre société moderne. L'histoire humaine porte sa part de pratiques et de définitions. Il importe toutefois d'être clair et toutes les organisations en santé qui comptent quelques centaines ou quelques milliers d'employés ne peuvent faire l'économie de la précision et de s'attendre à la perfection sans prendre quelques moyens pour y parvenir. Définir sa mission et ses valeurs est fait systématiquement par toutes les organisations qui se doivent de répondre au ministère d'abord mais aussi à l'agrément qui valide la planification stratégique élaborée selon la mission et les valeurs.

Le code d'éthique attendu n'est pas original dans les valeurs annoncées. L'organisation les a déjà précisées sans égard au code d'éthique. Nous avons également déjà vu que les droits des usagers sont intégrés à la loi qui y consacre les articles 3 à 27 de façon spécifique.

⁷⁸ Dumais, Alfred, L'Éthique et le religieux, l'éthique ou les exigences du métier, dans *Religiologiques*, #13, printemps 1996, page 9

La prochaine section relate une publication québécoise récente qui aurait dû être en appui au code d'éthique obligatoire dans les établissements du réseau, mais force est de constater qu'il n'en est rien, le code d'éthique est un grand absent.

3.4 Éthique et comportement

La revue québécoise « le Point en administration de la santé »⁷⁹ publiait en 2009, un numéro avec un thème spécifique, soit « éthique et comportement ». Nous avons vu jusqu'à maintenant que la nécessité et par la suite l'obligation du code d'éthique dans le réseau de la santé et des services sociaux venaient appuyer la nécessité de contraindre les comportements des employés afin d'offrir de meilleurs services aux usagers, après avoir défini les droits de ces usagers, bien qu'ils soient inscrits dans la Loi SSSS dans une vingtaine d'articles spécifiques, soit de 3 à 27. Le législateur a souhaité que chacun des établissements réaffirment les droits des usagers à l'intérieur du code d'éthique.

Le numéro complet de cette revue annonce que l'on va parler de pratiques, d'accommodements, d'allocations de ressources, de recherche et de leadership. Ces différents thèmes devraient toucher normalement le bon usage du code d'éthique dans les organisations afin de soutenir ces différentes préoccupations ; 14 articles sont présentés dans cette publication dont deux qui traitent spécifiquement du code d'éthique. Il est intéressant de regarder les autres textes et de voir qu'ils parlent tous d'éthique et de comportement. Et rappelons d'entrée de jeu que cette revue s'adresse aux gestionnaires et aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et abordent toujours les bonnes pratiques administratives et de gestion.

L'un des deux textes est publié par l'auteur de ce mémoire de maîtrise sur la question des codes d'éthique. Il rejoint de fait, les propos du présent mémoire. Le second, publié par M. Jean Goyette, conseiller à l'Association Québécoise des Établissements en Santé et Services Sociaux (AQESSS) propose aux gestionnaires d'utiliser le code d'éthique comme mesure des écarts de conduites attendues des employés afin de pouvoir intervenir sur ces comportements non conformes au code édicté et adopté dans

⁷⁹ Le Point en administration de la santé, volume 5, numéro 3, automne 2009, Éthique et comportement.

l'organisation. Il vient donc renforcer l'idée que le code est un code de conduite et que des mesures doivent être prises envers les déviants. Cette mesure des écarts va de soi et il indique des questions fondamentales à se poser afin de ne pas laisser de côté des situations qui pourraient être inacceptables. Il situe l'enjeu éthique du code aux questions de non-respect des conduites attendues. Il souligne l'importance d'intervenir de la part des gestionnaires ou de bien mesurer le risque de ne pas agir. La dynamique proposée est centrée sur la question des conduites attendues qui doivent être en lien avec droits des usagers.

Il est intéressant de regarder chacun des autres textes et de voir qu'il aurait pu être question de code d'éthique vu les enjeux en cause mais aucun de ces auteurs n'a même mentionné que le code d'éthique aurait pu servir ou appuyer la préoccupation ou la vision développée.

Daniel Weinstock présente l'éditorial en pages 5 et 6. « Peut-on se passer de l'éthique ? » et il introduit l'utilité de l'éthique afin de guider quiconque lors de décisions à prendre. Les décisions obligent à s'appuyer sur des valeurs, à faire les discussions qui s'imposent, les délibérations, les choix collectifs plutôt que des décisions purement bureaucratiques, d'autant que l'on est dans une société démocratique. L'éthique est utile dans ce contexte afin de prioriser. Aucune allusion au code d'éthique.

Pierre Lecours, conseiller en éthique à Santé Canada, présente en pages 7 à 9, « Leader et courtier de bonnes conversations en matière d'éthique ». Outre l'éthique clinique et celui de la recherche, l'éthique dans les organisations peut être interprétée comme le moyen de prévenir les scandales et de sauvegarder les organisations de tout type de conflits d'intérêt. Tout gestionnaire est invité à participer aux discussions éthiques qui doivent avoir lieu dans son organisation et participer à sa mesure aux options qui s'offrent afin de solutionner les dilemmes qui se présentent. Il ne doit pas être un simple gérant d'estrade mais un participant à part entière. Il invite le gestionnaire à dépasser le rôle de la conformité et de la surveillance mais bien de plonger, avec ses habilités, au

cœur des problèmes qui se présentent. Son point de vue sera toujours une contribution à la conversation qui doit se dérouler afin de dégager les pistes de solution attendues. Le code d'éthique de l'organisation n'est aucunement mentionné comme instrument d'utilité dans ces débats.

Yves Poirier, auteur du présent mémoire et Gilles Lanteigne, vice-président exécutif à Agrément Canada, discutent en pages 10 à 12 « Agrément Canada et les préoccupations éthiques ». Ce texte veut préciser la place de l'éthique à l'intérieur d'un processus d'agrément, soit la correspondance des pratiques organisationnelles avec les bonnes pratiques de qualité ou les règles de l'art définies par des équipes de recherche. À cet égard il est davantage question de l'éthique clinique et de recherche où 82,6% des établissements de santé canadiens disposent d'un processus pour faire face à des questions d'éthique et de déontologie. D'autre part, 67,2% de ces mêmes établissements canadiens ont élaboré et mis en œuvre une stratégie d'éthique complète, ce qui inclut parfois un code d'éthique. Celui-ci n'est aucunement traité dans cet article.

Guy Rocher, professeur titulaire de sociologie et chercheur à l'Université de Montréal, aborde en pages 14 à 16 : « Éthique et droit dans la modernité : une certaine vision sociologique ». Il défend la présence de l'éthique et du droit dans les sociétés modernes afin de contrôler les conduites individuelles et collectives ainsi que les comportements. Il souligne l'arrivée et la prolifération des codes d'éthique comme instrument normatif. Toutefois, la société actuelle présente un discours beaucoup plus individualiste qui l'oppose à la collectivité. Le droit et l'éthique ont actuellement la même tendance vers l'individualisation. Le code d'éthique est ici posé comme outil normatif plutôt que guide d'action.

Alexandrine Côté, Commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services à l'Agence régionale de la Montérégie traite en pages 18 et 19, « Commissaire aux plaintes et à la qualité des services : évolution de la pratique dans un concept d'éthique ». Plus que l'application du code d'éthique de l'organisation, le Commissaire envisage de traiter les plaintes reçues à partir d'une grille éthique qui questionnera les

valeurs et les normes en cause dans une perspective d'amélioration des services. Le code d'éthique de l'organisation est connu mais n'est pas utilisé pour solutionner les problèmes présentés au Commissaire. Celui-ci développe sa propre grille d'analyse que lui procurent ses connaissances en éthique.

René Villemure, président de l'Institut québécois d'éthique appliquée, en pages 20 et 21, aborde : « L'éthique en 2009 – Certains choix valent mieux que d'autres. Lesquels ? Pourquoi ? » L'éthique, au-delà des normes et des codes, doit pouvoir permettre de réfléchir à des situations nouvelles ou complexes à partir de référentiel de valeurs dites et partagées. Il ne s'agit pas ici de suivre la règle, comme doit le faire la déontologie, car l'éthique pourra même questionner la règle à partir de valeurs personnelles et organisationnelles. Le code d'éthique ne constitue aucunement le point de référence, bien au contraire car il est associé à la norme et la règle desquelles il faut se distancier. L'éthique ou le discours éthique est présenté comme une mode actuelle pour certains, mais sa nécessité demeure incontestable pour d'autres car elle permet de réfléchir aux situations complexes.

Micheline Chamard, chef du service d'hémodynamie et d'électrophysiologie de l'Institut de Cardiologie et de Pneumologie de Québec, aborde en pages 22 et 23 : « Décision éthique en allocation de ressources : est-ce toujours possible ? ». Cette auteure nous présente les modalités qu'elle a mise en place pour l'achat de matériel hautement technologique dans son secteur d'activités. L'implication et la participation des membres de son équipe sont assurées. Une définition de l'éthique est présentée mais elle n'est pas utilisée par la suite. Du code d'éthique, il n'en est pas fait mention.

Luce Beauregard, directrice Qualité, Programmes et Mission Universitaire, présente dans les pages 24 à 28, la : « Prise de décision éthique concernant l'allocation des ressources ». L'objet de cet article concerne la mise en place d'un processus de décision éthique en allocation des ressources comme base décisionnelle au sein du nouveau CSSS mis en place, soit le CSSS Cavendish. Des organisations diverses ont été regroupées pour la mise en place de ce nouvel établissement et une grande disparité de

ressources, de moyens et de façons de faire était présente particulièrement dans la répartition des responsabilités cliniques qui était ici le secteur d'intervention visée. De la formation en éthique, un choix de valeurs pour guider les actions retenues et beaucoup de collégialité ont été mis en place, mais en aucune occasion, le code d'éthique n'a été mentionné.

Marie-Élise Parent, professeure agrégée à l'Institut Armand-Frappier, aborde en pages 34 à 38 : « Les recommandations éthiques en recherche : lorsque *plus* n'est pas nécessairement *mieux*... ». L'application des règles en éthique de la recherche, particulièrement lorsque les projets touchent une université et différents milieux cliniques de recherche, chacun a son propre comité d'éthique et les résultats ne sont pas toujours évidents ou aidants pour les chercheurs. C'est ce que démontre cet article et le code d'éthique n'aurait pas été pertinent à ce débat de toute façon, car l'on se situe dans un secteur d'activités très normé.

Marie-Ève Bouthillier, chef de l'unité d'éthique au CSSS de Laval, présente en pages 44 à 46 : « Exploration de la notion de personnalisation en contexte interculturel : moins d'accommodement et plus d'éthique ». Le Québec sort tout juste de la Commission Bouchard-Taylor sur les accommodements raisonnables et l'auteure de cet article vient présenter une démarche alternative aux accommodements raisonnables. Cette alternative avait été mise en place au CSSS de Laval et basée sur la réflexion éthique. La base de réflexion est la personnalisation des soins plutôt qu'une démarche d'accommodement. La personnalisation est une base quotidienne de discussion avec la clientèle et le personnel pour trouver des solutions aux dilemmes souvent posés par le culturel ou le religieux. Cette base de discussion permet de régler au fur et à mesure et à la satisfaction de chacun, tant le soignant que le soigné les demandes particulières qui ne manquent pas de surgir au quotidien des soins. Nulle part, le code d'éthique, bien que l'on parle des droits des usagers, n'est mentionné comme outil.

Gilles Demers et Évelyne Marcil-Denault, en page 48 à 50 traitent de « L'obligation de civilité au travail à l'ère de la liberté d'expression ». Ces auteurs soulignent l'importance

pour les organisations de développer des milieux de travail positifs et sains où le respect entre les personnes et particulièrement entre employés est une nécessité surtout pour éviter que les situations dégénèrent en harcèlement. Beaucoup d'insistance est mise sur la nécessité pour les gestionnaires d'intervenir dès que les situations d'incivilité se présentent. Aucune mention du code d'éthique n'est faite.

Roger Fournier, consultant en gestion et en éthique, traite en pages 52 et 54 de « L'expérience éthique du leadership ». L'auteur invite les gestionnaires à réfléchir sur le sens de leurs actions et qu'il importe bien souvent de poser les questions plutôt que de chercher les réponses. Celles-ci viendront souvent d'elles-mêmes. La création d'un espace éthique permet aux équipes de gestion de se positionner ensemble et partager un même langage, une même vision.

Il est quelque peu désorientant de regarder tous ces textes qui associent l'éthique et les comportements et de réaliser qu'aucun des auteurs ne s'appuie sur les codes d'éthique pourtant obligatoires pour valoriser le code d'éthique en appui aux comportements recherchés. Faut-il s'en étonner? Peut-être pas, ces textes et ces auteurs traduisent bien ce qui se vit dans les organisations où le code d'éthique, une fois adopté est bien diffusé est souvent même accroché sur les murs pour le rappeler à tous mais au-delà, plus rien. Plusieurs directions ne savent comment faire vivre cet outil dans leur organisation et des discussions informelles autour du présent mémoire me le confirment. Alors il n'est pas étonnant que ces auteurs qui ont publié sur le sujet n'ont pas retenu ni surtout reconnu le code d'éthique comme outil générant des comportements éthiques dans les organisations.

3.5 Synthèse

L'univers actuel de la gouverne a adopté l'éthique sous la forme de déclaration, de code, d'énoncé de valeurs, de Charte, etc., au-delà des règles, des politiques, des règlements existants. Plusieurs types d'organisations, à l'instar des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont défini des valeurs associées explicitement à l'éthique afin de permettre aux employés d'avoir un système de référence en cas de besoin. Les

règles et les politiques dans chacune des organisations peuvent être claires, mais elles ne couvriront pas ou ne répondront pas à toutes les situations qui se présentent et qui ne sont pas toujours prévues ou prévisibles.

Est-ce que le code d'éthique et le code de déontologie sont fondamentalement différents de l'un à l'autre? Est-ce que chacun énonce des objets différents? Pas vraiment, car chacun contraint ses membres à des comportements attendus et les deux outils sont tout autant prescriptifs. Il est clair que le code de déontologie non respecté par un professionnel peut entraîner des poursuites contre ce professionnel. Les codes d'éthique des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ne comportent pas généralement de mesures contre les fautifs bien que 6 des 35 codes analysés indiquent le recours au Commissaire aux plaintes et à la qualité principalement ou le choix de mesures appropriées sans précision additionnelle s'il y avait des conduites attendues non respectées.

Les Déclarations et les Chartes sont des outils différents et se situent davantage dans des univers politiques, mais elles énoncent toutefois des valeurs avec des objectifs clairs de partage de ces valeurs. Un système de valeurs communes, qui est clair et diffusé entend soutenir la prise de décision là où les règles et les politiques ne le peuvent pas. Les codes d'éthique et de déontologie sont basés sur des valeurs qui se doivent d'être clairement énoncées. Retenons que ces valeurs servent à évaluer le problème à résoudre, à envisager des options qui pourraient être pertinentes et à prendre la décision la meilleure. C'est en ces termes que les valeurs énoncées, lorsque les politiques ou les règles ne sont pas suffisamment précises, permettent à chacun de servir de guide.

Éthique ou morale, peu importe que l'une et l'autre soit semblable ou que l'une, l'éthique a remplacé l'autre soit la morale dans nos sociétés modernes, elles servent de guide ou d'appui afin d'orienter les décisions là où les règles et les politiques ne peuvent le faire.

Est-ce que le code d'éthique peut contraindre les comportements demeure la question soulevée dans le présent travail et il apparaît évident que l'éthique en elle-même n'a pas cette fonction. Elle guide, oriente, appuie un système de valeurs entendu au sein d'un groupe, d'une organisation. Nous avons vu que la contrainte de comportements passe par la déontologie. La lecture et la présentation de la revue québécoise en gestion qui a regardé spécifiquement l'éthique et le comportement, objets propres de ce mémoire, a permis de constater que les attentes de comportements adéquats ne passent pas par la formulation de codes d'éthique pour la grande majorité des auteurs étudiés. Sauf les articles qui traitaient spécifiquement du code d'éthique, tous les autres auteurs ont parlé d'éthique et de comportements en omettant de mentionner le code d'éthique à cette fin.

Le prochain chapitre permettra de regarder plus précisément la question de régulation. Le code d'éthique qui demande à préciser les droits des usagers et les conduites attendues, tout comme les codes de déontologie des Ordres professionnels, sont des instruments de régulation des comportements attendus. Qu'est-ce qu'on entend par régulation? Et est-ce que le code d'éthique peut être un instrument de régulation?

CHAPITRE 4 : LA RÉGULATION

5.1 Introduction

Outre les différentes définitions, outre les classements des différentes éthiques, on invoque souvent l'éthique comme mode de discussion, de délibération. Une préoccupation importante de ce travail était de vérifier si l'éthique peut également constituer un mode de régulation de comportements par le biais de codes d'éthique tel que l'exige la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, par son article 233. Le chapitre précédent nous a montré qu'un groupe d'auteurs publiés récemment dans une revue de gestion ne se servaient pas du code d'éthique pour rechercher la régulation des comportements. Toutefois, il importe de bien cerner ces questions. Ce présent chapitre abordera la question de la discussion ou la délibération qui sont généralement étroitement associées à l'éthique. Il faudra également se mettre au clair avec la notion de régulation en traitant d'éthique et ne pas oublier que la LSSSQ en demandant le code d'éthique s'attend à ce que les comportements des employés soient adéquats. Quel est le rôle du code d'éthique comme outil de discussion, de délibération ou de régulation.

5.2 Les codes d'éthique comme outil de discussion, de délibération

La première partie de l'énoncé légal de l'obligation du code d'éthique demande de préciser les droits des usagers et par la suite de déterminer les conduites attendues.

Dans un tel contexte, les droits des usagers devraient agir comme principes d'action découlant directement des croyances et des grandes valeurs institutionnelles et favoriser dès lors des consensus autour de pratiques et de conduites largement partagées.⁸⁰

Tous les documents consultés s'entendent pour souligner l'importance de la discussion entre les différentes parties impliquées dans une organisation, la population, les usagers, les cadres, les employés, les médecins, etc. L'éthique est associée aux valeurs, aux croyances et ne peut être énoncée comme une loi, une règle, ou un règlement. Elle

⁸⁰Bourbonnais, Sous la direction de Me. Pierre, 1993, Le code d'éthique : un projet de ralliement, Guide à l'intention des centres hospitaliers et des centres d'hébergement et des soins de longue durée, Association des hôpitaux du Québec, page 38

demande donc aux individus de partager les mêmes valeurs, d'en discuter et de s'entendre sur la même interprétation. Le point de départ doit tout de même être l'adoption de valeurs communes dans l'organisation qui a érigé le code d'éthique comme un système de valeurs partagées. Et peut-être pourrions-nous interpeller Jonas⁸¹ ou Habermas⁸² à participer à ce débat de choix de valeurs dans une organisation et tous deux nous inviteront à discuter, à préciser nos responsabilités, à écouter l'autre. Comme explique Jobin :

Les éthiques de la discussion n'ont pas la prétention de fournir une théorie éthique générale. Elles se limitent aux problèmes d'universalisation des normes dans une société plurielle et démocratique. Elles prennent au sérieux un problème d'épistémologie morale important : celui du juste et du bien à l'heure de la pluralité des formes de vie et des systèmes moraux. Ayant fait le deuil d'une morale commune substantielle, elles orientent le regard non plus vers le quoi de l'éthique ou de la morale, mais vers le comment, vers un mécanisme démocratique de coordination de l'action.⁸³

Ayant formulé des valeurs communes au sein de nos organisations et ayant précisé et même reprecisé ce qui était déjà prescrit dans la loi comme droits des usagers et ayant développé des conduites attendues de la part du personnel, est-ce à dire que cet ensemble de précisions sera suffisant pour contraindre. Est-ce à dire que ce sera possible d'appuyer le « comment » attendu précédemment?

À cet égard, rappelons toutefois que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont des entités complexes où la direction d'établissement n'a pas de pouvoir de gestion sur toutes les personnes qui y œuvrent. L'ensemble des employés relève de l'autorité de l'établissement à l'exception toutefois des médecins et des résidents en médecine qui ont l'autorisation de pratiquer dans l'établissement mais dont le salaire est versé par l'Assurance-Maladie du Québec. Le lien d'emploi étant associé à la rémunération, ce personnel se présente comme des agents libres dans l'organisation.

⁸¹ Jonas Hans, 1995, Le principe responsabilité, Champs Flammarion #402, 470 pages

⁸² Habermas Jurgen, 1991, De l'éthique de la discussion, Champs Flammarion #421, 202 pages

⁸³ Jobin, Guy, 2006, Responsabilisation et discours de la responsabilité, dans Gagnon, Éric, Saillant, Francine, Sous la direction de, De la responsabilité éthique et politique, Liber, Montréal, Canada, page 53

À titre d'illustration de l'impact de ce phénomène, plus de 2000 médecins pratiquent la médecine au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et ils ne sont pas employés de cet établissement. Les stagiaires et les bénévoles ont également des statuts particuliers et ils ne reçoivent pas de rémunération de l'établissement. Toutes ces personnes sont par contre visées par le code d'éthique. D'ailleurs rappelons que la formulation de l'obligation de code d'éthique commence ainsi : « les conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers ». Et il est demandé à l'établissement de s'associer toutes ces personnes pour atteindre ses mandats confiés et d'utiliser le code d'éthique pour assurer des comportements qui vont dans le même sens!

Dans un tel contexte, les termes de société plurielle et démocratique conviennent tout à fait aux organisations du réseau de la santé et des services sociaux, où la conjonction de valeurs de droits et de comportements attendus correspond à des normes et le comment nous amène directement vers l'action souhaitée. Reste à savoir bien distinguer le juste et le bien, qui demeurent des principes ou des objectifs éthiques fondamentaux. C'est donc dans l'action que se situe cette éthique de la discussion et c'est d'ailleurs aussi dans l'action que s'élaborent et devraient se vivre les codes d'éthique dans les organisations. Mais n'est-ce pas trop demander au code d'éthique?

Plusieurs organisations comptent quelques milliers de personnes qui y œuvrent et nous avons vu que le CHUM, pour ne citer que cet exemple, compte plus de 2000 médecins mais il gère plus de 4000 employés et près de 1000 stagiaires, bénévoles et résidents en médecine à titre de centre universitaire. Peut-on demander à une telle organisation qui doit gérer plus de 7000 ressources humaines aussi diversifiées de mettre au même diapason de partage, de valeurs communes et de dialogue tout ce monde pour s'attendre à des conduites attendues claires et respectées sans que ne soient posées les conséquences aux manquements?

S'appuyant sur les textes consultés en éthique, il est question de discuter, de délibérer et c'est ce à quoi nous convie un système de valeurs partagées. Les administrateurs doivent discuter avec les employés, avec la population, avec les usagers, etc. Habermas introduit l'éthique du discours permettant la prise de parole et il pose alors le débat sur le plan de la capacité individuelle requise à la participation.⁸⁴ Selon Duhamel et Mouelhi,

Dès lors que la justice est conçue comme une liberté égalitaire et une aptitude à la prise de position morale, un ordre de vie sociale est juste s'il permet à chacun d'acquérir le savoir social disponible et l'estime de soi nécessaire à l'affirmation et à la défense de vues personnelles, qui sont des éléments essentiels en démocratie. Cette réflexion conduit à deux conclusions : d'abord, l'éthique du discours n'est pas un simple principe moral qu'il s'agit d'appliquer chaque fois que surgissent des conflits dans la société. L'éthique du discours implique une démocratie délibérative, c'est-à-dire une pratique politique qui vise la liberté dans les discussions d'ordre pratique. En second lieu, le critère de justice qui fonde l'éthique du discours suppose une critique des inégalités qui font obstacle à l'exercice d'une égale liberté de prise de position morale par tous les membres de la société.⁸⁵

Est-ce que les personnels de nos institutions publiques possèdent ce savoir social qui leur permet de participer à ce débat souhaité? Est-ce que les administrateurs principaux de ces institutions publiques permettent à leurs employés de souscrire aux critères de justice invoqués ici et d'envisager les mesures pour réduire ces inégalités? Les connotations d'éthique appliquée rejoignent-elles les réalités de l'éthique publique? Et pourtant tous les auteurs ou les administrateurs souhaitent généralement un véritable dialogue non seulement avec les employés mais avec ceux également qui requièrent des services surtout lorsqu'ils en sont dépendants. Tous souhaitent participer à cette discussion afin d'établir collectivement les bases de cette éthique délibérative, partagée autour de ces valeurs que l'on admet fondamentales et qui créent ces tensions bien souvent entre ce qu'on croit et qu'on partage avec les organisations qui embauchent et gèrent le personnel et les contraintes d'application rencontrées dans le quotidien.

⁸⁴ Habermas, 1991, De l'éthique de la discussion, Champs Flammarion #421, 202 pages

⁸⁵ Duhamel André et Mouelhi Noureddine, 2001, Éthique, Histoire, politique, application, Gaétan Morin Éditeur, pages 162-163

Est-ce que cet espace délibératif existe véritablement, il est permis d'en douter selon les différentes lectures effectuées où il existe cette tension perpétuelle entre la réalité et le beau, le bon et le bien. Les intentions du législateur qui a souhaité ne pas mettre de contraintes sont bien louables mais difficilement applicables dans ces contextes. Le CHUM fut donné en exemple, mais toutes les organisations du réseau de la santé et des services sociaux sont devenues, particulièrement avec la création des Centres de santé et de services sociaux des entités qui doivent tout de même compter mille, deux mille et plus d'employés, en plus des médecins, stagiaires, etc.

5.3 Le code d'éthique comme outil régulateur ou outil de contrôle

Pour J.D. Renaud, la régulation est reliée aux processus de mise en forme, de définition ou de remplacement des règles. Pour lui, derrière chaque système social, l'analyste est susceptible de retrouver une production de règles, donc une dynamique de régulation. Le respect de ces règles par les acteurs sociaux est indispensable pour que la vie sociale ait lieu. Et puisque la règle qui existe est faite pour être suivie, appliquée et observée, un dispositif de contraintes est donc requis.⁸⁶

En accord avec Renaud, Perrier avance le propos qu'un mécanisme de régulation doit être accompagné d'une contrainte explicite et il constate qu'il n'existe aucun mécanisme pour s'assurer que tous les établissements qui se sont dotés de codes d'éthique ont des mécanismes pour s'assurer qu'ils soient respectés. La loi est pourtant assez explicite sur sa demande de régulation des comportements des employés en vue d'une meilleure continuité des services et Perrier vers les années 1995 a examiné cette question et il est arrivé à des constats assez semblables à ce que l'on peut voir encore aujourd'hui. Sur les 35 codes étudiés, six seulement mentionnent la possibilité d'utiliser des sanctions et sans préciser lesquelles, tel que nous l'avons vu précédemment dans les 6 exemples cités.

Selon Perrier,

La codification de l'éthique produit donc une dynamique régulationnelle assez disparate. Tantôt, elle peut être associée à une entreprise autoritaire

⁸⁶ Perrier, Yvan, 1997, Régulation et code d'éthique, dans Giroux, G, La pratique sociale de l'éthique, Montréal, Bellarmin, page 222

de moralisation du personnel accompagnée de sanctions, tantôt elle constitue un contrat ou un engagement institutionnel résultant d'une démarche consensuelle visant à établir un cadre de prestation de services fondé sur le respect mutuel entre le personnel et le bénéficiaire avec ou sans sanction pour l'un et/ou l'autre.⁸⁷

Perrier analyse les conséquences de ne pas trouver davantage de contraintes formalisées à l'intérieur des codes qu'il a examinés. Il y en avait bien quelques-uns qui indiquaient des mesures, allant jusqu'au congédiement, mais cela ne semblait surtout pas la règle générale retrouvée à son analyse. Considérant que la loi est demeurée floue sur ses exigences et surtout sur ses suivis, le fait de retrouver quelques établissements qui vont plus loin que d'autres dans l'inscription de mesures coercitives fera dire que cela est le fait de la personnalité de certaines directions mais non le fait de la contrainte inscrite dans la loi. Il n'ira toutefois pas jusqu'à retenir un phénomène de non-régulation associée aux codes d'éthique du réseau de la santé et des services sociaux. Il dira simplement que cette régulation est plutôt lâche et il en imputera la faute aux imprécisions de la loi, aux orientations ministérielles qui ne sont pas allées assez loin dans leurs contraintes en laissant aux administrateurs le choix des moyens. D'ailleurs, si un administrateur utilise le code d'éthique pour imposer une sanction, le syndicat a tout le loisir de s'y objecter vu le silence de la loi sur les contraintes.

Les orientations ministérielles indiquent bien un souhait de voir le code d'éthique guider les orientations, les décisions, etc... mais il n'est pas permis de penser que ce code joue effectivement ce rôle dans les organisations. Ces orientations sont bien sûr inscrites dans des textes mais aucun moyen n'est développé pour s'assurer du respect de ces orientations. La régulation qui devrait accompagner ces orientations est nulle dans ce contexte, car les moyens ou les contraintes ne suivent pas. Ce contexte pourrait faire penser que le rapport aux institutions est en crise. Beauchemin affirme que :

Le type de responsabilité que l'on attend des institutions se borne maintenant à exiger qu'elles se soumettent à une déontologie, étant attendu qu'elles ne portent plus de projets de leur propre initiative et que leur rôle se limite à assurer le fonctionnement de ce qui prend l'allure

⁸⁷Perrier, Yvan, 1997, Régulation et code d'éthique, dans Giroux, G, La pratique sociale de l'éthique, Montréal, Bellarmin, pages 224-225

d'un système social. La dimension cosmologique de la responsabilité est en déliquescence; seul semble subsister le rôle étroitement fonctionnel des institutions. La reddition de compte, la transparence et l'équité sont les maîtres-mots de ce nouveau rapport aux institutions sociales.⁸⁸

Alors que nos institutions publiques, politiques ou religieuses constituaient des forces reconnues, elles étaient en quelque sorte un sujet moral en elles-mêmes, la déresponsabilisation actuelle s'est manifestée par une crise de croyance envers le messenger quel qu'il soit. Selon Beauchemin,

...c'est parce que nous les croyons instrumentalisées ou investies d'intérêts particuliers que nous ne concevons plus les institutions en tant qu'être moral. Devenues « irresponsables », elles ne seraient plus que des rouages et des mécanismes de la régulation sociale. Où pourrait alors se loger un agir responsable dans une telle vue des choses?⁸⁹

Si les institutions n'agissent plus en personnes morales responsables, il revient alors à chacun et chacune des personnes de s'autoréguler, de faire les choix appropriés et de répondre de soi auprès des autres.

Le discours manageriel ne cesse de répéter le credo de la responsabilité et de la responsabilisation. L'exercice de l'autorité tend à renvoyer vers l'inférieur hiérarchique des demandes de prise de responsabilité qu'il ne peut pas réellement assumer.⁹⁰

Alors, lorsque le législateur demande aux établissements d'élaborer un code d'éthique demandant de s'entendre sur les valeurs partagées et de fixer les comportements attendus et que ces institutions appuient davantage le premier élément plutôt que le second, il revient aux individus eux-mêmes de s'autoréguler pour vivre les valeurs entendues dans leur organisation. Est-ce à dire que les managers laissent leur responsabilité aux étages hiérarchiques inférieurs? Il apparaît que oui, d'autant que les comportements attendus et définis dans ces codes ne comportent en majorité aucune

⁸⁸ Beauchemin, Jacques, 2006, Grandeur et misère de l'idée de responsabilité sociale, dans Gagnon, Éric, Saillant, Francine, Sous la direction de, De la responsabilité éthique et politique, Liber, Montréal, Canada, page 97

⁸⁹ Ibidem, page 94

⁹⁰ Genard, Jean-Louis, 2006, Les modalités de la responsabilité, dans Gagnon, Éric, Saillant, Francine, Sous la direction de, De la responsabilité éthique et politique, Liber, Montréal, Canada, page 23

sanction prévue. En effet, les 6 codes qui indiquent des sanctions ne précisent aucunement quelles sanctions pourraient être prises.

Il importe ici d'analyser le type de régulation que peut suggérer le code d'éthique en fixant les comportements attendus chez les employés. L'on pourrait ainsi croire à une régulation hétéronome, car ces comportements sont dictés par l'organisation, sont prescrits en quelque sorte. Toutefois, comme les comportements attendus ne sont qu'énoncés sans être appuyés de mesures obligeant leur respect, l'on est davantage du côté de l'autorégulation, soit l'exercice du jugement de chacun des employés face aux situations complexes rencontrées. Boisvert et collègues explique que :

La prise de décision en éthique, ce n'est pas seulement choisir un moyen en vue d'une fin déjà fixée ainsi que le suggère le raisonnement stratégique. Ce n'est pas non plus adopter un comportement qui se conforme à une norme actualisant une valeur déjà privilégiée par une obligation. Dans une perspective éthique, décider d'agir, c'est tenir compte de soi, de ses valeurs et de son désir (cause première du passage de l'intention à l'action) en les pondérant par l'ensemble des conséquences que cette action pourrait avoir sur soi et sur les autres, délibérant ainsi sur la meilleure conduite à suivre en tant qu'être humain dans une société. Décider en éthique, c'est aussi prendre en compte les intérêts, les valeurs et les besoins des autres afin que notre action ne soit pas inéquitable pour l'une ou l'autre des personnes impliquées dans la situation.⁹¹

Mais l'éthique est elle-même un mode de régulation à cause des valeurs qu'elle porte mais elle accompagne une organisation à gestion modernisée, plutôt que les administrations bureaucratiques qui laissent peu de place aux décisions individuelles. Les différents aspects de la modernisation de la fonction publique québécoise amorcée à la suite du rapport du vérificateur en 2000 introduisent eux-mêmes de nouveaux modes de gestion qui placent l'éthique, et non la morale, la déontologie ou le droit, au cœur de sa fonction régulatrice à cause de valeurs d'équité et d'impartialité. Le service à la clientèle, l'orientation vers les résultats, l'allègement réglementaire et l'imputabilité pour ne nommer que ceux-là sont les changements souhaités et planifiés.

⁹¹Boisvert, Yves, Jutras, Magalie, Legault, Georges A, Marchildon, Allison, avec la collaboration de Louis Côté, 2003, Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique, Liber, Montréal, page 78

Nous pouvons toutefois constater que ces changements ne viennent pas. Comme nous le verrons ci-après, on ajoute des consignes, des valeurs à intégrer, des politiques à suivre, des règlements à respecter, des énoncés de réglementation et toutes sortes de nouvelles contraintes tant aux établissements qu'aux personnes qui y travaillent, mais rarement on ne retire de règlements, de politiques ou de contraintes qui seraient devenue obsolètes.

5.4 Le travail d'équipe à travers la politique québécoise

L'orientation originale lors de la proposition de l'obligation d'un code d'éthique, comme l'avait souhaité le Ministre Thérèse Lavoie-Roux (1985-1989) et mentionnée précédemment cherchait surtout à contraindre les comportements des employés. Il était souhaité des mesures coercitives pour les employés fautifs. Son successeur Marc-Yvan Côté (1989-1994) a introduit l'obligation du code d'éthique dans la loi sur les services de santé et les services sociaux qu'il a révisée en 1991. Il a retenu le partage des valeurs et l'inclusion de contraindre les comportements sans y inclure de mesures toutefois. Les quatre ministres qui ont suivi, Jean Rochon (1994-1998), Pauline Marois (1998-2001), Rémy Trudel (2001-2002) et François Legault (2002-2003) n'ont eu aucune intervention face aux codes d'éthique ou ne sont intervenu sur les formulations ou n'ont donné de précisions sur des attentes ministérielles.

Le Ministre Couillard (2003 à 2009) a été assez clair dans ses orientations ministérielles lors de la mise en place des équipes de visite des établissements. On l'a vu plus tôt : « Le code d'éthique constitue l'assise sur laquelle doit se fonder toutes les décisions cliniques, organisationnelles et de gestion respectant les principes directeurs inscrits dans les orientations ministérielles. »⁹² De plus, lors de la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, il a introduit les deux ajouts concernant la confidentialité. Il est permis de se poser la question de la réelle contribution de ces ajouts dans un code d'éthique. Cela ne fait que simplifier la vie

⁹² MSSS, juin 2004, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services, page 41

administrative des organisations en donnant la responsabilité aux usagers de demander à ce que leur nom ne soit pas transmis aux maisons de sondage ou aux fondations.

Il est intéressant de noter que les trois ministres libéraux en santé et en services sociaux qui ont été en poste sur un horizon de 12 ans ont tous les trois agi sur la question de codes d'éthique dans les établissements du réseau, alors que les quatre ministres du Parti Québécois qui ont dirigé le ministère de la Santé et des Services sociaux pendant 10 ans furent muets à cet égard. Toutefois, le Ministre Facal, responsable de l'administration publique et du Conseil du trésor et membre du Parti Québécois a clairement reconnu en novembre 2002 :

L'éthique constitue donc pour le gouvernement une préoccupation importante et constante depuis plusieurs années et elle continuera de l'être, particulièrement dans le contexte de la modernisation en cours de l'administration publique.⁹³

Il serait donc faux d'affirmer que cette préoccupation est la prérogative d'un parti politique seulement et de plus: « il convient de rappeler que nous nous plaçons dans un contexte démocratique et plus précisément dans un paradigme démocratique continental, dont une des caractéristiques est le primat du système politique sur le système judiciaire, en ce sens que la loi est faite principalement par le législateur. »⁹⁴

Audria nous permet ici de faire le pont entre la politique et les conceptions de l'éthique et de la tension entre la conception aristotélicienne et kantienne.

Il convient également de rappeler que nous vivons dans un Etat de droit faisant référence directement au modèle kantien exposé ci-dessus qui se combine avec le paradigme aristotélicien d'une visée éthique, c'est-à-dire une recherche du Bien commun et qui, enfin, se complète d'une sagesse pratique dans laquelle nous insérons la déontologie professionnelle. L'éthique peut être comprise comme une discipline proposant une réflexion systématique sur les règles de comportement. Or, dans sa dimension normative, et au plan de l'éthique appliquée, il est important

⁹³Boisvert, Yves, Jutras, Magalie, Legault, Georges A, Marchildon, Allison, avec la collaboration de Louis Côté, 2003, Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique, Liber, Montréal, page 12

⁹⁴ Audria, Raphaël, 2004, Thèse de doctorat à la Faculté des sciences économiques et sociales de Genève, New public management et transparence : essai de déconstruction d'un mythe actuel, Genève, page 208

de faire la différence entre l'éthique et la déontologie. La déontologie se définit comme étant un ensemble de règles et de devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients ou le public. La déontologie varie donc selon chaque métier tout en reprenant les habitudes et les conceptions morales d'une société et d'une époque. En d'autres termes, elle rappelle les responsabilités du fournisseur de service tout en s'imprégnant de la morale ambiante.⁹⁵

Il distinguera alors

1. *l'éthique de l'administration*, celle que gèrent les politiciens pour énoncer les principes, les valeurs et dicter les conduites attendues de la part des fonctionnaires,
2. de *l'éthique des fonctionnaires*, leur 'morale' personnelle confrontée aux situations de la gestion publique et
3. de *l'éthique dans l'administration*, soit celle du fonctionnaire comme simple citoyen.⁹⁶

Ces dernières citations et les trois distinctions apportées nous permettent de bien situer le rôle du politique dans ce débat qui existera toujours quant à la place du politique dans le choix de valeurs en société et dans les instruments qu'une société ou une organisation se donne. Il est ici question de politique québécoise et Audria nous interpelle de Belgique, mais il est permis de constater l'importance du politique quant aux choix que doit faire une société et ses institutions. Rappelons simplement que l'obligation du code d'éthique est une prescription de la loi et que cette obligation peut demeurer ou se modifier au gré des révisions de cette loi en santé et services sociaux. Depuis 1991, il y a eu quelques changements et d'autres pourraient arriver éventuellement.

5.5 Le code et les autres contraintes administratives

Le droit ou la règle ne peuvent contrôler les comportements, il faut une éthique professionnelle pour venir assurer cette régulation. Souvent, on a prêté entre autre au code d'éthique cette vertu recherchée de permettre de contrôler les comportements ou

⁹⁵ Audria, Raphaël, 2004, Thèse de doctorat à la Faculté des sciences économiques et sociales de Genève, New public management et transparence : essai de déconstruction d'un mythe actuel, Genève, page 208

⁹⁶ Ibidem, 210

plus précisément de faire agir les individus de la même organisation idéalement dans le même sens. Toutefois, malgré les obligations, les orientations, les souhaits, le code d'éthique ne semble pas avoir atteint sa visée souhaitée par le ministre selon les constats de ses propres visites ministérielles relatées plus avant de ce document et il faut se demander s'il le pourra éventuellement, car il n'est pas la seule exigence faite aux établissements et loin de là. En pratique, il compte parmi plus de 80 mécanismes de contrôle existants dans les organisations de santé tel que décrit par l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) du Québec.⁹⁷

En effet, le code d'éthique s'inscrit à l'intérieur d'une multitude d'outils de contrôles de gestion et de redditions de compte, ou d'un cataplasme en plus d'autres lois que celle sur les services de santé et les services sociaux qui interviennent au sein de ce réseau de distribution de soins et des services. Ce ne sera pas une liste exhaustive, un certain nombre d'instruments de gestion ou instruments légaux qui ont cours présentement sont répertoriés et ils contraignent les établissements. Notons particulièrement le système de traitement des insatisfactions et des plaintes, la vérification comptable externe annuelle obligatoire, les ententes de gestion convenues et signées annuellement avec l'Agence régionale, les visites ministérielles faites d'abord en CHSLD et par la suite dans les autres types d'établissements.

Également, il y a le Code des professions qui oblige des codes de déontologie pour chacun des 18 Ordres professionnels présents en santé: médecin, infirmière, psychologue, travailleur social, physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, orthophoniste, etc. (chacun fait des visites d'inspection professionnelle de leurs membres dans les établissements, environ aux 5 ans, et ils adressent des recommandations particulières). Ensuite, les données comptables sont transmises aux trois mois par chacun des établissements à leur agence régionale et au ministère de la santé.

⁹⁷ Le Devoir, 1^{ier} octobre 2008

De plus, le rapport annuel de chacun des établissements qui, outre le relevé des activités internes, oblige à publiciser les résultats financiers annuels et le code d'éthique et de déontologie des administrateurs. Les établissements doivent inscrire s'il y a eu des manquements à ce code dans la dernière année. Les systèmes de données clientèles en CLSC (I-CLSC), en CHSLD (SICHELD), en CH (MED-ECHO), et de nombreux autres qui ont des fonctions de reddition de comptes très spécifiques sont déployés obligatoirement dans chacune des organisations. Les quatre conventions collectives applicables en établissement de santé. Les imposants cahiers de normes de pratiques de gestion qui incombent aux établissements, édictées par le ministère lui-même, etc.

De surplus, il y a aussi des chartes et des lois qui contraignent les établissements du réseau et tout organisme public et souvent même privé, tels que la Charte canadienne des droits, la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, le Code civil du Québec, la Loi sur l'accès aux documents publics, la Loi sur le Curateur public, la Loi sur le Commissaire à la santé, la Loi sur la protection de la jeunesse, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger, etc. Il y en a davantage, mais cette courte liste démontre bien les nombreuses contraintes existantes. L'article 233 de la loi en Santé et Services Sociaux du Québec oblige à préciser les droits des usagers et les conduites attendues du personnel. Les droits des usagers sont toutefois spécifiés dans la loi sur les services de santé et les services sociaux aux articles 3 à 27 (les droits aux services, à la confidentialité, au respect, au choix de son professionnel, etc... (Annexe 2).

Les conduites attendues du personnel et de tous les professionnels sont en bonne partie annoncées dans les conventions collectives qui s'appliquent à chaque groupe d'employés. Elles sont aussi énoncées dans les codes de déontologie particuliers aux Ordres professionnels qui viennent préciser les comportements permis par leurs membres dans l'exercice de leurs fonctions et dans leurs relations professionnelles avec les usagers dans les établissements et dans le public en général. Est-il donc utile d'exiger un outil additionnel qui n'apporte pas nécessairement du matériel nouveau, sinon des contraintes répétées? De là la question posée sur l'intérêt de poursuivre un mécanisme

qui ne donne pas les résultats escomptés et qui se retrouve de plus perdu dans un univers de contraintes multiples. Est-ce que tous ces mécanismes contribuent à la coordination et à la collaboration requise pour assurer une gouvernance efficace? De plus, est-il nécessaire pour chacun des quelques 200 établissements de reprendre ces droits prescrits par la loi et de faire un exercice d'appropriation? La loi ne demande pas de choisir parmi les droits reconnus par la loi, elle demande de les respecter tous. Chacun des établissements devrait les reprendre intégralement dans son code d'éthique, ce qui n'est pas fait. Nous avons pourtant vu précédemment, au tableau 2, qu'il y avait de 4 à 45 droits reconnus aux usagers dans les 35 codes d'éthique analysés.

Le Ministère lui-même pose la question car il fait le constat que les processus de reddition de compte, de vérification de conformité, de contrôle ou d'enquête ont un impact marginal sur la qualité de vie des résidents. N'était-ce pas toutefois l'objectif recherché et doit-on s'en inquiéter? Tout cet exercice de définir un code d'éthique et la raison d'être première de ces établissements est tout de même de permettre une qualité de services qui ne peut être négociable. Il faut toutefois trouver les bons outils pour atteindre les bons résultats.

Il faut à ce moment-ci constater que les organisations doivent développer leurs propres moyens de mises en œuvre de leurs outils de travail et assurer leur déploiement en garantissant les meilleurs services aux usagers. Ils doivent, dans une perspective de coordination et de collaboration, mettre à contribution chacun des membres de l'organisation afin de faire agir efficacement le pouvoir, les ressources et l'information, détenus par l'un et l'autre membre de l'organisation. Ils se doivent d'avoir une certaine fluidité afin de permettre l'émergence des résultats souhaités. Le principe d'autorégulation laisse toutefois la place à des défaillances du système car on compte sur l'individu lui-même pour adopter les comportements adéquats sans s'assurer du respect et de l'observance. D'autant que les établissements n'énoncent aucune contrainte ou conséquence claire en cas de manquement. Nous avons vu que les 6 codes d'éthique qui contiennent des indications de sanctions n'indiquent aucunement quelles sanctions seront prises.

Le Gouvernement du Québec a adopté une politique sur l'éthique dans la Fonction Publique⁹⁸ Québécoise, qui annonce les grands principes éthiques que doivent véhiculer chacun des fonctionnaires de l'État. Il a par contre adopté un règlement spécifique sur l'éthique et la discipline⁹⁹ dans lequel sont inscrites les mesures disciplinaires prévues en cas de non-respect des règles éthiques. Et pourtant, tout ce personnel, sauf les élus et le personnel politique, est syndiqué et donc déjà bien régi sur le plan des représailles possibles lors de manquements.

5.6 Synthèse

Le réseau de la santé et des services sociaux est très sensible à la recherche de l'offre des meilleurs services comme toute autre organisation qui offre des services directs à une population fragile ou vulnérable. L'ensemble de ses employés et la société civile tout autant directement concerné par l'offre de services, réclament du politicien et ses fonctionnaires de statuer. Le réseau de la santé et des services sociaux est un terrain fertile en soi en réflexions éthiques et il devrait interpeller le déontologue pour assurer les comportements, car il est confronté à la vie, à la mort, à la maladie, à la technologie, à l'évolution de la science et chacun de ces éléments voit le politique s'en mêler.

En ce sens, le choix du Ministre Côté de ne pas tomber du côté déontologique recommandé par son prédécesseur, la Ministre Lavoie-Roux qui souhaitait des contraintes claires, a permis d'exiger des codes d'éthique qui souhaitent être basés davantage sur l'éthique que sur la déontologie. En fait, avec l'autorégulation, chacun doit assurer par lui-même le respect des règles. Outre les intentions, la réalité de la demande formulée dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux correspond toutefois à une demande déontologique en ce sens qu'elle requiert de préciser les droits des usagers et de prescrire des conduites attendues du personnel. Il n'est pas demandé de réfléchir et discuter des valeurs, il est expressément demandé de respecter la liste des droits énoncés pour les usagers et les conduites qui en découlent

⁹⁸ <http://www.mce.gouv.qc.ca/publications/ethique.pdf>

⁹⁹ http://www.google.ca/search?sourceid=navclient&aq=0h&oq=%c3%a9thique+et+dis&hl=fr&ie=UTF-8&rlz=1T4ADFA_frCA454CA454&q=%c3%a9thique+et+discipline+dans+la+f

pour les employés ainsi que pour toute autre personne qui exerce sa profession dans l'établissement. L'on est donc en présence d'une contradiction entre les intentions et le moyen préconisé.

Nous avons pu constater l'importance du politique dans ce débat. Les élus décident des lois et leurs contenus. L'obligation du code d'éthique est soumise à la volonté du ministre en poste qui, depuis 1991, continue de demander aux établissements de fixer les droits des usagers alors qu'ils sont prescrits aux articles 3 à 27 de la même loi. Le ministre a toujours la capacité de changer la loi et de définir l'obligation du code d'éthique autrement que ce qui est énoncé actuellement à l'article 233. Il pourrait très bien prescrire un code de déontologie ou un code de conduite pour toutes personnes œuvrant dans l'établissement. Le prochain chapitre (5) et la conclusion exploreront ces avenues et nous tenterons de voir comment les orientations énoncées par le ministre pourraient être mieux desservies.

CHAPITRE 5 : REGARDONS LES PERSPECTIVES

5.1 Que pourrait être un code d'éthique

Nous venons de voir précédemment que les résultats des visites ministérielles faites dans les établissements à la demande du ministre ont pu démontrer que les objectifs visés n'étaient pas atteints. Nous avons également constaté que le code d'éthique figure au nombre de plus de 80 exigences et contraintes qui s'appliquent aux établissements et le code d'éthique est l'une d'elle. De plus, le ministère lui-même affirme dans sa propre documentation que toutes ces exigences externes ne réussissent pas à améliorer les services à la clientèle. La LSSSQ oblige tous les établissements à se doter d'un code d'éthique qui doit comprendre quatre volets qui constituent des demandes déontologiques, soit de l'ordre des droits et des devoirs. Le MSSS a l'obligation de s'assurer de la qualité des services offerts et des comportements adéquats des employés qui y travaillent et toute autre personne qui exerce sa profession ou en est bénévole. Une option pourrait être en formulant la demande dans la perspective de ce que certains appellent un code de conduite corporatif.

La question des droits des usagers est couverte dans d'autres chapitres de cette même loi, les articles 3 à 27 précisant les droits aux services, à la confidentialité, au respect, au choix de son professionnel, etc. L'annexe 2 de ce document présente le texte intégral de ces articles pour bien assurer le lecteur de ces obligations déjà inscrites et qui contraignent en soi les établissements à assurer leur respect. Les organisations doivent également respecter la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, la Charte canadienne des droits, le Code Civil du Québec, la Loi sur le Curateur public qui vient protéger les personnes les plus vulnérables, la Loi sur le Commissaire à la santé qui permet à chacun d'exprimer des insatisfactions, la Loi sur la protection de la jeunesse, et la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger notamment.

D'autre part, la loi demande de prévoir les règles d'utilisation des renseignements personnels visés aux articles 27.3 et 107 en ce qui a trait à la transmission des noms et coordonnées des usagers aux fondations et aux maisons de sondage. Il s'agit là d'une

modalité administrative qui ne devrait pas se retrouver dans un code d'éthique. Il en est de même de l'obligation de remettre une copie du code aux usagers hébergés ou qui en font la demande. La loi peut prescrire ces modalités administratives, mais il n'est pas souhaitable de les inclure au code car elles font dévier l'éthique et le code qui est demandé vers des modalités administratives.

Devrait-on penser que seule la demande de préciser les conduites attendues du personnel ou ceux qui exercent dans l'établissement devrait figurer au code d'éthique? Ainsi, le code d'éthique rejoindrait la définition généralement convenue. L'Office de la langue française est citée par l'AQESSS et précise qu'un code d'éthique doit énoncer les valeurs et les principes à connotation morale ou civique auxquels adhère une organisation et qui servent de guide à un individu ou un groupe afin de l'aider à juger de la justesse de ses comportements¹⁰⁰. Cette définition réfère spécifiquement aux comportements des employés, des cadres et des autres intervenants et selon Wotruba et al.,¹⁰¹ elle aurait avantage à servir les trois préoccupations d'un code d'éthique, soit de démontrer l'éthique de l'organisation, de transmettre les valeurs et d'avoir un impact sur les comportements des employés. Rappelons que l'amélioration des services à la clientèle passe nécessairement par des comportements acceptables de la part des employés.

L'enjeu ici est bien d'assurer des services adéquats à la clientèle desservie et cette assurance passe nécessairement par des comportements adéquats du personnel et des professionnels qui exercent leur profession dans l'établissement. Rappelons d'ailleurs qu'il existe des conventions collectives qui contraignent les employés des organisations. Les professionnels qui sont membres de leur Ordre professionnel doivent se soumettre à leur code de déontologie. Actuellement, seul le code d'éthique est d'application universelle pour toute personne qui est employée ou qui exerce dans l'établissement. Et

¹⁰⁰ AQESSS 2007, Le code d'éthique – outil de mobilisation et d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, outil de référence, 40 pages, modèle, 25 pages.

¹⁰¹ Wotruba, T.R., L.B. Chonko, T.W. LOE, 2001. "The Impact of Ethics Code Familiarity on Manager Behavior", *Journal of Business Ethics* 33: 59-69.

pourtant, nous avons vu que le code n'apparaît pas faire œuvre utile dans les organisations et que les objectifs visés ne semblent pas atteints par cette voie.

La démonstration de l'éthique de l'organisation n'est pas nécessairement assurée par le code d'éthique. Souvenons-nous que chacun des établissements doit répondre de son « éthique » en adoptant un code d'éthique et de déontologie des administrateurs et en vertu de la LSSSSQ doit le publier annuellement dans son rapport annuel obligatoirement déposé à la population et transmis à son Agence régionale et au Ministre de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Chacun des établissements doit indiquer de plus dans son rapport annuel, le nombre de manquements rencontrés durant l'année et leur nature. L'obligation de comportements éthiques pour les administrateurs quant à la prévention des conflits d'intérêt particulièrement est ainsi assurée.

De surcroît, chacun des établissements dispose d'obligations relatives à l'éthique de la recherche. Il doit également mettre en place un mécanisme afin de répondre aux préoccupations en éthique clinique que peuvent avoir les employés de cette même organisation. Ainsi donc, l'éthique se décline actuellement selon 4 mécanismes dont 3 sont obligatoires pour les établissements. Le code d'éthique, le code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que la vérification de l'acceptabilité éthique des projets de recherche sont tous trois des prescriptions obligatoires. Le mécanisme d'agrément vu précédemment vient ajouter une contrainte aux établissements soit de définir le mécanisme d'éthique clinique qui sera utilisé permettant à tous les employés de pouvoir soumettre et débattre de dilemmes éthiques qui se posent.

Pour en revenir au code d'éthique, Wotruba indique enfin que l'organisation doit transmettre ses valeurs par le biais de son code d'éthique. Pour cet auteur, c'est donc une opportunité pour une organisation de rappeler sa mission et ses valeurs en présentant son code d'éthique. Il est cohérent de penser que si on souhaite contraindre les employés à avoir des comportements ou des conduites adéquats, l'organisation doit bien situer sa perspective en reprenant sa mission et ses valeurs. À ce propos, sur les 35 codes d'éthique analysés dans le cadre du présent travail (voir tableau 3), 21 d'entre eux

inscrivent leur mission, 24 leurs valeurs et 20 leur philosophie de gestion. Rappelons toutefois que les articles 80 de la Loi SSSSQ précisent les missions d'un CSSS, d'un hôpital, d'un CLSC, d'un CHSLD et bon nombre d'établissements reprennent intégralement les libellés de cette mission pour leur propre documentation. C'est donc plus du tiers des établissements qui reprennent leurs textes normatifs de base et les réinscrivent à l'intérieur du code d'éthique afin de bien appuyer leurs énoncés de valeurs.

Ainsi, des trois caractéristiques attendues par Wotruba énoncées précédemment, une seule est originale pour le code d'éthique et concerne l'impact que doit avoir le code sur les comportements des employés. Les deux autres aspects sont déjà couverts autrement comme nous venons de le voir dans le cadre des obligations légales. Mais cet auteur dit également que le document peut s'appeler un code d'éthique ou un code de conduite. Il est également d'usage que le code d'éthique soit le lieu de diffusion de la mission et des valeurs d'une organisation. Le code d'éthique, comme il se doit d'être diffusé largement dans l'organisation est souvent un bon instrument pour rappeler la mission et les valeurs afin de poursuivre avec les droits des usagers et des conduites attendues du personnel.

Nous avons donc regardé si le code d'éthique était accessible à tout public et si l'organisation le rendait disponible via son site Internet grand public. Est-ce que nous retrouvons l'énoncé de mission, les valeurs organisationnelles et la philosophie de gestion diffusés par le biais du code? Le prochain tableau donne le relevé de ces questions où nous avons repris systématiquement chacun des 35 codes.

Tableau 5 : Le code d'éthique, lieu d'expression de la mission et des valeurs

	Établissement	Site web	Mission	Valeurs / principes	Philosophie / vision
1	CHUM	oui	oui	non	non
2	CUSM	oui	non	non	non
3	Hôpital Santa Cabrini	oui	non	oui	non
4	Institut de Cardiologie de Montréal	non	oui	non	non
5	Hôpital Rivières-des-Prairies	oui	oui	oui	non
6	Hôpital Du Sacré-Cœur	oui	oui	non	non
7	CHSLD Hôpital Chinois de Montréal	non	non	non	oui
8	CHSLD Château Westmount	oui	oui	oui	oui
9	Centre de Soins Prolongés Grace Dart	non	non	oui	non
10	Institut Nazareth & Louis-Braille	non	oui	oui	oui
11	Centre de réadaptation La Maison	non	oui	oui	oui
12	Centre de réadaptation InterVal	oui	oui	oui	oui
13	CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent	oui	oui	oui	oui
14	CSSS de la Pointe-de-L'Île	non	oui	oui	oui
15	CSSS Jeanne-Mance	oui	oui	non	non
16	CSSS du Sud-Ouest-Verdun	oui	non	oui	oui
17	CSSS de Kamouraska	non	oui	oui	oui
18	CSSS de Trois-Rivières	oui	oui	oui	oui
19	CSSS du Haut-St-Maurice	non	non	oui	oui
20	CSSS de la Mitis	non	oui	oui	oui
21	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	non	non	oui	oui
22	CSSS Champlain	oui	oui	oui	oui
23	CSSS Pierre-Boucher	oui	oui	oui	oui
24	CSSS des Basques	oui	non	non	non
25	CSSS du Rocher-Percé	non	non	oui	oui
26	CSSS de Montmagny-L'Islet	non	oui	oui	oui
27	CSSS du Grand-Littoral	non	non	non	non
28	CSSS de Lac-St-Jean-Est	non	oui	oui	oui
29	CSSS de Laval	oui	non	non	non
30	CSSS Cléophas-Claveau	non	oui	oui	non
31	CSSS de Rouyn-Noranda	non	non	non	non
32	CSSS du Pontiac	non	oui	oui	oui
33	CSSS du Granit	non	non	oui	non
34	CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	oui	non	non	non
35	CSSS Rivière-du-Loup	non	oui	oui	oui

Selon les relevés effectués :

- 16 établissements publient leur code sur leur site internet, alors que 19 ne l'ont pas inscrit.
- 21 établissements ont inscrit leur mission alors que 14 ne l'ont pas fait.
- 24 établissements ont inscrit leurs valeurs et leurs principes alors que 11 ne les ont pas publiés.
- 15 d'entre eux y ont inscrit leur philosophie de gestion et 20 n'ont pas retenu ce moyen.

Il est encore permis de constater que le code ne dispose pas d'un fil conducteur uniforme. Chacun des établissements utilise ce moyen de façon différenciée. Bien que l'Association Québécoise des Établissements en Santé et Services Sociaux ait rédigé un important travail de recommandation à ses établissements membres et leur ait proposé¹⁰² deux guides distincts, l'un sur la théorie et le second leur présentant un modèle de code d'éthique, chaque établissement a tout de même décidé de son propre modèle considérant les résultats qu'on y retrouve. Les autres tableaux de relevés présentés au second chapitre nous confirment cette même vision où chacun y est allé de son originalité et ses propres besoins.

5.2 La spécificité du code d'éthique

Préciser la nature des comportements attendus doit être une exigence spécifique et circonscrite à des limites raisonnables afin de ne pas reprendre les autres textes normatifs existants dans les organisations, tels les conventions collectives qui balisent un certain nombre de comportements, les codes de déontologie des ordres professionnels, etc. Ainsi, six normes éthiques devraient être retenues selon Schwartz¹⁰³ pour articuler le code autour de ces valeurs :

1. La *fiabilité*, qui inclue les notions d'honnêteté, d'intégrité, de confiance;
2. Le *respect* envers les personnes à desservir particulièrement;

¹⁰² AQESSS 2007, Le code d'éthique – outil de mobilisation et d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, 2 documents : outil de référence, 40 pages; modèle proposé, 25 pages

¹⁰³ Schwartz, Mark S., 2002. "A Code of Ethics for Corporate Code of Ethics", *Journal of Business Ethics* 41: 27-43.

3. La *responsabilité* et la *capacité de rendre compte* de sa contribution;
4. L'*équité* dans la contribution, la justice, l'impartialité;
5. Le *prendre soin* en évitant tout dommage aux autres;
6. Être un *citoyen responsable* en respectant les lois et protégeant l'environnement.

Si le code cible bien les comportements attendus, il n'est pas nécessaire de faire de longues listes de contraintes mais bien de s'attarder à sa diffusion, sa compréhension, l'adhésion des employés et sa révision. Toutefois, ces différents éléments qui se doivent d'être présents n'ont pas été démontrés de façon éloquente jusqu'à présent, car lors des visites ministérielles, on remarque que plusieurs établissements ne faisaient que distribuer le code.

Bien évidemment, ces 6 normes ne sont pas nouvelles ou différentes des autres textes normatifs connus, tels les conventions collectives, les codes de déontologie, etc. Il importe toutefois de se rappeler que toutes les personnes qui œuvrent dans un établissement ne sont pas toutes assujetties aux conventions collectives (tels les médecins, les résidents, les stagiaires, les bénévoles...) ou aux codes de déontologie de leur Ordre professionnel (les préposés aux bénéficiaires, les auxiliaires familiaux, le personnel de secrétariat, de l'entretien ménager...). L'utilité d'un texte propre à l'établissement pour assurer des conduites adéquates de tout le personnel ou ceux qui œuvrent dans l'établissement en vertu des droits des usagers précisés aux articles 3 à 27 de la loi et en conformité également avec la mission de chacun des types d'établissements précisés aux articles 80 de la Loi en santé et services sociaux du Québec n'est pas démontrée à notre avis.

5.3 Les conditions d'implantation et de suivi

Le simple fait d'avoir un code d'éthique ne suffit pas à garantir l'adhésion et le respect. Une démarche complète et englobant toute personne s'avère la meilleure façon de pouvoir disposer d'un instrument utile et efficace. D'ailleurs, c'est ce qui est visé par l'adoption par tous de comportements adéquats et éthiques. Aussi, il apparaît que plus la connaissance du code est élevée, plus le climat de travail et les comportements vont

dans le sens souhaité. Le code doit devenir un outil familier pour chacun, présenté dès l'arrivée d'un nouvel employé, rappelé et évoqué régulièrement lors des formations, des rencontres d'équipes et lors des révisions. Quatre conditions doivent être présentes, selon Wotruba et al.¹⁰⁴:

1. Le code doit soutenir la volonté énoncée par l'organisation;
2. Il doit y avoir appropriation et surtout une compréhension de son contenu par tous;
3. La reconnaissance, par les employés, des valeurs contenues au code et le lien évident avec leur réalité à eux;
4. Le support et le renforcement par l'organisation des comportements adéquats.

Ces quatre conditions devraient suffire à améliorer les comportements attendus, un suivi régulier doit être fait et des révisions de ce code doivent également être prévues. Enfin, la littérature est très claire sur l'importance pour les dirigeants de démontrer dans leurs actes quotidiens les valeurs véhiculées par le code¹⁰⁵. Il est souvent souligné que les employés regardent leurs dirigeants, analysent leurs comportements et vérifient s'ils sont porteurs des messages qu'ils véhiculent : ils ne peuvent se contenter d'en parler, ils doivent le démontrer au quotidien.

5.4 Code d'éthique ou code de déontologie?

À cette étape-ci de ce travail de mémoire, il importe de regarder lequel des instruments serait le plus adéquat pour bien desservir le législateur qui souhaitait dès le départ s'assurer de comportements adéquats des employés du réseau de la santé et des services sociaux. Il n'est pas nécessaire de revenir encore sur la demande de l'article 233 de la Loi SSSQ. Les quatre demandes formulées ont été regardées, et nous avons retenu que la demande de comportements adéquats était la seule originale qui s'adressait à tous les employés et aux professionnels qui exercent leur profession dans les organisations, tels les médecins, les résidents en médecine, les stagiaires et les bénévoles qui rappelons-le

¹⁰⁴Wotruba, T.R., L.B. Chonko, T.W. LOE, 2001. "The Impact of Ethics Code Familiarity on Manager Behavior", *Journal of Business Ethics* 33: 59-69.

¹⁰⁵ Béliand, Claude, dans Dion, Michel, 2007. *L'éthique de l'entreprise*, Fidès, 451 pages.
 Claude, Jean-François, 2002. *L'éthique au service du management*, 2^e Édition, Éditions Liaison, 254 pages

ne sont pas des employés des établissements où ils travaillent. Ainsi un médecin peut enseigner à l'université, travailler dans trois hôpitaux différents et être propriétaire de deux cliniques privées. Lorsqu'il travaillera dans les trois hôpitaux, il devra toutefois répondre aux politiques, aux règlements et aux règles développées dans chacun. Les autres demandes de la loi concernent des objets déjà existants. De plus, certaines organisations disposent de plusieurs centaines de stagiaires et de bénévoles qui ne sont contraints par aucun code normatif, sauf le code d'éthique.

Rappelons également que lorsque le législateur au début des années 1990 a introduit le code d'éthique dans la loi, beaucoup de voix se sont élevées pour dire qu'il était davantage question d'un code de déontologie que d'un code d'éthique, mais on a préféré appeler cette nouvelle obligation un code d'éthique afin de ne pas entraîner de confusion avec les codes de déontologie des Ordres professionnels. Nous convenons toutefois que la demande qui a toujours été formulée est une demande qui relève davantage de la déontologie que de l'éthique. Le législateur s'attend à ce que le personnel des organisations adopte des comportements adéquats dans le respect de ce qui est formulé au code.

L'objection qui existait en 1991 est également toujours présente et les professionnels membres d'un Ordre professionnel et qui exercent leur profession dans les établissements demeurent soumis et doivent respecter l'intégralité de leur code de déontologie. Il n'est pas question d'un appel à la discussion sur les valeurs, il est question d'agir conformément au code. Considérant la demande du législateur et ses attentes face aux comportements et conduites attendues, il apparaîtrait adéquat de parler davantage d'un code de conduite.

5.5 Qu'est-ce qu'un code de conduite?

Dans les entreprises américaines, il est question de code de conduite dans l'industrie depuis aussi loin que 1935. Comme l'industrie a largement dépassé les différentes frontières de son propre pays d'implantation, et s'est disséminée un peu partout sur le globe, les multinationales ont tenu à s'assurer de règles de conduite qui soient les

mêmes peu importe le lieu où les usines s'implantaient. Pour des questions d'efficacité, d'équité et de productivité, les dirigeants souhaitaient que chacun développe des comportements adéquats au sein de leurs filiales. Là encore, quelques scandales, quelques conflits d'intérêt, quelques malversations ont convaincu les associations internationales, comme l'Organisation de la coopération et du développement économiques (OCDE), comme l'Organisation internationale du travail (OIT) à proposer des outils à être implantés dans les organisations. L'OCDE a davantage parlé de code d'éthique, l'OIT de code de conduite.

Le réseau de la santé québécois n'est pas une multinationale, ne dépasse pas les limites du Québec, mais avec la diminution importante d'établissements, passant de 900 à moins de 200 actuellement tel que mentionné précédemment, plusieurs organisations comptent de nombreuses installations sur leur territoire de desserte et l'on parle d'un établissement qui peut avoir une ou deux installations, mais l'on parle également d'établissements qui comptent jusqu'à 26 installations sur leur territoire. La direction de chaque établissement souhaite de fait que le personnel de chacune des installations adopte des comportements adéquats avec chacune des clientèles desservies dans chacun des points de services.

Il n'est pas possible de se fier sur le dialogue ou la délibération régulière avec la direction générale, la distance ne le permet pas et la situation d'éloignement qui fait que la haute direction n'est pas à proximité de chacun des intervenants dans chacun des points de services oblige à mettre en place des outils sur lesquels les employés doivent se fier. La direction se doit d'être claire et précise sur ses attentes. La littérature nous apprend et nous l'avons souligné plus avant, que les employés doivent pouvoir observer l'intégrité dans les comportements de la haute direction afin de donner de la crédibilité aux demandes formulées. Lorsque ce n'est pas possible à cause de distances mêmes petites, les outils doivent être performants.

Demander aux établissements de fixer les droits des usagers dans leur code d'éthique revient à affaiblir la liste des droits contenus à la loi en SSSQ car chacun pige et choisit

dans la liste, il ne les reprend pas tous. Toutefois, la loi en SSSQ ne parle pas d'option entre ces droits. Ils se doivent d'être tous respectés intégralement, mais le législateur par sa demande d'inclusion dans le code d'éthique vient lui-même affaiblir sa propre demande. D'autant que la publicisation et la distribution systématique du code d'éthique aux résidents hébergés sont associées au code d'éthique et non aux droits reconnus dans la loi en SSSQ. Bien évidemment qu'il n'y a pas d'opposition ou de contradiction entre les droits reconnus dans la loi et ceux qui sont inscrits aux 35 codes d'éthique regardés. Chacun a retenu les plus prioritaires.

La demande originale pour le code d'éthique concerne la conduite attendue des employés, des médecins et des bénévoles. Une organisation qui veut mettre de l'emphase sur quelque chose a intérêt à le surligner dans l'organisation et le mettre en évidence afin que le message soit bien reçu et retenu. Le législateur a dès le départ en 1991 souhaité promouvoir les comportements et conduites des employés vers l'atteinte des buts de l'organisation. Pourquoi ne pas parler alors de code de conduite, plutôt que de code d'éthique?

The concept « corporate code of conduct » refers to companies policy statements that define ethical standards for their conduct. There is a great variance in the ways these statements are drafted. Fundamentally, a code of conduct depends on its credibility; the extend to witch it is taken seriously by industries, unions, consumers and governments. Credibility, in turn, depends on monitoring, enforcement and transparency.¹⁰⁶

Cette définition et ce positionnement ne viennent-ils pas cerner précisément ce que recherche le législateur depuis 1991. D'autant que l'énoncé des conduites attendues repose tout de même sur des standards éthiques. Il n'est pas ici question de reprendre les conventions collectives, de ramener les codes de déontologie de chacune des professions impliquées. Il est ici question de développer un code de conduite qui concernera toute personne qui œuvre dans l'établissement à quelque titre que ce soit et de préciser ce qui est attendu de chacun. Retenons que les 6 normes éthiques de Schwartz, vues

¹⁰⁶ International Labour Organization, Corporate code of conducts, page 2, <http://actrav.itcilo.org/actrav-english/telearn/global/ilo/code/main.htm>

précédemment, devraient être la base de chacun des codes de conduite que demanderait le législateur.

Demeure également le débat sur les mesures à être indiquées ou non s'il y a non-respect des règles. Les conventions collectives prévoient des mesures, les codes de déontologie sont également clairs sur les conséquences et nous avons vu que le code d'éthique n'est pas un outil de délibération et de discussion sur les valeurs dans les établissements. Les visites ministérielles n'ont retrouvé que 7 organisations sur les 35 étudiés dans ce mémoire qui utilisaient leur code d'éthique à cet égard.

Un code de conduite devrait toujours se baser sur les valeurs de l'organisation et ses visées éthiques au sein de son personnel et des personnes qui y œuvrent. Les conséquences à tout manquement se doivent d'être aussi claires et sans équivoques :

Mais pour éviter une dérive individualiste préjudiciable aux valeurs fondamentales du service public et même si le jugement éthique facilite l'autorégulation, celle-ci doit passer par la reddition de comptes suivie éventuellement d'une sanction juste et équitable. La coexistence équilibrée des mécanismes de support éthique et des mécanismes juridiques contraignants est jugée préférable dans tous les États de droit.¹⁰⁷

Dans l'industrie américaine ou dans chacun des établissements québécois, le législateur souhaite que le comportement corporatif et celui de chacun de ses membres soit exempt de fraudes, de violations des droits, de détournements de fonds, d'abus ou d'agressions envers la clientèle, etc. En industrie, le personnel doit assurer les meilleurs rendements financiers aux investisseurs qui s'attendent à un juste retour de leurs investissements. Le législateur québécois a souhaité que la clientèle des établissements de santé et de services sociaux soit desservie avec probité, loyauté et qu'elle obtienne les meilleurs services et ce sans compromis. C'est pour cela que le législateur a fixé dans la loi en SSSQ 15 articles et ce sont les premiers énoncés qui déterminent les droits des usagers.

¹⁰⁷ Marchildon A, Boisvert Y, Lafontaine S., avril 2004, Vigie : L'Observatoire de l'administration publique, la vague de fond éthique, Volume 7, numéro 2, page 4

There were few regional variations in subject matter. Codes in the US are more likely to include sections on the security of proprietary information. Workplace safety is a more frequent subject of European ethics statements.¹⁰⁸

Le législateur québécois pourrait ainsi s'assurer d'un moyen clairement énoncé et sans compromis pour atteindre ce qu'il recherche depuis 1991.

Tout comme les conventions collectives ou les codes de déontologie, un code de conduite doit pouvoir énoncer les mesures qui seraient prises s'il n'y a pas respect intégral des conduites attendues et qui assure la responsabilité de l'application. Le réseau de la santé devrait confier la garde, la sauvegarde et le suivi d'un code de conduite à la direction des ressources humaines. Cette direction serait responsable de l'élaboration, de l'application et du respect du code de conduite dans l'organisation. Un code de conduite est tout à fait dans son mandat. Cette direction est depuis toujours l'intervenant privilégié lorsqu'il est question de gestion des employés, des conventions collectives, autant le renouvellement que les manquements constatés et si un professionnel de l'organisation fait une faute reliée au code de déontologie de son Ordre professionnel, il est habituellement la courroie de transmission entre l'organisation et l'Ordre professionnel concerné.

Lorsqu'un manquement est constaté dans une unité, la direction des ressources humaines est toujours l'intervenant principal, accompagné du cadre concerné pour intervenir en toute équité auprès de la ou des personnes concernées. L'OIT recommande d'ailleurs¹⁰⁹ que la responsabilité de l'implantation, de la distribution et le suivi soit assuré par un palier hiérarchique supérieur. Par ailleurs, concernant les mesures de réprimande qui peuvent accompagner un code de conduite, elles doivent être claires et connues auprès de toutes les personnes concernées, mais contrairement aux organisations privées dont les employés ne sont pas syndiqués, le réseau public québécois doit tenir compte de l'existence des conventions collectives et des codes de

¹⁰⁸ International Labour Organization, Corporate code of conducts, page 8, <http://actrav.ilo.org/actrav-english/telearn/global/ilo/code/main.htm>

¹⁰⁹ International Labour Organization, Corporate code of conducts, page 13, <http://actrav.ilo.org/actrav-english/telearn/global/ilo/code/main.htm>

déontologie et se positionner comme instrument complémentaire afin de rejoindre toute personne qui œuvre dans l'organisation à quelque niveau que ce soit.

Enfin, la mise en place d'un code de conduite dans une organisation doit être faite en s'assurant de la collaboration de chacune des parties impliquées. Ainsi, les représentants des cadres doivent y travailler, mais également les entités syndicales, le conseil des médecins, la personne responsable des bénévoles, des stagiaires, et assurer une distribution complète du code lors de l'arrivée de quelqu'un dans l'organisation. Un nouvel employé doit le recevoir, ainsi qu'un nouveau médecin qui vient d'être autorisé par le Conseil d'Administration à pratiquer dans l'organisation. Le législateur a souhaité que toute personne dans l'organisation reçoive et ait accès au code d'éthique, le code de conduite doit tout autant être distribué et affiché partout.

5.6 Synthèse

Ce dernier chapitre est venu éclairer par la littérature appropriée ce que l'on devrait retrouver dans un code d'éthique organisationnel et il est apparu que la demande de code d'éthique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec est passablement éloignée de ces perspectives. Un code d'éthique devrait fixer des valeurs et encourager la mise en place de conditions pour que les valeurs soient partagées et discutées au sein de l'organisation.

La demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ne va tout de même pas dans une direction opposée, mais le choix du moyen retenu n'apparaît pas le plus approprié. Les établissements y sont allés de leur esprit créatif et ils ont tenté de faire un document qui fait sens pour eux. Sur les 35 codes analysés, 11 se présentent sous forme de cahiers, 15 sous forme de livret et 9 en mode dépliant. Cette originalité est tout à l'honneur des établissements car chacun y va de ce qu'il considère utile pour lui. L'élément majeur à souligner demeure le fait que le ministère veut ainsi contraindre les comportements des employés et il fut démontré que l'outil ne remplit pas du tout cette fonction. Il y aurait lieu de garder cette fonction, de changer le type d'outils et de demander aux établissements de préciser ce qui arrive si le code de conduite n'est pas

respecté par l'une ou l'autre des personnes qui travaillent dans l'établissement, autant comme employé, que médecin, stagiaire, bénévoles, etc. Cet outil constituerait le seul outil commun à toute personne qui travaille dans l'établissement.

Nous croyons utile que le législateur reformule sa demande de code d'éthique en code de conduite qui s'assurerait de respecter les six normes éthiques présentées par Schwartz et qui se résument à : la fiabilité, le respect, la responsabilité, l'équité, le prendre soin et être un citoyen responsable. Ces six normes positionnent très bien la qualité du travail bien fait, la qualité de la relation avec les collègues, les usagers et le respect de l'environnement dans lequel se fait ce travail.

CONCLUSION

Au terme des lectures, des analyses et des différentes réflexions engagées sur la question du code d'éthique comme outil de régulation, il nous est maintenant possible de tirer une conclusion qui s'appuiera sur les différents éléments développés au fil des chapitres présentés.

Bien évidemment, ce travail présente certaines limites. D'abord, il y a eu 35 codes d'éthique analysés, alors que le réseau public compte un peu moins de 200 établissements publics. Considérant la répartition des types d'établissements retenus et la disparité régionale de ces 35 codes, nous ne croyons pas qu'une analyse d'un plus grand nombre de codes aurait apporté des informations additionnelles. Nous avons constaté beaucoup de différences entre eux et un plus grand nombre de codes analysés aurait complété ce portrait très diversifié.

L'expérience personnelle et les nombreuses conversations informelles faites avec des gestionnaires et des directeurs généraux de ce réseau de la santé et des services sociaux au Québec me convainquent également des limites qu'ils rencontrent à faire vivre un code d'éthique dans leurs organisations. Les contenus présentés dans ces codes demeurent très valables, mais les mécanismes mis en place pour actualiser les espaces de discussion de ces valeurs et principes demeurent trop limités et ne réussissent pas à s'inscrire au milieu d'une multitude de contraintes. Les résultats des visites ministérielles sont éloquentes à cet égard et pourtant rien n'a changé depuis ces constats amorcés en 2004 par le ministre de la santé et des services sociaux. Il maintient l'obligation du code d'éthique et diminue les vérifications faites dans les établissements. C'est pour cette raison que fut envisagée une autre formulation de la demande pour atteindre les objectifs énoncés. Regardons maintenant les constats faits à chacun des chapitres.

Le premier chapitre a permis de bien situer l'objet des préoccupations de ce mémoire. Il nous fut permis de constater que cette obligation inscrite à la loi en 1991 souhaitait être accompagnée de mesures afin de s'assurer du respect, mais que le changement de

ministre a vu les contraintes être retirées. On a décidé de laisser aux établissements le choix des mesures qui seraient implantées. Toutefois, dans le cadre des visites ministérielles effectuées depuis 2003-2004 en milieu d'hébergement particulièrement, il est constaté que le code d'éthique ne contraint pas vraiment les conduites des employés, car il a encore des difficultés à être présent, conforme, connu, diffusé, approprié et appliqué.

Cela fait plus de vingt ans que cette contrainte existe pour les établissements et personne n'a pu constater qu'ils ont amélioré les services aux usagers par cette voie. Le Ministère lui-même a reconnu dans sa documentation que les différentes contraintes n'améliorent pas les services aux usagers. De tous les ministres qui sont passés comme ministre de la santé et des services sociaux dans ces vingt dernières années, il n'y a que le ministre Philippe Couillard en 2003 qui a énoncé clairement dans ses orientations ministérielles qu'il souhaitait que le code d'éthique soit l'assise sur laquelle se base les décisions cliniques, organisationnelles et de gestion. Rien ne permet de constater que cette demande a été suivie.

Le second chapitre analyse 35 codes d'éthique actuellement en vigueur dans autant d'établissements au Québec. Le principal constat est à l'effet que tous les établissements se conforment à l'obligation mais qu'il y a presque autant de type de codes d'éthique que d'établissements concernés. Chacun y est allé de sa créativité quant aux formats et aux contenus retenus et adoptés. S'il avait été permis de constater que chacun s'approprie son outil et l'intègre dans sa gestion courante, cela démontrerait une grande valeur à cette obligation. Le constat est toutefois que 19 établissements sur les 26 visités par les équipes ministérielles répondent à l'obligation de la loi sans plus. Il n'y a que 10 établissements qui indiquent s'en servir ou à tout le moins faire quelques discussions à l'interne parfois avec le personnel ou avec les résidents.

De plus, de ne pas en discuter ou de le garder présent à la mémoire de chacun de façon régulière, ne peut avoir d'impact sur les conduites attendues du personnel et démontre que le code d'éthique n'a pas de fonction de régulation des comportements attendus. Un

seul rapport ministériel indique que les comportements inacceptables sont suivis dans les unités¹¹⁰. Autrement, c'est le recours au commissaire aux plaintes et la qualité qui est mentionné à 6 reprises. Cette instance ne dispose toutefois que d'un pouvoir de recommandation. Il ne peut agir directement, il fait enquête et peut adresser des recommandations à l'organisation. Nous avons retenu que le code répond à la demande de la loi mais n'apparaît pas avoir d'impact significatif sur la conduite des employés. D'ailleurs, le plus grand scandale public relatant des failles majeures dans le comportement de la direction et des employés au CHSLD St-Charles-Borromée face aux usagers¹¹¹ est issu d'un établissement qui disposait d'un code d'éthique répondant aux exigences de la loi.

Au chapitre 3, les questions conceptuelles ont été abordées. L'on y apprend que la gouverne de multiples types d'organisations a adopté l'éthique sous la forme de déclaration, de code, d'énoncé de valeurs, de Charte, etc... au-delà des règles, des politiques, des règlements existants. Plusieurs types d'organisations, à l'instar des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont défini des valeurs associées explicitement à l'éthique afin de permettre aux employés d'avoir un système de référence en cas de besoin. Les règles et les politiques dans chacune des organisations peuvent être claires, mais elles ne couvrent pas ou ne répondent pas à toutes les situations qui se présentent et qui ne sont pas toujours prévues ou prévisibles.

Est-ce que le code d'éthique et le code de déontologie sont fondamentalement différents de l'un à l'autre? Est-ce que chacun énonce des objets différents? Pas vraiment, car chacun contraint ses membres à des comportements attendus et les deux outils sont tout autant prescriptifs. Il est clair que le code de déontologie non respecté par un professionnel peut entraîner des poursuites contre ce professionnel à son Ordre. Les codes d'éthiques des établissements de la santé et des services sociaux ne comportent pas de mesures contre les fautifs bien que 6 des 35 codes analysés indiquent le recours au Commissaire aux plaintes et à la qualité et qu'il a le choix de mesures appropriées s'il

¹¹⁰ Centre de Soins Prolongés Grace Dart, tableau 4

¹¹¹ L'Inclusif, 26 novembre 2003, numéro 51

y avait des conduites attendues non respectées. Mais ce commissaire ne peut qu'adresser des recommandations à la direction de l'établissement et il n'a aucun pouvoir d'action par lui-même.

Les Déclarations et les Chartes ne sont pas des codes d'éthique et elles se situent davantage dans des univers politiques malgré le fait qu'elles énoncent des valeurs avec des objectifs clairs de partage de ces valeurs. Un système de valeurs communes, qui est clair et diffusé entend soutenir la prise de décision là où les règles et les politiques ne le peuvent pas. Les codes d'éthique et de déontologie sont basés sur des valeurs qui se doivent d'être clairement énoncées. Retenons que ces valeurs servent à évaluer le problème à résoudre, à envisager des options qui pourraient être pertinentes et à prendre la meilleure décision.

C'est en ces termes que les valeurs énoncées, lorsque les politiques ou les règles ne sont pas suffisamment précises, permettent à chacun de servir de guide. Est-ce que l'éthique peut contraindre les comportements demeure la question soulevée dans le présent travail et il apparaît évident que l'éthique en elle-même n'a pas cette fonction. Elle guide, oriente, appuie un système de valeurs entendues au sein d'un groupe, d'une organisation. Nous avons toutefois vu que la contrainte de comportements passe par la déontologie, car il ne s'agit plus de discuter ou de délibérer si des comportements inacceptables se manifestent. Il faut agir, il faut que des décisions se prennent.

De plus, la lecture et la présentation de la revue québécoise en gestion qui a regardé spécifiquement l'éthique et le comportement comme thème central dans une parution de 2009 a permis de constater que les attentes de comportements adéquats ne passent pas par la formulation de codes d'éthique pour la grande majorité des auteurs regardés. Sauf les articles qui traitaient spécifiquement du code d'éthique, tous les autres auteurs ont parlé d'éthique et de comportements sans jamais utiliser le code d'éthique à cette fin, ils ne l'ont généralement jamais mentionné.

Au quatrième chapitre, nous avons vu que le réseau de la santé et des services sociaux est très sensible à la recherche de l'offre des meilleurs services, comme toute autre organisation qui offre des services directs à une population fragile ou vulnérable. L'ensemble de ses employés et la société civile tout autant concernée par l'offre de services, réclament du politicien et ses fonctionnaires de statuer sur ce qui se doit d'être fait. Le réseau de la santé et des services sociaux est un terrain fertile en soi en réflexions éthiques et il devrait interpeller le déontologique pour assurer les comportements, car il est confronté à la vie, à la mort, à la maladie, à la technologie, à l'évolution de la science et chacun de ces éléments voit le politique s'en mêler.

En ce sens, le choix du Ministre Côté de ne pas tomber du côté déontologique recommandé par son prédécesseur, la Ministre Lavoie-Roux qui souhaitait des contraintes claires¹¹², a permis de prescrire des codes d'éthique qui souhaitent être basés davantage sur l'éthique que sur la déontologie. Et en fait sur l'autorégulation car chacun doit assurer par lui-même le respect des règles.

Outre les intentions, la réalité de la demande formulée dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux correspond toutefois à une demande déontologique en ce sens qu'elle requiert de préciser les droits des usagers et de prescrire des conduites attendues du personnel. Il n'est pas demandé de réfléchir et discuter des valeurs, il est expressément demandé de respecter la liste des droits énoncés pour les usagers et les conduites qui en découlent pour les employés et toute personne qui exerce sa profession dans l'établissement. Le débat sur l'importance du politique fut constaté. Les élus décident des lois et leurs contenus. L'obligation du code d'éthique est soumise à la volonté du ministre en poste qui, depuis 1991, continue de demander aux établissements de fixer les droits des usagers alors qu'ils sont prescrits aux articles 3 à 27 de la même loi. Tout ministre en poste a la capacité de recommander des changements à la loi à l'Assemblée Nationale faisant en sorte de définir l'obligation du code d'éthique autrement que ce qui est énoncé actuellement à l'article 233. Il pourrait très bien

¹¹² MSSS, 1989, Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, Orientations, page 56

prescrire un code de déontologie ou un code de conduite pour toutes les personnes œuvrant dans l'établissement.

Ce dernier chapitre a puisé dans la littérature les indications pour un code d'éthique organisationnel. L'analyse nous démontre que la demande de code d'éthique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec est passablement éloignée de ces perspectives.

Un code d'éthique devrait fixer des valeurs et encourager la mise en place de conditions pour que les valeurs soient partagées et discutées au sein de l'organisation. La demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ne va tout de même pas dans une direction opposée, mais elle est tellement précise dans sa prescription que les établissements doivent y répondre intégralement. Les établissements y sont allés de leur esprit créatif et ils ont tenté de faire un document qui fait sens pour eux. L'élément majeur à souligner demeure le fait que le ministère veut ainsi contraindre les comportements des employés et il fut démontré que l'outil ne remplit pas du tout cette fonction. Il y aurait lieu de garder cette fonction, de changer le type d'outils et de demander aux établissements de préciser ce qui arrive si le code de conduite n'est pas respecté par l'une ou l'autre des personnes qui travaillent dans l'établissement, autant comme employé, que médecin, stagiaire, bénévole, etc. Cet outil constituerait le seul outil commun à toute personne qui travaille dans l'établissement.

Plusieurs groupes d'employés sont déjà contraints par leur code de déontologie professionnelle ou leur convention collective de travail. Il faudra tenir compte de l'existence de ces outils. Il serait utile que le législateur reformule sa demande de code d'éthique en code de conduite qui s'assurerait de respecter les six normes éthiques présentées par Schwartz¹¹³ et qui se résument à : la fiabilité, le respect, la responsabilité, l'équité, le prendre soin et être un citoyen responsable. Ces six normes positionnent très bien la qualité du travail bien fait, la qualité de la relation avec les autres et le respect de

¹¹³ Schwartz, Mark S., 202, « A Code of Ethics for Corporate Code of Ethics », *Journal of Business Ethics*, 41, 27-43

l'environnement dans lequel se fait ce travail. Comme les conventions collectives ou les codes de déontologies ne couvrent qu'une partie seulement des employés dans un établissement, un code de conduite pourrait être universel pour tous les employés, les médecins, les résidents en médecine, les stagiaires et les bénévoles.

Le MSS reconnaît dans sa documentation que le code d'éthique imposé par la loi ne donne pas les résultats escomptés¹¹⁴. Et pourtant, la loi a été revue et corrigée à plusieurs reprises depuis l'adoption de 1991. Des règles administratives ont été ajoutées mais on n'a pas revu la demande d'éthique à visée purement déontologique. Il apparaît que l'intention première et maintenue au fil des années demeure une question d'assurer des comportements acceptables de la part des institutions et des employés qui y travaillent. De nombreux moyens et contraintes ont été développés pour y parvenir. L'autorégulation des comportements est souhaitée, mais n'est aucunement atteinte par la voie du code d'éthique. Ainsi donc, la demande découlant de la loi devrait être revue complètement et cibler uniquement les valeurs et conduites attendues des employés. Les droits des usagers sont déjà bien inscrits dans différents textes réglementaires et législatifs et ne devraient pas venir alourdir inutilement le code d'éthique, le faisant dévier de son intention réelle. La demande de se doter d'un code d'éthique, soit l'article 233 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux devrait être modifiée de la façon suivante:

Tout établissement doit se doter d'un code de conduite qui indique les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans toute installation de l'établissement. Une révision du code, avec les concernés, tant usagers qu'employés, doit être réalisée aux cinq ans. Les mesures qui seraient prises en cas de manquement devraient y être inscrites.

En changeant le code d'éthique en code de conduite, est-ce que l'on risque d'évacuer les questions d'éthique des établissements du réseau de la santé québécois ? Pas du tout. Le Québec oblige de par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article

¹¹⁴ MSSS, juin 2004, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services, page 44

107,1) tous les établissements assujettis à devoir être agréés par un organisme reconnu, soit Agrément Canada ou le Conseil Québécois d'agrément, tel que nous l'avons vu précédemment. L'une des conditions d'agrément est de disposer d'un mécanisme interne permettant à tout individu qui y travaille ou exerce sa profession de pouvoir adresser une problématique ou un dilemme qui se pose lors de la dispensation des services.

Certains établissements de taille importante ont mis en place un comité d'éthique clinique, d'autres ont procédé à la désignation d'un répondant interne ou même externe et nous avons également vu que 82,6% des établissements canadiens disposaient en 2009 d'une stratégie (page 58) pour faire face aux questions d'éthique clinique ou de recherche. Comme l'agrément est un processus d'amélioration continue de la qualité et que le processus est repris obligatoirement au Québec aux 3 ou 4 ans, aucun établissement ne peut diminuer ses chances d'être agréé et il a donc avantage à maintenir les conditions en place. Le Québec est d'ailleurs la seule province qui a rendu l'agrément obligatoire. De plus, le mécanisme en place pour solutionner les problèmes ou dilemmes, doit s'inscrire à l'intérieur d'un cadre conceptuel en éthique formellement adopté par l'établissement.

Ce cadre conceptuel, en plus de préciser la modalité pour faire face à des problèmes ou des questionnements éthiques, doit également prévoir les mécanismes de prévention des conflits d'intérêt chez les administrateurs et assurer un processus pour évaluer la répercussion de la recherche sur l'éthique. L'établissement doit identifier quelqu'un de responsable de l'éthique auquel quiconque peut se référer. Pour la prévention des conflits d'intérêt, l'établissement adoptera un code d'éthique et de déontologie des administrateurs et un mécanisme de recours. Il doit dénoncer annuellement à sa reddition de comptes, lors de la publication obligatoire de son rapport annuel si le mécanisme a été utilisé ou non.

Pour l'éthique de la recherche, le « Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique » a été adopté en 1998¹¹⁵ à la suite d'évènements déplorables survenus en 1990. Il fixe les guides et les normes à respecter et oblige quiconque qui fait de la recherche avec les humains à obtenir un certificat d'éthique délivré par un comité reconnu par le Ministre de la Santé et des Services Sociaux. Cette obligation découle de l'article 21 du Code Civil du Québec. Il n'est plus possible au Québec de se soustraire à ces différentes obligations auxquelles se rajoutait le code d'éthique qui répondait, comme nous l'avons vu, à d'autres impératifs législatifs.

Retirer l'obligation du code d'éthique ne pourra donc avoir pour effet de diminuer les préoccupations éthiques de l'univers des établissements. Ceux-ci conservent les obligations de respect des droits envers les usagers qui sont fixés par la loi, tel que vues précédemment. Un code de conduite des intervenants et surtout de toutes les personnes qui exercent leurs professions dans l'organisation demeure à mon sens plus approprié.

L'éthique a donc plusieurs mécanismes en place qui se poursuivront et la confusion sera beaucoup moins grande. L'éthique clinique, l'éthique de la recherche et la prévention des conflits d'intérêt, déjà largement déployées, continueront d'agir au sein des organisations afin d'orienter les actions des individus. Les mécanismes obligent également la publication de la mission et des valeurs retenues par chacun des établissements, sur lesquels se basent déjà les mécanismes d'éthique en place. Recommander l'élaboration d'un code de conduite ne pourrait qu'ajouter de la cohérence au sein des organisations.

¹¹⁵ http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/fr_pam.phtml

BIBLIOGRAPHIE

AQESSS 2007, Le code d'éthique – outil de mobilisation et d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, 2 documents : outil de référence, 40 pages; modèle proposé, 25 pages

Audria, Raphaël, 2004, Thèse de doctorat à la Faculté des sciences économiques et sociales de Genève, New public management et transparence : essai de déconstruction d'un mythe actuel, Genève, 346 pages, sur le web

Beauchemin, Jacques, 1996, Grandeur et misère de l'idée de responsabilité sociale, dans Gagnon, Éric, Saillant, Francine, Sous la direction de, De la responsabilité éthique et politique, Liber, Montréal, Canada, page

Béland, Claude, dans Dion, Michel, 2007. L'éthique de l'entreprise, Fides, 451 pages

Boisvert, Yves, Jutras, Magalie, Legault, Georges A, Marchildon, Allison, 2003, avec la collaboration de Louis Côté, Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique, Liber, Montréal, 147 pages

Bourbonnais, Sous la direction de Me. Pierre, 1993, Le code d'éthique : un projet de ralliement, Guide à l'intention des centres hospitaliers et des centres d'hébergement et des soins de longue durée, Association des hôpitaux du Québec, 42 pages

Centre canadien de la gestion, De solides assises : Rapport du groupe de travail sur les valeurs et l'éthique dans la fonction publique, réimpression janvier 2000, 110 pages

Claude, Jean-François, 2002. L'éthique au service du management, 2^e Édition, Éditions Liaison, 254 pages

Code d'éthique des Centres d'hébergement et de soins de longue durée Centre-Ville de Montréal, 2001

Code d'éthique du CLSC des Faubourgs, non daté

Dion, Michel, (mai 2005) Programme de développement et de perfectionnement des directrices et directeurs généraux : les considérations éthiques et la direction générale, Faculté d'administration, Université de Sherbrooke, ADM 746, (notes de cours)

Duhamel André et Mouelhi Nouredine, 2001, Éthique, Histoire, politique, application, Gaétan Morin Éditeur, 306 pages

Dumais, Alfred, printemps 1996, L'Éthique et le religieux, l'éthique ou les exigences du métier, dans Religiologiques, #13, 9 pages

Etchegoyen, A, 1991, La valse des éthiques, Éditions François Bourin, 245 Pages

Gagnon, Éric, Saillant, Francine, Sous la direction de, 2006, De la responsabilité éthique et politique, Liber, Montréal, Canada, 289 pages

Giroux, G, 1997, La pratique sociale de l'éthique, Montréal, Bellarmin, 325 pages

Gouvernement du Québec, Débats de l'Assemblée nationale, Commission permanente, CAS-3867, 27 mars 1991

Habermas Jurgen, 1991, De l'éthique de la discussion, Champs Flammarion #421, 202 pages

Hine, David, 14-15 may 2004, University of Oxford, Codes of conduct for public officials in Europe, common label, divergent purposes, Paper delivered at the international Conference on « Governance and political Ethics », Center for Canadian Governance and Citizenship, University of Montreal

International Labour Organization, Corporate code of conducts, 18 pages, <http://actrav.ilo.org/actrav-english/telearn/global/ilo/code/main.htm>

Jobin, Guy, 2006, Responsabilisation et discours de la responsabilité, dans Gagnon, Éric, Saillant, Francine, Sous la direction de, De la responsabilité éthique et politique, Liber, Montréal, Canada, 289 pages

Jonas Hans, 1995, Le principe responsabilité, Champs Flammarion #402, 470 pages

Lecours, Pierre, Avril 2005, Centre d'éthique en milieu de travail de Santé Canada, Session livrée à Service correctionnel Canada, Ottawa,

Le Devoir, 1^{er} octobre 2008

Legault, Georges. A, dans Boisvert, Yves, Legault, Georges A., Bégin, Luc, Rondeau, Dany, Beauchemin, Jacques, Lacroix, André, Côté, André C., Giguère Émilie, 2005, Qu'est-ce que l'éthique publique, Liber, Montréal, page 33

Le Point en administration de la santé, volume 5, numéro 3, automne 2009, Éthique et comportement, 56 pages

L'Inclusif, 26 novembre 2003, numéro 51

Marchildon A, Boisvert Y, Lafontaine S., avril 2004, Vigie : L'Observatoire de l'administration publique, la vague de fond éthique, Volume 7, numéro 2, 12 pages <http://archives.enap.ca/bibliotheques/Vigie/vigie7-2.pdf>

MSSS, 1989, Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, Orientations, 147 pages

MSSS, 2004, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services, Gouvernement du Québec, Juin, 174 pages

MSSS, janvier 2004, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services, ANNEXE 2, Grille d'appréciation de la qualité, partie 1

OECD / Public Management Service, May 1998, 'Principles for Managing Ethics in the Public Service. OECD Recommendation', in *PUMA Policy Brief No 4*

Palidauskaite, Jolanta, Ph.D, 2003, Codes of conduct for public servants in eastern and central european countries : comparative perspective, Department of public administration, faculty of social sciences, Kaunas University of Technology, Lithuania, Paper presented at the EGPA Annual Conference, Oeiras, page 18

Perrier, Yvan, 2000, Les codes d'éthique dans les établissements de santé et de services sociaux : ou quand les mots ne disent pas tout..., Éditions La Maison Cartier, Verdun, 64 pages

Perrier, Yvan, « Régulation et code d'éthique », dans Giroux, G, La pratique sociale de l'éthique, Montréal, Bellarmin, 1997, page 207

Publications du Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1^{ier} août 2011, 244 pages

Publications du Québec, Code civil du Québec, <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/CCQ/CCQ.html>

Rapport du Vérificateur Général 2000, Les valeurs et l'éthique dans le secteur public fédéral, Chap.12, 2 ; 29 pages

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, Code de valeurs et d'éthique de la fonction publique, (2003), 13 pages

Schwartz, Mark S., 2002. "A Code of Ethics for Corporate Code of Ethics", *Journal of Business Ethics* 41: 27-43

Verdier, Pierre, mai-juin 1999, Morale, éthique, déontologie et droit, Les cahiers de l'Actif, N°276/277

Ville De Montréal, Charte montréalaise des droits et des responsabilités, adoptée le 20 juin 2005

Wotruba, T.R., Chonko L.B., Loe T.W., 2001, The Impacts of Ethics Code Familiarity on Manager Behavior, Journal of Business Ethics 33: 59-61

<http://www.agrement-quebecois.ca/>

<http://www.accreditation.ca>

<http://www.isqua.org/>

http://www.accs.ca/index_f.php

<http://www.ache.org/policy/envIRON.cfm>

<http://www.oecd.org/dataoecd/59/54/1899161.pdf>, page 1

<http://www.mce.gouv.qc.ca/publications/ethique.pdf>

<http://www.jointcommission.org/accreditation/hospitals.aspx#>

<http://www.europsy.org/marc-alain/defethic.html>

ANNEXE 1 : ARTICLES PERTINENTS DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX



© Éditeur officiel du Québec

À jour au 1er août 2011
Ce document a valeur officielle.

L.R.Q., chapitre S-4.2
LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

233. Tout établissement doit se doter d'un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers.

Ce code d'éthique doit également prévoir les règles d'utilisation des renseignements visés aux articles 27.3 et 107.

L'établissement doit remettre un exemplaire de ce code d'éthique à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande.

1991, c. 42, a. 233; 2005, c. 32, a. 114.

233.1. Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'usager.

Le directeur général de l'établissement ou, à défaut, la personne qu'il désigne rapporte, sous forme non nominative, à l'agence, selon une fréquence convenue ou lorsque celle-ci le requiert, les incidents ou accidents déclarés.

2002, c. 71, a. 10.

107. Tout établissement doit participer, à la demande du ministre ou de l'agence, à l'évaluation du fonctionnement général du système de services de santé et de services sociaux.

Un établissement peut utiliser les nom, prénom, adresse et numéro de téléphone contenus au dossier d'un usager pour la réalisation de sondages ayant pour objet de connaître les attentes des usagers et leur satisfaction à l'égard de la qualité des services offerts par l'établissement.

Une instance locale peut faire de même pour connaître la satisfaction des usagers à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus.

Un usager peut, en tout temps, demander à l'établissement ou à l'instance locale, selon le cas, que les renseignements le concernant ne soient plus utilisés à une telle fin.

Pour l'application du présent article, un établissement doit respecter les règles éthiques adoptées à cette fin conformément au deuxième alinéa de l'article 233.

1991, c. 42, a. 107; 2005, c. 32, a. 53.

107.1. Tout établissement doit obtenir l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense auprès d'un organisme d'accréditation reconnu.

Cet agrément n'est valable que pour une durée maximale de quatre ans. L'établissement doit s'assurer de maintenir en tout temps cet agrément.

Lorsque l'organisme d'accréditation refuse d'agréer un établissement, celui-ci doit, dans les 12 mois suivant ce refus, soumettre à nouveau une demande d'agrément et en informer l'agence.

À cette fin, un établissement peut communiquer à un organisme d'accréditation reconnu les mêmes renseignements que ceux prévus à l'article 107 pour la réalisation de sondages, dans la mesure où ces renseignements sont nécessaires à la vérification auprès de la clientèle de cet établissement de la satisfaction des services obtenus. Les articles 27.1 et 27.2 s'appliquent, compte tenu des adaptations nécessaires, lorsqu'un renseignement est communiqué à un tel organisme. De plus, ce dernier doit s'engager à respecter les règles d'utilisation des renseignements communiqués prévues au code d'éthique adopté en vertu de l'article 233.

L'établissement rend public le rapport de l'organisme dans les 60 jours de sa réception et le transmet à l'agence et aux différents ordres professionnels concernés dont les membres exercent leur profession dans un centre exploité par cet établissement.

2002, c. 71, a. 6; 2005, c. 32, a. 54; 2011, c. 15, a. 4

27.3. Un établissement peut utiliser le nom, prénom et adresse d'un usager afin de l'inviter à verser un don au bénéfice de l'établissement ou d'une fondation de cet établissement au sens de l'article 132.2, à moins que l'usager ne s'y oppose. L'établissement doit accorder à l'usager une occasion valable de refuser que les renseignements le concernant soient utilisés à une telle fin.

Un usager peut, en tout temps, demander à l'établissement que les renseignements le concernant ne soient plus utilisés à une telle fin.

Pour l'application du présent article, un établissement doit respecter les règles éthiques adoptées à cette fin conformément au deuxième alinéa de l'article 233.

Dans le cas d'un usager âgé de moins de 14 ans, l'établissement peut utiliser, pour les mêmes fins, les nom, prénom et adresse du père ou de la mère de cet usager. Les autres dispositions du présent article s'appliquent alors à l'égard de cette personne comme si elle était un usager.

2005, c. 32, a. 6; 2009, c. 45, a. 21

ANNEXE 2 : OBJET DE LA LOI ET DROITS DES USAGERS

© Éditeur officiel du Québec

À jour au 1er août 2011
Ce document a valeur officielle.

L.R.Q.,

chapitre S-4.2

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

PARTIE I

OBJET DE LA LOI ET DROITS DES USAGERS

TITRE I

OBJET

3. Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux:

1° la raison d'être des services est la personne qui les requiert;

2° le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3° l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;

4° l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

5° l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

1991, c. 42, a. 3; 2002, c. 71, a. 2.

TITRE II

DROITS DES USAGERS

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

4. Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.

1991, c. 42, a. 4.

5. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

1991, c. 42, a. 5; 2002, c. 71, a. 3.

6. Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux.

Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.

1991, c. 42, a. 6.

7. Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.

1991, c. 42, a. 7.

8. Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Pour l'application du présent article et des articles 183.2, 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par:

«accident»: action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.

1991, c. 42, a. 8; 2002, c. 71, a. 4.

9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.

1991, c. 42, a. 9; 1999, c. 40, a. 269.

10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

1991, c. 42, a. 10.

11. Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

1991, c. 42, a. 11.

12. Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant.

Sont présumées être des représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil:

- 1° le titulaire de l'autorité parentale de l'utilisateur mineur ou le tuteur de cet usager;
- 2° le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'utilisateur majeur inapte;
- 3° la personne autorisée par un mandat donné par l'utilisateur majeur inapte antérieurement à son inaptitude;
- 4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur majeur inapte.

1991, c. 42, a. 12; 1999, c. 40, a. 269.

13. Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, 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.

1991, c. 42, a. 13.

14. Un établissement ne peut cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou de l'une de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état.

Sous réserve du premier alinéa, un usager doit quitter l'établissement qui lui dispense des services d'hébergement dès qu'il reçoit son congé conformément aux dispositions du règlement pris en vertu du paragraphe 28° de l'article 505.

1991, c. 42, a. 14.

15. Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348.

1991, c. 42, a. 15.

16. Rien dans la présente loi ne limite le droit d'une personne ou de ses ayants cause d'exercer un recours contre un établissement, ses administrateurs, employés ou préposés ou un professionnel en raison d'une faute professionnelle ou autre. Un tel recours ne peut faire l'objet d'une renonciation.

Il en est de même à l'égard du droit d'exercer un recours contre une ressource de type familial.

1991, c. 42, a. 16; 1999, c. 40, a. 269.

CHAPITRE DOSSIER DE L'USAGER

II

17. Tout usager de 14 ans et plus a droit d'accès à son dossier. Toutefois, l'établissement peut lui en refuser l'accès momentanément si, de l'avis de son médecin traitant ou du médecin désigné par le directeur général de l'établissement, la communication du dossier ou d'une partie de celui-ci causerait vraisemblablement un préjudice grave à la santé de l'usager. Dans ce cas, l'établissement, sur la recommandation du médecin, détermine le moment où le dossier ou la partie dont l'accès a été refusé pourra être communiqué à l'usager et en avise celui-ci.

1991, c. 42, a. 17.

18. Un usager n'a pas le droit d'être informé de l'existence ni de recevoir communication d'un renseignement le concernant et contenu dans son dossier qui a été

fourni à son sujet par un tiers et dont l'information de l'existence ou la communication permettrait d'identifier le tiers, à moins que ce dernier n'ait consenti par écrit à ce que ce renseignement et sa provenance soient révélés à l'utilisateur.

Le premier alinéa ne s'applique pas lorsque le renseignement a été fourni par un professionnel de la santé ou des services sociaux ou par un employé d'un établissement dans l'exercice de leurs fonctions. Aux fins du présent alinéa, un stagiaire, y compris un résident en médecine, est assimilé à un professionnel de la santé ou des services sociaux.

1991, c. 42, a. 18.

19. Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'utilisateur ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut toutefois être communiqué sans son consentement:

1° sur l'ordre d'un tribunal ou d'un coroner dans l'exercice de ses fonctions;

2° à la demande du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services en vertu de l'article 36, d'un médecin examinateur en vertu du troisième alinéa de l'article 47, d'un comité de révision visé à l'article 51 ou de l'un de ses membres en vertu du deuxième alinéa de l'article 55, d'un commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services en vertu de l'article 69, d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou d'un expert externe à l'établissement auquel ce conseil a recours en vertu du deuxième alinéa de l'article 214;

3° à la demande d'une personne qu'une agence désigne pour faire une inspection en vertu du deuxième alinéa de l'article 413.2 ou à la demande d'une agence ou d'une personne que celle-ci désigne pour faire une enquête en vertu du deuxième alinéa de l'article 414;

4° au ministre en vertu de l'article 433, pour l'exercice de ses fonctions prévues à l'article 431;

5° à une personne autorisée à faire une inspection en vertu du deuxième alinéa de l'article 489 ou de l'article 489.1;

6° à une personne désignée par le gouvernement en vertu du deuxième alinéa de l'article 500 et chargée d'enquêter sur une matière visée au premier alinéa de cet article;

7° dans les cas et pour les finalités prévus aux articles 19.0.1, 19.0.2, 19.0.3, 19.2 et 27.1, au deuxième alinéa de l'article 78.1, au quatrième alinéa de l'article 107.1, au cinquième alinéa de l'article 108, au deuxième alinéa de l'article 185.1, à l'article 204.1, au quatrième alinéa de l'article 349.3, aux articles 520.3.0.1 et 520.3.1 et au premier alinéa de l'article 520.3.2;

8° à la demande, en vertu de l'article 77, de tout comité de révision visé à l'article 41 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou d'une personne ou d'un comité visé à l'article 192 du Code des professions (chapitre C-26), lorsque la communication du renseignement est nécessaire pour l'accomplissement de leurs fonctions;

9° dans le cas où le renseignement est communiqué pour l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);

10° dans les cas et pour les finalités prévues aux articles 8 et 9 de la Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu (chapitre P-38.0001);

11° à toute personne ou tout organisme lorsque ce renseignement est détenu par un établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou un centre de réadaptation et qu'il est nécessaire pour l'application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C. 2002, c. 1), pour la réadaptation ou la réinsertion sociale de cet usager ou en vue d'assurer la protection du public;

12° dans le cas où le renseignement est communiqué pour l'application de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (chapitre I-13.03).

1991, c. 42, a. 19; 1992, c. 21, a. 2; 1999, c. 45, a. 1; 2001, c. 60, a. 161; 2005, c. 32, a. 1; 2006, c. 28, a. 20; 2006, c. 43, a. 1; 2007, c. 30, a. 19; 2009, c. 45, a. 20; 2010, c. 15, a. 82; 2011, c. 15, a. 1.

19.0.1. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut être communiqué, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace l'usager, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable.

Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours. Ils ne peuvent l'être que par une personne ou une personne appartenant à une catégorie de personnes autorisée par le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, par le directeur général de l'établissement.

Les personnes ainsi autorisées ne peuvent communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Le directeur général de l'établissement doit, par directive, établir les conditions et les modalités suivant lesquelles les renseignements peuvent être communiqués. Toute personne autorisée à communiquer ces renseignements est tenue de se conformer à cette directive.

2001, c. 78, a. 14; 2005, c. 32, a. 2.

19.0.2. Un établissement peut, afin que les renseignements contenus dans ses fichiers ou index locaux soient à jour, exacts et complets ou, le cas échéant, afin de vérifier l'admissibilité d'une personne au régime d'assurance maladie institué par la Loi sur l'assurance maladie(chapitre A-29) ou au régime d'assurance-hospitalisation institué par la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28), transmettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec les renseignements suivants contenus au dossier d'un usager : les nom, prénom, date de naissance, sexe, adresse, code de langue, numéro d'assurance maladie, numéro de téléphone, numéro d'identification unique, date de décès et numéro d'assurance sociale des usagers ou, selon le cas, des personnes assurées de cet établissement ainsi que les nom et prénom de la mère et du père de ces usagers ou de ces personnes assurées ou, le cas échéant, de leur représentant légal. Le numéro d'assurance sociale ne peut être transmis qu'aux seules fins d'en vérifier la validité ou de faciliter le transfert des autres renseignements.

La Régie doit, le cas échéant, détruire les fichiers ou index locaux contenant les renseignements qui lui sont communiqués en vertu du présent article à des fins d'appariement avec son fichier d'inscription des personnes assurées.

2005, c. 32, a. 3.

19.0.3. Un établissement qui transfère un usager vers un autre établissement doit faire parvenir à ce dernier, dans les 72 heures suivant le transfert, un sommaire des renseignements nécessaires à la prise en charge de cet usager.

2006, c. 28, a. 21.

19.1. Le consentement de l'usager à une demande d'accès à son dossier à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche doit être donné par écrit ; il doit être libre et éclairé, et accordé pour une activité précise. À défaut, il est sans effet.

Le consentement ne vaut que pour le temps nécessaire à l'accomplissement de l'activité pour laquelle il a été accordé ou, dans le cas d'un projet de recherche approuvé par un comité d'éthique, pour la durée fixée, le cas échéant, par ce dernier.

1999, c. 45, a. 2.

19.2. Le directeur des services professionnels d'un établissement ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général peut autoriser un professionnel à prendre connaissance du dossier d'un usager, à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche.

Le directeur doit cependant, avant d'accorder une telle autorisation, s'assurer que les critères établis par l'article 125 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1) sont satisfaits. Il doit refuser d'accorder son autorisation s'il est d'avis que le projet du professionnel ne respecte pas les normes d'éthique ou d'intégrité scientifique généralement reconnues.

L'autorisation doit être limitée dans le temps et elle peut être assortie de conditions. Elle peut être révoquée en tout temps si le directeur a des raisons de croire que le professionnel autorisé ne respecte pas le caractère confidentiel des renseignements ainsi obtenus ou ne se conforme pas aux conditions imposées ou aux normes d'éthique ou d'intégrité scientifique généralement reconnues.

1999, c. 45, a. 2; 2005, c. 32, a. 4.

20. Un usager de moins de 14 ans n'a pas le droit, lors d'une demande de communication ou de rectification, d'être informé de l'existence, ni de recevoir communication d'un renseignement de nature médicale ou sociale le concernant et contenu dans son dossier, sauf par l'intermédiaire de son avocat dans le cadre d'une procédure judiciaire.

Le premier alinéa n'a pas pour objet de restreindre les communications normales entre un usager et un professionnel de la santé ou des services sociaux ou un employé d'un établissement. Aux fins du présent alinéa, un stagiaire, y compris un résident en médecine, est assimilé à un professionnel de la santé ou des services sociaux.

1991, c. 42, a. 20.

21. Le titulaire de l'autorité parentale a droit d'accès au dossier d'un usager mineur.

Toutefois, un établissement doit refuser au titulaire de l'autorité parentale l'accès au dossier d'un usager mineur dans les cas suivants:

1° l'usager est âgé de moins de 14 ans et il a fait l'objet d'une intervention au sens de l'article 2.3 de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) ou il est visé par une décision prise en vertu de cette loi et l'établissement, après avoir consulté le directeur de la protection de la jeunesse, détermine que la communication du dossier de l'usager au titulaire de l'autorité parentale cause ou pourrait causer un préjudice à la santé de cet usager;

2° l'usager est âgé de 14 ans et plus et, après avoir été consulté par l'établissement, refuse que le titulaire de l'autorité parentale reçoive communication de son dossier et l'établissement détermine que la communication du dossier de l'usager au titulaire de l'autorité parentale cause ou pourrait causer un préjudice à la santé de cet usager.

1991, c. 42, a. 21.

22. Le tuteur, le curateur, le mandataire ou la personne qui peut consentir aux soins d'un usager a droit d'accès aux renseignements contenus au dossier de l'usager dans la mesure où cette communication est nécessaire pour l'exercice de ce pouvoir.

La personne qui atteste sous serment qu'elle entend demander pour un usager l'ouverture ou la révision d'un régime de protection ou l'homologation d'un mandat donné en prévision de son inaptitude, a droit d'accès aux renseignements contenus dans l'évaluation médicale et psychosociale de cet usager, lorsque l'évaluation conclut à l'inaptitude de la personne à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens. Un seul requérant a droit d'accès à ces renseignements.

1991, c. 42, a. 22.

23. Les héritiers, les légataires particuliers et les représentants légaux d'un usager décédé ont le droit de recevoir communication de renseignements contenus dans son dossier dans la mesure où cette communication est nécessaire à l'exercice de leurs droits à ce titre. Il en est de même de la personne ayant droit au paiement d'une prestation en vertu d'une police d'assurance sur la vie de l'usager ou d'un régime de retraite de l'usager.

Le conjoint, les ascendants ou les descendants directs d'un usager décédé ont le droit de recevoir communication des renseignements relatifs à la cause de son décès, à moins que l'usager décédé n'ait consigné par écrit à son dossier son refus d'accorder ce droit d'accès.

Le titulaire de l'autorité parentale a le droit de recevoir communication des renseignements contenus au dossier d'un usager âgé de moins de 14 ans même si celui-ci est décédé. Ce droit d'accès ne s'étend toutefois pas aux renseignements de nature psychosociale.

Malgré le deuxième alinéa, les personnes liées par le sang à un usager décédé ont le droit de recevoir communication de renseignements contenus dans son dossier dans la mesure où cette communication est nécessaire pour vérifier l'existence d'une maladie génétique ou d'une maladie à caractère familial.

1991, c. 42, a. 23; 1999, c. 40, a. 269; 2005, c. 32, a. 5.

24. Tout établissement doit, sur demande d'un usager, faire parvenir dans les plus brefs délais à un autre établissement ou à un professionnel une copie, un extrait ou un résumé de son dossier.

Toutefois, lorsque la demande de l'usager est faite à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche, l'établissement peut exiger un consentement écrit, auquel s'appliquent les dispositions de l'article 19.1.

1991, c. 42, a. 24; 1999, c. 45, a. 3.

25. L'établissement qui fournit à l'usager un renseignement de nature médicale ou sociale le concernant et contenu dans son dossier doit, à la demande de cet usager, lui

procurer l'assistance d'un professionnel qualifié pour l'aider à comprendre ce renseignement.

Il en est de même pour le titulaire de l'autorité parentale, le tuteur, le curateur, le mandataire ou toute personne qui peut consentir aux soins d'un usager.

1991, c. 42, a. 25.

26. L'établissement doit donner à l'usager accès à son dossier dans les plus brefs délais.

Il en est de même pour les personnes visées aux articles 21 à 23.

1991, c. 42, a. 26.

27. L'usager à qui l'établissement refuse l'accès à son dossier ou à un renseignement qui y est contenu peut, par requête, s'adresser à un juge de la Cour supérieure, de la Cour du Québec ou à la Commission d'accès à l'information pour que soit révisée la décision de cet établissement. Il peut également, dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle elle lui a été notifiée, la contester devant le Tribunal administratif du Québec.

Il en est de même pour les personnes visées aux articles 21 à 23.

1991, c. 42, a. 27; 1997, c. 43, a. 723.

27.1. Un établissement peut communiquer un renseignement contenu au dossier d'un usager à toute personne ou organisme, si la communication de ce renseignement est nécessaire à l'exercice d'un mandat ou à l'exécution d'un contrat de service, à durée déterminée, confié par l'établissement à cette personne ou à cet organisme, à l'exception, sous réserve de l'article 108, de tout mandat ou de tout contrat de service lié à la prestation de certains services de santé ou de services sociaux.

Dans ce cas, l'établissement doit confier ce mandat ou ce contrat par écrit et, sous peine de nullité:

1° y indiquer les mesures qui doivent être prises par la personne ou l'organisme pour s'assurer, en tout temps, pendant la durée de l'exercice du mandat ou de l'exécution du contrat:

- a) du respect de la confidentialité du renseignement communiqué;
- b) de la mise en place de mesures visant à assurer la sécurité de ce renseignement;
- c) que ce renseignement ne soit utilisé que dans l'exercice du mandat ou pour l'exécution du contrat;

d) que le renseignement ne soit pas conservé lorsque le mandat est terminé ou le contrat exécuté;

2° y prévoir les obligations suivantes que doit respecter la personne ou l'organisme qui exerce le mandat ou exécute le contrat:

a) transmettre à l'établissement, avant la communication du renseignement, un engagement de confidentialité complété par toute personne à qui le renseignement peut être communiqué dans l'exercice du mandat ou pour l'exécution du contrat;

b) lorsque le mandat ou le contrat est exécuté dans les locaux de l'établissement, ne transmettre aucun renseignement ni transporter aucun document contenant un tel renseignement à l'extérieur de ces locaux, sauf lorsque le directeur général de l'établissement le lui permet;

c) aviser sans retard le directeur général de l'établissement de toute violation ou tentative de violation par toute personne de l'une ou l'autre des obligations relatives à la confidentialité du renseignement communiqué prévues au présent article;

d) permettre à l'établissement d'effectuer toute vérification ou enquête relative à la confidentialité du renseignement communiqué.

À l'occasion de l'octroi d'un mandat ou d'un contrat de service, l'établissement doit prendre les moyens nécessaires pour s'assurer que les renseignements communiqués conformément au présent article bénéficieront d'une protection équivalant à celle prévue à la présente loi dans les cas où le mandat ou le contrat de service peut être confié à une personne ou à un organisme à l'extérieur du Québec de même que dans les cas où les renseignements peuvent être communiqués à l'extérieur du Québec.

Le tiers qu'une personne ou un organisme s'adjoit pour exercer un mandat ou pour exécuter un contrat est soumis aux mêmes obligations que celles qui sont imposées à une telle personne ou à un tel organisme conformément au deuxième alinéa. Toutefois, l'engagement de confidentialité prévu au sous-paragraphe *a* du paragraphe 2° du deuxième alinéa et l'avis prévu au sous-paragraphe *c* de ce paragraphe doivent être transmis par ce tiers à cette personne ou à cet organisme.

2005, c. 32, a. 6.

27.2. L'établissement inscrit dans un registre toute communication de renseignements effectuée en vertu de l'article 27.1.

Le registre comprend notamment:

1° la nature et le type des renseignements communiqués;

2° le nom des personnes ou des organismes à qui l'établissement a confié un mandat ou un contrat de service et à qui des renseignements sont communiqués;

3° l'usage projeté des renseignements communiqués;

4° les raisons justifiant la communication des renseignements.

2005, c. 32, a. 6.

27.3. Un établissement peut utiliser les nom, prénom et adresse d'un usager afin de l'inviter à verser un don au bénéfice de l'établissement ou d'une fondation de cet établissement au sens de l'article 132.2, à moins que l'usager ne s'y oppose. L'établissement doit accorder à l'usager une occasion valable de refuser que les renseignements le concernant soient utilisés à une telle fin.

Un usager peut, en tout temps, demander à l'établissement que les renseignements le concernant ne soient plus utilisés à une telle fin.

Pour l'application du présent article, un établissement doit respecter les règles éthiques adoptées à cette fin conformément au deuxième alinéa de l'article 233.

Dans le cas d'un usager âgé de moins de 14 ans, l'établissement peut utiliser, pour les mêmes fins, les nom, prénom et adresse du père ou de la mère de cet usager. Les autres dispositions du présent article s'appliquent alors à l'égard de cette personne comme si elle était un usager.

2005, c. 32, a. 6; 2009, c. 45, a. 21.

ANNEXE 3 : OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC

Extraits pertinents tirés du site web de l'Office des Professions du Québec (26 août 2011)

<http://www.opq.gouv.qc.ca/>

Au Québec, on compte **46 ordres professionnels** qui réglementent la profession de plus de **343 000 membres**. Ces ordres sont constitués conformément au Code des professions. Ils doivent répondre aux exigences de cette loi-cadre.

Le système professionnel, c'est l'ensemble des institutions qui encadrent l'exercice des **51 professions** réglementées au Québec.

Organisme gouvernemental autonome et extra budgétaire, l'Office des professions du Québec relève du ministre de la Justice qui est, par décret, ministre responsable de l'application des lois professionnelles.

À l'égard du public, l'Office a la responsabilité de le renseigner sur le système professionnel, de lui assurer des voies d'expression et d'accueillir ses commentaires afin de faciliter une meilleure compréhension des mécanismes de protection du public

Rôle et responsabilités des ordres professionnels

1. Contrôler la compétence et l'intégrité de ses membres

Avant d'admettre un candidat à l'exercice de la profession ou de délivrer un permis d'exercice, l'ordre s'assure que ce dernier possède la formation et la compétence requises.

L'ordre contrôle l'intégrité et la conduite de ses membres :

en imposant un code de déontologie;

en le faisant appliquer, au besoin, par le syndic et le conseil de discipline

4. Gérer le processus disciplinaire

L'ordre nomme un syndic responsable de recevoir les plaintes du public. Le syndic amorce le processus disciplinaire par une enquête. Le cas échéant, c'est lui qui porte plainte contre un membre devant le conseil de discipline.

Pour plus d'information, consulter la rubrique [Droits et recours](#)

ORDRES PROFESSIONNELS ASSOCIÉS AU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

Audioprothésistes

Diététistes

Ergothérapeutes

Hygiénistes dentaires

Infirmières et infirmiers

Infirmières et infirmiers auxiliaires

Inhalothérapeutes

Médecins

Orthophonistes et audiologistes

Pharmaciens

Physiothérapie

Psychoéducateurs et psychoéducatrices

Psychologues

Sages-femmes

Techniciens et techniciennes dentaires

Technologistes médicaux

Technologues en imagerie médicale et en radio-oncologie

Travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux