Document généré le 14/11/2026 06:02

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

Comment l'éthique clinique et organisationnelle est-elle conceptualisée et régulée dans les CISSS-CIUSSS du Québec ?

Nancy Gilbert, Marie-Josée Drolet et Georges-Auguste Legault

Volume 7, numéro 4, 2024

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1114956ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1114956ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Gilbert, N., Drolet, M.-J. & Legault, G.-A. (2024). Comment l'éthique clinique et organisationnelle est-elle conceptualisée et régulée dans les CISSS-CIUSSS du Québec ? *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *7*(4), 21–45. https://doi.org/10.7202/1114956ar

Résumé de l'article

Dans les écrits actuels, les impacts de la transformation qu'a connu, en 2015, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec (RSSS) traitent surtout des enjeux d'accessibilité, d'efficience et de performance. Les impacts de cette réforme sur la place de l'éthique dans le RSSS sont à ce jour peu documentés. Dans cet article, nous nous intéressons à la place qu'occupe l'éthique clinique et organisationnelle dans les établissements créés par cette réforme, soit les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). De quelle façon l'éthique y est-elle régulée? De manière autorégulatoire, c'est-à-dire en s'appuyant sur une réflexion rationnelle à partir des valeurs? Ou plutôt de manière hétérorégulatoire, c'est-à-dire basée sur l'obéissance à des normes dictées par une autorité externe? L'étude que nous avons menée avait pour objectif de mieux comprendre comment l'éthique clinique et organisationnelle est régulée dans les CISSS et CIUSSS. Pour ce faire, une analyse des documents liés à l'éthique élaborés par ces établissements et mis à la disposition du public sur leur site web ont été analysés à l'aide du cadre conceptuel qui a guidé cette étude. Ce faisant, nous avons constaté la prédominance d'une régulation hétérorégulatoire de l'éthique. Ainsi, bien que l'éthique semble avoir une plus grande place que par le passé au sein des établissements du RSSS, la régulation de l'éthique clinique et organisationnelle demeure pour une large part à prédominance hétérorégulatoire.

© Nancy Gilbert, Marie-Josée Drolet and Georges-Auguste Legault, 2024

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Canadian Journal of Bioethics
Revue Canadienne de Bioéthique

N Gilbert, M-J Drolet, G-A Legault
Can J Bioeth / Rev Can Bioeth. 2024;7(4):21-45

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Comment l'éthique clinique et organisationnelle est-elle conceptualisée et régulée dans les CISSS-CIUSSS du Québec?

Nancy Gilbert[a], Marie-Josée Drolet[b], Georges-Auguste Legault[c]

Résumé
Dans les écrits actuels, les impacts de la transformation qu'a connu, en 2015, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec (RSSS) traitent surtout des enjeux d'accessibilité, d'efficience et de performance. Les impacts de cette réforme sur la place de l'éthique dans le RSSS sont à ce jour peu documentés. Dans cet article, nous nous intéressons à la place qu'occupe l'éthique clinique et organisationnelle dans les établissements créés par cette réforme, soit les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). De quelle façon l'éthique y est-elle régulée? De manière autorégulatoire, c'est-à-dire en s'appuyant sur une réflexion rationnelle à partir des valeurs? Ou plutôt de manière hétérorégulatoire, c'est-à-dire basée sur l'obéissance à des normes dictées par une autorité externe? L'étude que nous avons menée avait pour objectif de mieux comprendre comment l'éthique clinique et organisationnelle est régulée dans les CISSS et CIUSSS. Pour ce faire, une analyse des documents liés à l'éthique élaborés par ces établissements et mis à la disposition du public sur leur site web ont été analysés à l'aide du cadre conceptuel qui a guidé cette étude. Ce faisant, nous avons constaté la prédominance d'une régulation hétérorégulatoire de l'éthique. Ainsi, bien que l'éthique semble avoir une plus grande place que par le passé au sein des établissements du RSSS, la régulation de l'éthique clinique et organisationnelle demeure pour une large part à prédominance hétérorégulatoire.

Mots-clés
éthique clinique, éthique organisationnelle, régulation de l'éthique, autorégulation, hétérorégulation, centres intégrés de santé et de services sociaux

Abstract
In the current literature, the impacts of the transformation undergone by the Quebec health and social services network (RSSS) in 2015 deal mainly with issues of accessibility, efficiency and performance. The impacts of this reform on the place of ethics in the RSSS are to date little documented. In this article, we are interested in the place occupied by clinical and organizational ethics in the institutions created by this reform, namely the integrated health and social services centres (CISSS) and the integrated university health and social services centres (CIUSSS). How is ethics regulated? In a self-regulatory manner, that is to say based on rational reflection based on values? Or is it rather in a hetero-regulatory manner, based on obedience to norms dictated by an external authority? The aim of our study was to gain a better understanding of how clinical and organizational ethics are regulated in the CISSS and CIUSSS of the RSSS. To this end, an analysis of ethics-related documents developed by these establishment and made available to the public on their websites was carried out, using the conceptual framework that guided this study. In doing so, we were able to observe the predominance of hetero-regulatory regulation of ethics. Thus, although ethics seems to have a greater place than in the past within RSSS establishments, the regulation of clinical and organizational ethics remains largely and predominantly hetero-regulatory.

Keywords
clinical ethics, organizational ethics, regulation of ethics, self-regulation, hetero-regulation, integrated health and social services centres

Affiliations
[a] Département de philosophie et des arts, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec, Canada
[b] Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec, Canada
[c] Faculté de droit, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Nancy Gilbert, nancy.gilbert@uqtr.ca

« *Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement,*
Et les mots pour le dire arrivent aisément. » Nicolas Boileau

INTRODUCTION

La direction de l'éthique du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) définit l'éthique comme étant une réflexion sur les actions humaines (1). Celle-ci prend une place de plus en plus importante dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec en raison de l'évolution de la société, notamment à la suite du développement des sciences et des technologies ainsi que de l'amélioration des conditions de vie. L'éthique se déploie dans les établissements du RSSS dans différentes sphères d'activité, soit : la prestation de soins (l'éthique clinique), la conduite de recherches (l'éthique de la recherche), divers processus organisationnels (l'éthique organisationnelle), la santé publique et l'éthique sociale (1)[1].

[1] Cet article est le premier d'une série constituant une thèse doctorale visant à répondre à la question de la place de l'éthique clinique et organisationnelle dans les CISSS et CIUSSS du Québec. En ce sens, il ne saurait à lui seul apporter la réponse à cette question, mais pose une première pierre à l'édifice pour y répondre. Cette recherche sera suivie d'une autre étape de recherche qualitative visant à apprécier avec les acteurs de l'éthique de ces établissements, comment se vit concrètement l'éthique au quotidien, et la manière dont elle est régulée.

2024 N Gilbert, M-J Drolet, G-A Legault. Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2561-4665

Contexte et impact des réformes sur les structures éthiques des établissements

De multiples transformations sont survenues dans le RSSS au courant des vingt-cinq dernières années (2,3). Celles-ci visaient à répondre à différents impératifs liés notamment aux changements démographiques, aux inégalités sociales, aux problèmes de santé qui se complexifient, à l'intégration de nouvelles technologies, à la pénurie de main-d'œuvre (4) ainsi qu'à des contraintes financières importantes (3,5,6). D'autres facteurs ont contribué aux transformations du RSSS liés à la gouvernance et aux manières de concevoir la nouvelle gestion publique (NGP) (7,8).

En 2014, le gouvernement du Québec justifie la réforme à venir dans le RSSS ainsi : « Notre objectif est simple : réduire la bureaucratie pour réinvestir dans les services directs aux patients » (9). Cette même année, le ministre de la Santé alors en fonction dépose le projet de loi 10 afin de mettre en branle la réforme annoncée à compter du 1e avril 2015 (10). Cette réforme a entre autres comme objectifs l'allégement des structures bureaucratiques (11) ainsi que l'amélioration de la qualité et de l'accès au réseau public, en plus de générer des économies récurrentes de 220 millions de dollars (12). Cette loi transforme en profondeur le réseau : abolition des agences régionales en place depuis 2003 et fusion d'établissements locaux, passant de 182 à 34 établissements (12,13). L'impact est immédiat sur les gestionnaires, qui voient mille trois cents postes supprimés (14). Cette loi a comme conséquence la centralisation des pouvoirs vers le ministre (11) qui nomme lui-même les 34 nouveaux présidents-directeurs généraux (PDG). L'autodétermination des établissements et des collectivités et leur pouvoir à influencer les soins et services se voient considérablement affaiblis (15,16). De plus, la gouvernance néolibérale qui s'actualise par l'entremise de la NGP favorise la mise en concurrence des établissements, exerce une surveillance accrue de la performance des intervenants en utilisant des données, indicateurs et cibles à atteindre, et augmente les sanctions disciplinaires (11).

Afin de constituer les nouvelles structures organisationnelles des établissements fusionnés, soit les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), les nouveaux PDG déterminent l'organigramme de leur établissement à partir d'organigrammes types conçus par le MSSS et qui sont des balises à respecter. Le MSSS veut ainsi assurer une plus grande homogénéité structurelle entre les établissements (17-19). Ces organigrammes types officialisent une place à l'éthique dans la structure des nouveaux CISSS-CIUSSS. Le MSSS, dans une entente de gestion exige des nouveaux dirigeants une réflexion sur la structure éthique à mettre en place, en visant principalement une optimisation des ressources existantes (19) suivant les principes de la NGP. Ainsi, la reconnaissance de l'éthique ne vient pas avec plus de ressources.

Malgré le changement de gouvernement en 2018, la même vision est présente quant à la performance, telle qu'énoncée dans le Plan stratégique 2019-2023 du MSSS (20), qui exige que les établissements se dotent d'indicateurs de résultats quantitatifs et vise l'atteinte de cibles annuelles mesurables. On ne retrouve dans ce plan stratégique aucune mention relative à l'éthique, sous quelque forme que ce soit. En décembre 2023, la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services a été promulguée. Comme son nom l'indique cette loi vise essentiellement le système de santé par la création Santé Québec une instance responsable de la livraison des services. Rien ne semble indiquer pour l'instant que cette transformation apportera des changements à l'interne des CISSS et CIUSSS, notamment au niveau des documents d'encadrement qui font l'objet de cette étude.

Brève définition de l'éthique au fondement de la présente étude

Dans cet article, nous nous intéressons tout particulièrement à la place qu'occupe l'éthique dans les CISSS-CIUSSS du Québec. De quelle manière la réforme a-t-elle affecté les éléments structurants de l'éthique au sein de ces établissements? De quelle manière l'éthique est-elle généralement comprise, et comment est-elle régulée?

Le questionnement au fondement de la présente étude est le suivant : nous nous questionnons à savoir si l'éthique est régulée de manière autorégulatoire dans les CISSS-CIUSSS ou si elle est plutôt régulée de manière hétérorégulatoire, c'est-à-dire basée sur l'obéissance à des règles et des normes dictées par une autorité externe (21,22), mais qui de fait n'est pas vraiment de l'éthique. Le paradigme hétérorégulatoire est très fortement implanté dans le RSSS et s'appuie notamment sur les dictats de la NGP ainsi que l'observance à diverses règles et normes (23,24), et la reddition de comptes (25). Comme l'expliquait déjà Racine en 1995, les attentes des dirigeants envers l'éthique cachent souvent un paradigme hétérorégulatoire et non pas un paradigme autorégulatoire (26).

> Plus précisément, ce qu'on nous présente actuellement comme solutions ou dispositifs éthiques (codes, comités, etc.) sont de simples décalques de nos systèmes légaux et judiciaires. Alors que le propre de l'éthique est d'opérer un contrôle libre, autonome et interne sur les comportements, ces dispositifs supposément éthiques prolongent jusqu'à la caricature, le contrôle externe et coercitif de la loi et des tribunaux. Le nouveau discours éthique ne fait qu'ajouter d'autres moyens de contrôle à ceux qui existent déjà dans nos sociétés fortement légalisées et judiciarisées (26, p.1).

Ainsi, nous questionnons la place que peut occuper une éthique de nature autorégulatoire dans les CISSS-CIUSSS du Québec dans un tel contexte. Comment le style de gouvernance induit par la réforme de 2015 qui centralise la prise de décision au niveau du MSSS et qui est axé sur la performance, la reddition de comptes, le respect de plusieurs règles et normes (27) ainsi que l'optimisation des ressources peut-il laisser une place à la réflexion et la prise de décision basée sur des valeurs face aux nombreux enjeux éthiques que rencontrent les intervenants de ces établissements publics qui sont de nature complexe (28)?

En effet, les différentes normes, quoiqu'elles aient leur utilité, s'opposent parfois entre elles dans une situation précise, et ne peuvent à elles-seules suffirent (29) à répondre aux enjeux de plus en plus complexes (30) rencontrés dans le RSSS et guider la prise de décision des intervenants afin d'identifier quelle est la bonne chose à faire dans des circonstances données. Ainsi, nous posons la question de la cohabitation d'une éthique autorégulatoire et son intégration possible dans une culture normative forte qui caractérise les CISSS et CIUSSS car cette culture forte, allant parfois même jusqu'à une idéologie, peut être un frein dans la capacité de ces organisations à faire face aux enjeux éthiques (31). Une cohabitation des deux approches est certainement pertinente, mais une approche basée sur des valeurs démontre des retombées encore que ne procure pas une approche basée sur des normes, notamment l'engagement envers l'organisation, l'intégrité, la capacité d'annoncer des nouvelles difficiles, une diminution des comportements non éthiques et un meilleur processus de prise de décision (32).

Objectif de l'étude et sa pertinence

Cette étude vise à apprécier la conceptualisation de l'éthique dans les CISSS-CIUSSS du Québec dans les sphères de l'éthique clinique et de l'éthique organisationnelle à partir de l'étude de documents traitant de l'éthique qui sont accessibles au grand public sur les sites web des établissements. Cette appréciation est réalisée sur la base des formes de régulation sociale qui y sont privilégiées, lesquelles sont de nature plus ou moins hétérorégulatoire et autorégulatoire.

Traditionnellement, deux principales écoles de pensée s'opposent, une se situant dans le pôle hétérorégulatoire visant la conformité, imposant des règles et des normes (*compliance-based approaches* ou *rule-base approaches*) (30), et l'autre au pôle autorégulatoire s'appuyant sur des valeurs (31), parfois décrit comme *capacity-building approach* (33), *integrity-based approach* (34,35) ou encore *value-based aproaches* (30). Une vaste littérature compare ces approches (24,29,32,33,36,37), les principales critiques des approches hétérorégulatoires étant de laisser peu de marge de manœuvre aux personnes dans la prise de décision, ne les encourage pas à s'impliquer dans les différents dilemmes éthiques vécus (24). Quant aux limites des approches autorégulatoires, il est plus difficile de distinguer entre les actions permises ou non (24,33), elles demandent un investissement de temps et de ressources importants (33) et laissent aux seuls individus le fardeau des décisions sans balises organisationnelles. En fait, « ces deux approches ne constituent pas une simple dichotomie, mais devraient être vues comme les pôles opposés d'un continuum, et en pratique, elles devraient toujours être combinées et considérées complémentaires. » (38, p.22; [traduction libre]), (29,31). Toutefois, l'enjeu de la manière de les combiner, et jusqu'à quel degré demeure important (33).

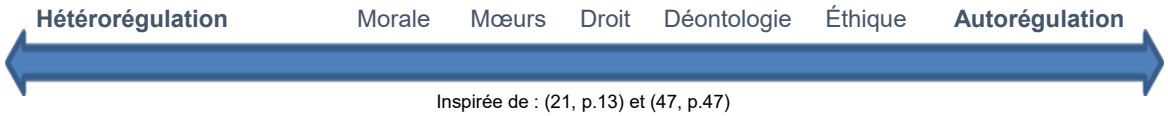
Par ailleurs, des chercheurs en éthique publique et en éthique des affaires ont développé d'autres modèles en réponse aux limites des approches plus traditionnelles; par exemple le *Ethics programs Six-Orientations Model*, ou encore le *Pluralistic ethics management framework* constitué de trois phases (29). Ces modèles proposent de prendre en compte la complexité des programmes éthiques dans les organisations, ainsi que leurs orientations multiples, ce que permettent moins les deux approches traditionnelles opposant de manière binaire normes et valeurs (31).Toutefois, notre expérience dans le RSSS nous incite à constater que c'est encore majoritairement les approches situées sur un continuum hétérorégulation (*compliance-base approach*) et autorégulation (*value-based approach*) qui sont mobilisées au quotidien, d'où les choix faits dans le cadre conceptuel qui sera décrit dans la prochaine section.

Dans les organisations publiques du RSSS, l'éthique n'est pas nécessairement conceptualisée et comprise de la même manière par les différents acteurs en présence et elle demeure encore de nos jours une pratique en évolution (39), notamment la sphère de l'éthique organisationnelle (40,41). Considérant, le discours de la NGP dominant actuellement au sein du RSSS recherchant une performance accrue par le biais de la réduction des coûts, des pratiques de gestion par objectifs et reddition de compte et l'introduction du secteur privé (42), il s'avère pertinent de brosser un portrait de la manière qu'est conceptualisée et régulée l'éthique dans les CISSS-CIUSSS dans les sphères de l'éthique clinique et organisationnelle car des études démontrent que plus des mécanismes de conformité, de contrôle et de sanctions sont valorisés, plus élevées sont les chances d'entraîner de la méfiance et de la contre productivité (32), voire même potentiellement diminuer la compétence éthique des personnes (43). Du point de vue scientifique, il s'avère justifié d'investiguer ce sujet puisque les impacts de la réforme de 2015 dans le RSSS sur l'éthique dans les établissements sont peu abordés et documentés dans les écrits. De plus, depuis 2015 le système de santé est confronté à divers enjeux comme ceux reliés au travail supplémentaire obligatoire, la pénurie de main-d'œuvre et les nouvelles technologies. Notre analyse devrait permettre de saisir comment les dispositifs éthiques en place peuvent répondre à ces enjeux. Du point de vue social, ce projet de recherche vise ultimement à participer à l'amélioration de la qualité des soins et des services, car il est ici présumé qu'une éthique vivante au sein d'une organisation peut contribuer à l'actualisation de valeurs (44) susceptibles de redonner le sens du travail aux intervenants ainsi que la confiance du public envers le système de santé (45).

CADRE CONCEPTUEL

D'une perspective ontologique, nous posons d'abord la question de ce qu'est l'éthique, et ensuite comment celle-ci est régulée d'un point de vue pragmatique. Nous allons situer l'éthique par rapport à d'autres formes de régulation sociale couramment utilisées. Les formes de régulation sociale les plus répandues dans la société actuelle sont la morale, les mœurs, le droit, la déontologie professionnelle et l'éthique (21,46-48). Celles-ci peuvent être illustrées sur un continuum (Figure 1), reflétant le degré d'autonomie qui est consenti aux personnes (21) et aux organisations.

Figure 1 : Représentation des formes de régulation sociale sur un continuum hétérorégulation/autorégulation



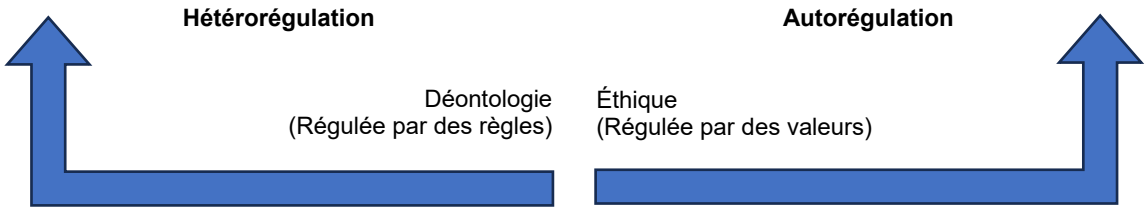
Inspirée de : (21, p.13) et (47, p.47)

Sur le continuum, on retrouve à un des pôles, celui situé à la gauche, le mode de régulation comprenant la plus grande part d'hétérorégulation, soit la morale (religieuse) dont les prescriptions émanent d'une entité sacrée surnaturelle (46). À l'autre pôle, celui situé à la droite, se trouve le mode de régulation ayant la plus grande part d'autonomie, soit l'éthique. L'éthique est associée au pôle autorégulatoire puisqu'elle permet à la personne de prendre des décisions par elle-même, de réfléchir de manière autonome (*auto nomos*), en s'appuyant sur des valeurs partagées par son groupe d'appartenance (21). L'éthique est fondée sur des valeurs qui s'actualisent en fonction d'un contexte et qui soutiennent la motivation des individus à agir sur la base d'une réflexion personnelle sur des valeurs (21,47). Par opposition, au pôle hétérorégulatoire la personne ne réfléchit pas de manière autonome, mais de manière hétéronome (*hetero nomos*), en ceci que c'est un autre (*hetero*) qui lui propose une norme à suivre ou une règle à laquelle elle doit se soumettre (46). Ce continuum permet également de tenir compte des autres formes de régulation existantes dans une organisation, lesquelles se situent entre ces pôles et comportent des degrés plus ou moins grands d'autonomie et d'hétéronomie. Cette notion de continuum est importante, car chaque forme de régulation énoncée ci-avant comporte en elle-même une part d'hétérorégulation et d'autorégulation (21,47) sauf exception faite pour l'éthique qui est essentiellement de nature autorégulatoire.

La conception de l'éthique qui est mobilisée dans cette recherche est que celle-ci est basée sur des valeurs, mais également qu'elle est régulée par les valeurs. Les autres formes de régulation sociale que sont la morale, les mœurs, le droit et la déontologie professionnelle ne sont pas de l'éthique, car celles-ci sont régulées sur la base de différentes normes accompagnées d'une attente de conformité à celles-ci. Elles impliquent aussi des sanctions en cas de manquement par non-conformité.

L'éthique se distingue notamment de la déontologie professionnelle en ne prescrivant pas des règles à suivre, comme c'est le cas avec les codes de déontologie des professions réglementées qui, quoiqu'ils s'appuient sur des valeurs imposent tout de même des devoirs et obligations à la conduite des personnes (46,49). L'éthique est une réflexion rationnelle basée sur des valeurs (46) qui guide la décision et l'action (49). Ainsi, la déontologie professionnelle n'est pas de l'éthique au sens où nous l'entendons dans le présent cadre conceptuel.

Figure 2 : Distinction entre la déontologie professionnelle et l'éthique sur le continuum hétérorégulation/autorégulation



En résumé, nous disons que l'éthique se fonde sur des valeurs, et sa régulation se fait aussi par le biais de valeurs, en faisant confiance aux personnes et leur laissant une marge de manœuvre pour réfléchir et agir suivant leur conscience éthique. Rondeau (23) explique que « l'autorégulation telle qu'elle est comprise en éthique renvoie à la capacité du sujet moral d'agir à partir de valeurs sur lesquelles il a délibéré, plutôt qu'à partir de règles ou de normes auxquelles il obéit aveuglément » (23, p.9). L'éthique se distingue ainsi à la fois de la déontologie professionnelle, de la morale, des mœurs et du droit (50), quoiqu'elle soit souvent confondue avec la déontologie (51).

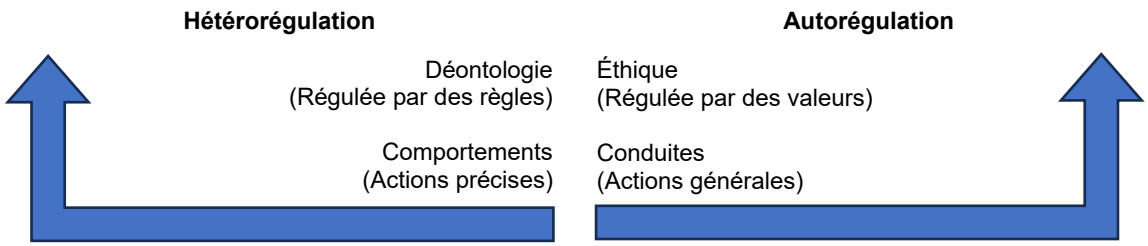
Une fois l'éthique située par rapport à d'autres formes de régulation sociale, comment est-elle régulée? Est-ce que les actions des individus sont encadrées sur la base de valeurs, ou plutôt à l'aide d'autres outils, par exemple des outils déontologiques ou légaux? Pour tenter de répondre à cette question, un cadre conceptuel d'analyse éthique a été élaboré afin d'appuyer l'analyse des données. Comme le résume le Tableau 1, celui-ci précise onze concepts clés à partir desquels les documents ont été analysés et comparés afin de répondre à la question de la recherche et ainsi atteindre l'objectif ici visé.

Tableau 1 : Principaux concepts du cadre conceptuel de l'étude

Cadre Conceptuel	
Concepts	***Définitions***
Autorégulation	« L'autorégulation est une forme de régulation dans laquelle l'individu dicte de lui-même ses choix et ses actions. Dans une perspective d'autorégulation, c'est dans l'engagement personnel et par le biais d'une promesse qu'un individu fait à un autre ou au groupe auquel il appartient qu'il trouve la source de la régulation de ses comportements » (21, p.82).
Comportement	« Action observable pouvant être décrite ou mesurée » (52). Les comportements correspondent à des actions spécifiques qui prescrivent des actions concrètes qui sont mesurables et dont les moyens à utiliser sont explicites.
Conduite	« La manière de se comporter ou d'être du sujet. C'est un ensemble organisé de comportements. C'est aussi la réponse à une motivation mettant en jeu des éléments psychologiques, physiologiques et moteurs » (53). Les conduites sont des actions générales qui énoncent une finalité comportant des éléments axiologiques (basés sur les valeurs) qui guident l'action.
Déontologie professionnelle	« La déontologie est un mode de régulation qui impose des devoirs et obligations aux membres d'une profession ou d'une organisation par le biais de normes et de règles, généralement contenues dans un code de déontologie. » (21, p.84).
Droit	« Le droit est un mode de régulation des comportements qui impose des obligations aux membres d'une société donnée, protège leurs droits et prévoit un cadre procédural afin de leur permettre de régler leurs différends par le biais des lois édictées par l'État. (21, p.85) ».
Éthique	« L'éthique est un mode de régulation des comportements qui provient de l'individu et qui met l'accent sur des valeurs coconstruites et partagées pour donner un sens à ses décisions et à ses actions, faisant appel à son jugement et à sa responsabilité. En éthique, c'est à partir des valeurs qu'un individu prendra une décision » (21, p.86).
Éthique clinique	« L'éthique clinique touche toutes les décisions, incertitudes, conflits de valeurs et dilemmes auxquels les médecins et les équipes médicales sont confrontés (…) mais aussi l'équipe de soins et l'entourage ». (54, p.54) L'éthique clinique ne se limite pas à déterminer le prescrit, le permis, le toléré et le défendu, elle est centrée sur la recherche de l'optimal, de ce qui est préférable pour ce cas-ci, de ce qui est le meilleur possible dans le contexte, non pas dans l'absolu (55).
Éthique organisationnelle[2]	« L'éthique organisationnelle est ce secteur de l'éthique appliquée qui est particulièrement préoccupé par les enjeux éthiques qui se posent au sein des organisations » (40, p.7). « De même l'éthique organisationnelle vise la coordination des acteurs internes afin d'assurer l'atteinte des objectifs de l'organisation et de garantir sa responsabilité sociale » (44, p.180).
Hétérorégulation	« L'hétérorégulation est une approche qui s'élabore dans une perspective de maîtrise des comportements des individus. L'hétérorégulation est donc un mouvement de régulation établi et imposé de l'extérieur, c'est-à-dire par quelqu'un d'autre que l'individu qui devra l'appliquer. Dans cette approche, c'est une autorité qui dicte à un individu la façon dont il doit décider ou agir » (21, p.86).
Modes de régulation des comportements	« Ainsi, par mode de régulation des comportements, nous parlons d'une façon de baliser ou d'encadrer les actions des individus » (21, p.9).
Valeur	« Un élément de la motivation effective, permettant de passer de la décision à l'acte. Elle constitue la fin visée par l'action envisagée dans la décision, et se traduit verbalement comme raison d'agir et comme sens de l'action en créant une ouverture au partage de sens pour toutes les personnes impliquées par la décision. » (49, p.127).

Afin d'assurer un vivre ensemble harmonieux, les manières usuelles dans les pratiques de gestion des organisations consistent à prévoir des mécanismes de régulation des comportements qui précisent les comportements acceptables et ceux qui ne le sont pas (28,56). La régulation des comportements préoccupe les organisations, car elle influence grandement, suivant l'avis de leurs dirigeants, l'atteinte de leur mission (56). Pour les besoins de l'étude, nous avons toutefois distingué dans le cadre conceptuel les concepts de *comportement* et celui de *conduite* afin de les situer sur le continuum de l'hétérorégulation et de l'autorégulation. Pour mieux évaluer la place de l'autorégulation dans les documents à l'étude, il était important de situer l'espace que les énoncés des attentes envers les intervenants laissent à la délibération. Cet espace de délibération s'évalue à partir de ce qui est prescrit par la régulation. Lorsque les énoncés des attentes imposent de porter une action précise, nous sommes devant l'imposition d'un comportement qui ne laisse aucune marge à la décision personnelle. Dès que l'énoncé propose des balises générales à l'action à entreprendre, il laisse une plus grande marge de manœuvre à la décision personnelle et donc à l'autorégulation. C'est pourquoi nous distinguons les comportements des conduites pour mieux évaluer la portée de la décision personnelle et de sa justification.

Figure 3 : Représentation des interrelations entre la déontologie, l'éthique et les concepts de *comportement* et de *conduite* sur le continuum hétérorégulation/autorégulation



Le concept de comportement correspond à des actions spécifiques prescrites par une autorité externe (un CISSS ou un CIUSSS dans le cadre de la présente étude). Ce sont des actions concrètes qui sont mesurables et dont les moyens à utiliser sont explicites. Pour ces raisons, les comportements sont associés au pôle hétérorégulatoire.

[2] La sphère de l'éthique décrit comme celui de l'organisation par le MSSS.

À contrario, le concept de conduite est défini comme une action générale qui énonce une finalité comportant des éléments axiologiques qui guident l'action. Les personnes peuvent décider du moyen à utiliser pour atteindre la finalité visée. En ce sens, elles ont une certaine marge de manœuvre et ne sont pas de simples exécutants, ce qui rapproche les conduites du pôle autorégulatoire. Maintenant que le cadre conceptuel de l'étude a été décrit, la section suivante précise les méthodes qui ont été utilisées pour atteindre l'objectif visé. Ce faisant, la façon dont ce cadre a été mobilisé lors des analyses des documents est précisé.

MÉTHODOLOGIE

Cette section présente les méthodes qui ont été utilisées afin d'atteindre l'objectif de l'étude. D'abord, le devis de l'étude est décrit. Ensuite, l'échantillon est précisé avec les critères d'inclusion et d'exclusion, suivi par les méthodes de collecte et d'analyse des données.

Devis de recherche

Pour répondre à la question de recherche, une étude qualitative de nature descriptive a été réalisée, soit une étude de documents (57). La recherche documentaire nous permet de développer les connaissances sur le sujet de la place de l'éthique dans les CISSS-CIUSSS, telles qu'ils la décrivent eux-mêmes à travers les écrits qu'ils produisent et qu'ils rendent disponibles au grand public. La recherche documentaire permet de trouver une partie de la réponse à notre question de recherche, à savoir quelle est la place d'une éthique autorégulatoire dans ces établissements à la suite de la réforme qui les a créés (9). Le mode privilégié des organisations dans la gestion est d'élaborer des documents de référence. Ainsi, pour comprendre comment une organisation met en place l'éthique, il se révèle pertinent d'analyser les documents instituant et encadrant l'éthique en son sein. De plus, afin que l'éthique soit vivante dans une organisation, il est essentiel d'abord de développer une vision claire et un vocabulaire commun à ce sujet. D'où l'importance qu'une organisation se dote d'outils conceptuels qui précisent en quoi consiste l'éthique et les mots pour la décrire et la comprendre, afin que les intervenants puissent bien se l'approprier et que cela transparaisse dans leur vocabulaire, leur réflexion, leurs décisions et leurs actions. Pour paraphraser la citation de Boileau en début d'article, lorsque nous connaissons bien un sujet, nous sommes plus à même d'en parler de manière claire. Cette méthode permet de réaliser une étude empirique efficace et donne une vision objective du sujet sur la base des documents sélectionnés pour la recherche

Échantillon

L'échantillon se compose de documents accessibles au grand public. Trois raisons ont guidé ce choix. D'abord une raison pragmatique : il s'agissait d'avoir accès facilement aux documents des organisations sans avoir à les contacter individuellement. Ensuite, une raison relative à la cohérence : si l'éthique est importante pour une organisation, elle n'hésite pas à préciser la place que l'éthique occupe dans son organisation. Enfin, une raison relative à la transparence : le propre de l'éthique est de donner confiance aux personnes qui recourent aux services qu'elles seront traitées avec égard. Il est important que les personnes concernées soient au courant de ce qui est mis en place pour assurer la qualité des soins et des services.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Quatre critères d'inclusion et d'exclusion ont été choisi, soit le type d'établissement, la sphère de l'éthique concernée, l'auteur des documents et la nature du contenu des documents. Sur les 34 établissements du RSSS présents post réforme 2015 (12,13), 22 établissements ont été retenus aux fins d'analyse, soit treize CISSS et neuf CIUSSS, répartis dans quinze régions socio-sanitaires. Les établissements non fusionnés qui n'ont pas été visés par cette réforme, notamment les centres hospitaliers universitaires (CHU, n=4), les instituts universitaires (IU, n=3) et les établissements desservant les populations nordiques et autochtones (n=5) (13), ont été exclus de la collecte de données car ils n'étaient pas visés par le projet de loi 10 de la réforme de 2015 (58).

Pour chacun des CISSS-CIUSSS retenus, nous avons vérifié les informations et les documents accessibles au grand public qui traitent de l'éthique, par l'entremise de leur sites web à l'aide de mots-clés. Nous avons conservé les documents reliés aux sphères de l'éthique organisationnelle et de l'éthique clinique, car ils concernent l'ensemble des membres de ces établissements. La sphère de l'éthique de la recherche ne fait pas partie de cette étude. D'une part celle-ci est déjà très balisée et encadrée par de nombreuses normes (59-62) et, d'autre part, elle concerne des activités très spécifiques de la mission universitaire des CIUSSS principalement. Ainsi, cette sphère de l'éthique n'engage qu'une minorité des membres d'une organisation, contrairement à l'éthique organisationnelle et à l'éthique clinique. Quant aux autres sphères identifiées par le MSSS, soit celles de la santé publique et l'éthique sociale, elles ne sont pas développées de façon explicite sur le site du ministère (1). Le lien précis entre la santé publique et l'éthique n'est pas clair; cette sphère a donc été exclue de la recherche. Quant à la sphère de l'éthique sociale, elle n'a pas aussi été retenue car d'application moins courante dans les établissements visés par cette recherche.

Ensuite, les documents dont les CISSS-CIUSSS sont les auteurs ont été retenus, car ils sont pertinents pour apprécier leur positionnement face à l'éthique. Les documents dont les CISSS-CIUSSS ne sont pas les auteurs ont été exclus, notamment les rapports d'évaluation d'Agrément Canada, car nous voulons établir notre propre appréciation de l'éthique des établissements. Certains documents dont les CISSS-CIUSSS sont les auteurs et qui ont comme objectif de faire une reddition

de compte eu égard à l'éthique, ou encore d'évaluer leur rendement face à l'éthique ont été exclus, comme le rapport annuel de gestion afin de concentrer notre analyse sur des documents de référence de nature explicative plutôt que de nature évaluative. Ce choix méthodologique nous permet de faire notre propre évaluation tout en évitant certains biais qui pourraient être induits par le regard de l'établissement sur son propre rendement

Enfin, les autres documents repérés, de nature informative, tels que les organigrammes des directions de la qualité, les membres des comités d'éthique ainsi que leur mandat, les documents d'information et guides destinés aux usagers ainsi que les politiques et procédures comportant certaines références à l'éthique ont été exclus afin de pouvoir nous concentrer sur les documents exclusivement dédiés à l'éthique : sa nature et sa régulation. Les codes de déontologie des administrateurs ont également été exclus, car ils sont rédigés à partir d'exigences légales à respecter, sont exigés par le gouvernement (63-65) et ne traduisent pas ainsi de manière claire la vision éthique de l'établissement, mais sa vision déontologique, voire légale. De plus, ces codes ne concernent qu'une minorité de personnes des CISSS-CIUSSS.

Collecte des données

La collecte de données s'est échelonnée sur une période de quinze mois, de mai 2020 à août 2021. Huit mots-clés liés à l'éthique ont été introduits dans les moteurs de recherche des sites web des établissements, à savoir : « conseiller éthique », « responsable éthique », « comité éthique », « éthique clinique », « bioéthique », « éthique organisationnelle », « code d'éthique » et « éthique ». Cette recherche a été complétée par l'exploration des sites web en effectuant une recherche aléatoire afin de vérifier si d'autres informations ou documents reliés à l'éthique pouvaient être trouvés. Les documents ainsi répertoriés ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion précédemment mentionnés. Ces données ont été colligées dans des fichiers Excel et les documents recueillis ont été archivés dans des dossiers numériques identifiés pour chacun des CISSS- CIUSSS.

Analyse des données

Pour les documents retenus, une analyse de contenu (57, 66) a été effectuée, laquelle prend appui sur les concepts du cadre conceptuel de l'étude. La période d'analyse s'est déroulée sur une période de 21 mois. L'élaboration d'une grille d'analyse (Annexe 1) a été réalisée sur la base des concepts du cadre conceptuel se rapportant à l'hétérorégulation et à l'autorégulation. Le concept d'hétérorégulation/déontologie a été choisi, car la déontologie est une forme de régulation couramment utilisée dans les établissements du RSSS; ce concept illustre le pôle hétérorégulatoire sur le continuum. Ensuite, le concept de l'autorégulation/éthique a été ciblé parce qu'il permet d'opposer le pôle autorégulatoire à celui de la déontologie, et nous permet de comparer jusqu'à quel point l'autorégulation est présente par rapport à l'hétérorégulation. À partir des définitions de ces quatre concepts contenus dans le cadre conceptuel, les principaux thèmes de celles-ci ont été extraits. De cette liste de thèmes, les éléments apparentés ont été regroupés afin d'assurer une cohérence dans le codage.

Tableau 2 : Codage des données par thèmes associés aux concepts liés à l'hétérorégulation et à l'autorégulation

Codage des données	
Concepts	***Principaux thèmes des définitions***
Hétérorégulation et déontologie	1. Établi et imposé de l'extérieur/Autorité qui dicte décisions, actions 2. Maîtrise-contrôle des comportements 3. Droit 4. Devoir-obligation 5. Code de déontologie/Code de conduite 6. Conformité/Respect des normes/Règles 7. Manquement/Sanction
Autorégulation et éthique	1. Provient de l'individu/Dicte lui-même choix, actions, conduites/Engagement personnel, promesse = source des conduites/Motivation, désir, adhésion 2. Donner un sens 3. Appel au jugement 4. Appel à la responsabilité 5. Décision à partir des valeurs/Prise de décision/Valeurs coconstruites 6. Réflexion

Le codage de chaque document a été fait par l'étudiante chercheuse sur la base des thèmes ci-haut décrits. Un premier court échantillon de documents a été codé à l'aide de la grille de codage sur un support numérique. Cet échantillon a ensuite été examiné avec les deux codirecteurs de thèse afin de valider la cohérence du codage. La démarche de codification s'est poursuivie en alternance avec des rencontres régulières de direction afin d'assurer la fiabilité de la méthode utilisée. Ce codage nous a permis d'apprécier le contenu des documents et de les situer sur le continuum de l'hétérorégulation et de l'autorégulation. Pour certaines données, une analyse statistique descriptive a été réalisée.

RÉSULTATS

Pour apprécier la place d'une éthique autorégulatoire dans les CISSS-CIUSSS, nous avons examiné dans les documents sélectionnés la façon dont l'éthique est régulée, soit par des normes (hétérorégulation-déontologie), soit par des valeurs (autorégulation-éthique). À cette fin, le codage des données à l'aide des thèmes liés à l'hétérorégulation et à l'autorégulation a permis de pondérer le contenu des documents analysés en ce sens. Les résultats de l'analyse des documents sont présentés en cinq sections. La première décrit l'échantillon des documents analysés. La seconde présente les résultats de l'analyse du contenu des codes d'éthique étudiés. La troisième section rapporte l'analyse des cadres éthiques, tandis que la quatrième et cinquième sections traitent respectivement de l'analyse des codes de conduite et de la charte des valeurs.

Description du corpus étudié

Les établissements visés par l'étude sont les treize CISSS et les neuf CIUSSS. Comme l'indique le Tableau 3, les noms des établissements et les régions socio sanitaires sont précisés, ainsi que le type et le nombre de documents répertoriés sur les sites web de ces établissements, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.

Tableau 3 : Description de l'échantillon

	Document recensés sur les sites web des CISSS-CIUSSS (n=22)					
Région socio sanitaire	***Nom de l'établissement***	***Sites web consultés*** (mois/année)	***Code d'éthique*** (année élaboration/ révision)	***Cadre éthique*** (année élaboration/ révision)	***Code de conduite*** (année élaboration/ révision)	***Charte de valeurs*** (année élaboration/ révision)
01	CISSS du Bas-St-Laurent	Mai 2020	2017/2020	Aucun	Aucun	Aucun
02	CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	Mai-juin 2020	2015/2016	Aucun	Aucun	Aucun
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	Juin 2020	2017/2020	2017	Aucun	Aucun
04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	Juin 2020	2016/2020	2017/2020	Aucun	Aucun
05	CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Juin 2020	2016/2017	Aucun	Aucun	Aucun
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Nov. 2020	2021	2018	Aucun	Aucun
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Nov. 2020	2016	Aucun	Aucun	Aucun
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Nov. 2020	2017	Aucun	Aucun	Aucun
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Déc. 2020	2018	Aucun	Aucun	Aucun
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Déc. 2020	Date non précisée	2016	Aucun	Aucun
07	CISSS de l'Outaouais	Août 2020	2016/2018	Aucun	Date non précisée	Aucun
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Août 2020	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
09	CISSS de la Côte-Nord	Août 2020	Date non précisée	Aucun	Aucun	Date non précisée
11	CISSS de la Gaspésie	Août 2020	2018	Aucun	Aucun	Aucun
11	CISSS des Îles	Août 2020	2015	2021	Aucun	Aucun
12	CISSS Chaudières Appalaches	Août 2020	2017	Aucun	Aucun	Aucun
13	CISSS de Laval	Août 2020	2018	2018	Aucun	Aucun
14	CISSS de Lanaudière	Sept. 2020	Date non précisée	Aucun	Aucun	Aucun
15	CISSS des Laurentides	Sept. 2020	2017/2020	Aucun	Date non précisée	Aucun
16	CISSS Montérégie Est	Sept. 2020	Date non précisée	2017	Aucun	Aucun
16	CISSS Montérégie Ouest	Sept. 2020	2020	2020	Aucun	Aucun
16	CISSS Montérégie Centre	Sept. 2020	2017	Date non précisée	Aucun	Aucun
Total : (n=55)		22	21	9	2	1

Au total 33 documents ont été retenus aux fins de l'analyse. Les différents documents étudiés sont : des codes d'éthique (n=21), des cadres éthiques (n=8), des codes de conduite (n=2) ainsi qu'une charte de valeurs (n=1).

En ce qui concerne les codes d'éthique, la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) précise ce que doit contenir ce document :

> 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 (67).

Pour ce qui est des cadres éthiques, Agrément Canada le définit comme suit :

> Un cadre d'éthique contribue à faire la promotion de comportements et de pratiques qui respectent les règles d'éthique partout dans l'organisme et fait la lumière sur les problèmes d'ordre éthique lorsqu'ils surviennent. Le cadre peut englober des codes de conduite, des lignes directrices, des processus et des valeurs pour aider à orienter la prise de décisions (68). Les processus englobent les critères pour orienter les discussions et la prise de décisions liées aux problèmes d'éthique (69).

En ce qui a trait aux codes de conduite, aucun énoncé émanant d'un organisme officiel n'a pu être trouvé. Les codes de conduite prolifèrent en grand nombre (70) et existent sous des formes très variées, et par des auteurs très diversifiés (71). Il s'avère donc difficile de déterminer un énoncé descriptif précis. D'ailleurs les notions de code de conduite et code d'éthique semblent parfois aller de pair sans autre distinction (70). L'objectif d'un code de conduite en est surtout un de régulation d'ordre normatif (70) en fixant des règles de comportement de manière unilatérale qui doivent être respectées par un ensemble de personnes (71). Ainsi, les dispositions d'un code de conduite peuvent servir à évaluer si une personne a commis un manquement, et si tel est le cas, à appliquer des sanctions. Toutefois, leur contenu est souvent vague, et leur intention imprécise (71). L'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) a réalisé un inventaire de codes de conduite (72) et identifie trois principaux éléments de leur contenu : des énoncés de valeurs, des principes d'action et des règles de conduites. Pour notre étude, nous retenons comme énoncé descriptif : « ensemble conventionnel de principes et d'attentes, qui sont considérées comme liant toute personne membre d'un groupe particulier. » (71, p. 4)

Même constat pour l'énoncé descriptif de charte de valeurs sans consensus conceptuel. Les chartes de valeurs (désignée parfois par le terme « charte éthique »), visent à promouvoir ou interdire certains comportements et pour encadrer les actions des employés envers les partenaires, fournisseurs et clients (51). On précise que sa mise en œuvre se fait sur une base volontaire, c'est pourquoi elle devrait s'élaborer avec la participation de toutes les personnes d'une organisation (51). Elle contient des règles comportementales aidant les intervenants à faire face à des dilemmes éthiques; cette charte rappelle les règles légales applicables et tient compte également d'autres règles. Une charte éthique énonce les valeurs d'un organisme et « édicte des principes d'action et de comportement autour de ces valeurs (…); elle est pragmatique, afin d'éviter des situations concrètes violant ces valeurs et de protéger la réputation de l'organisme (…); elle est publique, publiée et communiquée. » (51, p.2). Une charte éthique prend sa source autour de valeurs, oriente la conduite des intervenants envers la clientèle et collaborateurs, ainsi que la gestion des conflits d'intérêts.

À des fins de clarté linguistique, il faut noter que les termes « employé, personnel ou intervenant » sont généralement compris d'une manière large par une grande proportion des CISSS-CIUSSS et comprennent à la fois les intervenants cliniques, les gestionnaires, les bénévoles, les médecins, les stagiaires et toutes les personnes qui travaillent pour l'établissement et qui sont en contact avec les usagers. Pour notre part, nous utilisons le terme « intervenant » pour désigner toutes les catégories de personnes qui œuvrent pour les CISSS-CIUSSS afin de couvrir l'ensemble des différentes catégories mentionnées dans la LSSSS. Aussi, bien qu'il existe également différents termes pour désigner les personnes qui reçoivent des soins et des services des établissements du RSSS (ex. : patient, client, résident, personne accompagnée, etc.), le terme « usager » a ici été retenu puisque c'est l'appellation utilisée dans la LSSSS (67).

Analyse des codes d'éthique

Cette section présente l'analyse du contenu des 21 codes d'éthique repérés. Elle comprend trois parties. D'abord, la description de la structure des codes d'éthique est présentée, ensuite l'analyse du contenu obligatoire est décrite et enfin l'analyse du contenu non obligatoire est exposée.

Structure des codes d'éthique

Presque tous les CISSS-CIUSSS (n=21; 95,5%) ont rendu leur code d'éthique disponible sur leur site web. Tel que mentionné précédemment, l'article 233 de la LSSS précise d'inclure un contenu obligatoire dans les codes d'éthique, à savoir les droits des usagers, les pratiques et conduites attendues des intervenants, ainsi que les règles d'utilisation des renseignements personnels. L'analyse des codes d'éthique atteste que ces derniers contiennent à la fois des éléments obligatoires prévus par la LSSSS, mais aussi des contenus autres que nous avons qualifiés de non obligatoire. Le Tableau 4 rend compte de cet état de fait, tout en spécifiant l'occurrence des contenus analysés de la plus grande à la plus petite occurrence à la fois pour le contenu obligatoire et non obligatoire.

Tableau 4 : Contenu des codes d'éthique des CISSS-CIUSSS

Contenu des codes (n=21)		
Contenu obligatoire	***% conformité***	***n***
• Droits des usagers	100%	21
• Pratiques et conduites attendues des intervenants	95,2%	20
• Règles d'utilisation des renseignements personnels	52,4%	11

Contenu non obligatoire	***n***
• Valeurs organisationnelles • Responsabilités des usagers ou proches	19
• Visée du code d'éthique	18
• Commissaire aux plaintes	16
• Mission de l'établissement	15
• Comités des usagers • Rappel de l'obligation légale (art. 233, LSSSS)	14
• Portée du code d'éthique par rapport aux autres normes	12
• Responsable de diffusion, promotion/ou d'application du code	10
• Définitions • Références - bibliographie	9
• Directions ayant la responsabilité du partenariat avec les usagers /ou de l'éthique • Principes directeurs ou éthiques • Processus de plainte • Vision de l'établissement	7
• Date d'entrée en vigueur et/ou révision	6
• Autres références législatives (charte des droits et libertés de la personne provinciale et canadienne, code civil, etc.)	3
• Climat de travail entre intervenants	1

En ce qui a trait au contenu obligatoire des codes d'éthiques, tous les établissements se sont conformés à l'obligation de préciser les droits des usagers (n=21; 100%) et la presque totalité de ceux-ci a précisé les pratiques et conduites attendues des intervenants (n=20; 95,2%). La majorité des établissements (n=15; 71,4%) précise le mode de régulation de nature déontologique (hétérorégulation), en liant les pratiques attendues à des droits consentis aux usagers. Une minorité d'établissements (n=5; 23,8%) ont d'une part, fait le choix de lister les droits des usagers et, d'autre part, relier les pratiques attendues des intervenants avec leurs valeurs organisationnelles (autorégulation). Plus précisément, un établissement (n=1; 4,8%), après avoir décrit les pratiques attendues sous chacun des droits énoncés, a aussi établi des liens avec les valeurs organisationnelles.

Le taux de conformité des établissements est toutefois plus bas en ce qui concerne les règles d'utilisation des renseignements personnels (n=11; 52,4%). Malgré le caractère obligatoire, nous constatons que ce ne sont pas tous les établissements qui se conforment aux exigences légales. Cet élément toutefois n'est pas analysé plus avant dans le cadre de cette recherche, car jugé non significatif car il n'ajoute pas d'informations pertinentes sur la manière dont est régulée l'éthique.

Enfin,18 éléments distincts sont présents dans le contenu non obligatoire ajoutés par les CISSS-CIUSSS dans les codes. Les faits saillants du contenu non obligatoire, en ordre décroissant d'occurrence, sont principalement en lien avec les valeurs organisationnelles, les responsabilités des usagers, la visée du code d'éthique et son caractère légal, ainsi que les informations concernant la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) et les comités des usagers (CU).

Analyse du contenu obligatoire

Nous avons ciblé un total de treize droits reconnus aux usagers, douze découlant de la LSSSS et un découlant de la loi sur les soins de fin de vie. Depuis 2015, la loi concernant les soins de fin de vie (73) donne des droits supplémentaires aux usagers. L'objectif de cette loi est d'assurer des soins de qualité et un accompagnement adapté à cette étape de la vie. Elle propose une vision intégrée des soins palliatifs et de fin de vie (73). Le législateur mentionne dans cette Loi son attente que les codes d'éthique des établissements du RSSS tiennent compte des droits des personnes relatifs aux soins de fin de vie (73, art.10). Dans le tableau qui suit se retrouve l'énumération de ces droits, que nous formulons de façon résumée, tout en spécifiant les articles de loi auxquels ceux-ci sont liés.

Tableau 5 : Droits des usagers qui se trouvent dans les codes

	Droits (appellation résumée)
1	Droit d'être informé (LSSSS, art. 4) : • Des services • Des ressources disponibles en santé et services sociaux • Des modalités d'accès aux services et ressources
2	Droit de recevoir des soins et services adéquats, continus, personnalisés et sécuritaires (LSSSS, art. 5)
3	Droit de choisir le professionnel ou l'établissement (LSSSS, art. 6)
4	Droit de recevoir des soins que requiert son état (LSSSS, art. 7)
5	Droit d'être informé (état de santé/options/risques-conséquences) avant de consentir à des soins et lors de la survenance d'un accident entrainant des conséquences (LSSSS, art. 8)
6	Droit au consentement et refus de soins et droit d'être représenté (LSSSS, art. 9)
7	Droit de participer aux décisions qui le concerne (LSSSS, art. 10)
8	Droit d'être accompagné et assisté (LSSSS, art. 11)
9	Droit à l'hébergement (LSSSS, art. 14)
10	Droit de recevoir des services en langue anglaise (LSSSS, art. 15)
11	Droit de porter plainte et droit de recours (LSSSS, art. 16; art. 34)
12	Droit à la confidentialité du dossier (LSSSS, art. 19)
13	Droit aux soins de fin de vie (Loi sur les soins de fin de vie, art. 4)

Les droits sont liés à de l'hétérorégulation puisqu'ils découlent de Lois, et que conséquemment, une instance externe (le législateur dans le cas présent) dicte une norme à suivre et à laquelle il faut se conformer. Une recension des droits reconnus aux usagers par les CISSS-CIUSSS a été réalisée; elle avait comme objectif d'identifier quels droits reviennent le plus souvent et à quelles obligations légales (LSSSS ou soins de fin de vie) ils sont liés. La présentation des différents droits des usagers varie d'un code d'éthique à l'autre. Certains énoncent les droits individuellement (en fonction des articles de la LSSSS), alors que d'autres font des regroupements, comme par exemple, le droit d'être accompagné, assisté et représenté, le droit au consentement et à la participation aux décisions ou encore le droit à l'information et à la participation. C'est pourquoi nous observons un nombre variable de droits énoncés dans les codes d'éthique. Les droits des usagers sont précisés comme suit dans les documents analysés (voir le Tableau 6).

Tableau 6 : Nombre de droits des usagers, leur occurrence et appellation résumée

Nombre de CISSS-CIUSSS ayant un code d'éthique (n= 21)	Nombre de droits énoncés		
	Entre 0 et 6	Entre 7 et 12	13 et plus
Nb établissements	5	10	6
% établissements	23,8%	47,6%	28,6%

Droits contenus dans la LSSSS ou soins de fin de vie (appellation résumée)	***n***	***%***
Droit de recevoir des soins et services adéquats, continus, personnalisés et sécuritaires	21	100,0
Droit au consentement et refus de soins et droit d'être représenté	21	100,0
Droit à la confidentialité du dossier	20	95,2
Droit de participer aux décisions qui le concerne	19	90,5
Droit aux soins de fin de vie	18	85,7
Droit d'être informé : • Des services • Des ressources disponibles en santé et services sociaux • Des modalités d'accès	17	81,0
Droit de porter plainte et droit de recours	17	81,0
Droit d'être informé (état de santé /options / risques et conséquences) avant de consentir à des soins et lors de la survenance d'un accident entrainant des conséquences	13	61,9
Droit de choisir le professionnel ou l'établissement	8	38,1
Droit d'être accompagné et assisté	7	33,3
Droit de recevoir des services en langue anglaise	7	33,3
Droit de recevoir des soins que requiert son état	5	23,8
Droit à l'hébergement	5	23,8

Nous constatons que les CISSS-CIUSSS présentent un taux de conformité aux treize droits des usagers qui se situe entre 23,8% et 100% par rapport aux attentes du législateur en ce qui concerne la LSSSS et la loi sur les soins de fin de vie. Dans une proportion moindre (n=12; 57,1%), certains établissements reconnaissent d'autres droits aux usagers qui ne sont ni reliés à la LSSSS ni à la loi sur les soins de fin de vie, mais à d'autres lois. Par exemple, certains établissements ont inclus des droits qui relèvent du code civil, notamment en ce qui a trait au droit à la dignité, à l'intégrité et à l'inviolabilité. Un établissement a inclus des droits en relation avec la loi sur la protection de la jeunesse. L'ensemble de ces droits reconnus aux usagers et prescrits par une instance externe (le législateur) sont de l'ordre de l'hétérorégulation.

Dans une proportion plus faible (n=7, 33,3%), certains établissements reconnaissent des droits aux usagers qui ne sont pas prescrits par une loi. Pour ces énoncés, nous observons un contenu axiologique, comme le droit à la courtoisie, le droit à l'équité et la compréhension, ou encore le respect des souhaits de l'usager. Ces énoncés rejoignent le pôle de l'autorégulation, car ils trouvent leur assise dans une valeur. Presque tous les codes d'éthique (n=20; 95,2%) énoncent des attentes à l'égard

des intervenants en lien avec chacun des droits des usagers. Ces attentes expriment la façon dont les établissements s'attendent à ce que les intervenants agissent dans le cadre de leur travail pour que les droits des usagers soient respectés. En ce sens, elles constituent des modes de régulation des comportements des intervenants. Dans les codes d'éthique étudiés, nous retrouvons les deux types d'énoncés, soit des conduites ainsi que des comportements attendus.

Tableau 7 : Exemples de conduites et comportements attendus des intervenants

Exemples de conduites attendues chez les intervenants
« Reconnaître et respecter la diversité (culturelle, sexuelle, religieuse, etc. »
« Se soucier de l'aspiration des usagers à l'autonomie et à l'autodétermination, et ce, en leur permettant de vivre leurs valeurs en facilitant leur participation par l'expression libre de leurs convictions et opinions, dans le respect de toutes les personnes impliquées »
« Miser sur le partenariat de tous les acteurs dans la prise de décision »
« Tenir compte des valeurs de l'organisation, mais aussi de celles des usagers afin de mieux orienter les interventions »
« Être conscient de ses propres valeurs et de la manière dont elles influencent ses interventions »
« Favoriser l'innovation basée sur les avancées scientifiques »

Exemples de comportements attendus chez les intervenants
« S'identifier et s'adresser poliment à l'usager, notamment en le vouvoyant »
« S'identifier verbalement par son nom et sa fonction, porter la carte d'identité officielle de l'établissement, préciser le but des interventions et expliquer la nature des soins et des services qu'elle s'apprête à offrir »
« Appliquer les politiques, les procédures, les protocoles, les normes, les techniques de travail, les codes de déontologie et les règles établies »
« Aucun pot-de-vin, pourboire ou autre rémunération ne sera accepté par les intervenants »
« Respecter vos directives médicales anticipées »

Comme spécifié dans le cadre conceptuel, la notion de conduite est associée au pôle autorégulatoire, car la personne a une certaine latitude eu égard à ses choix et ses actions. Lorsqu'on suggère de s'adresser aux usagers de manière appropriée, l'intervenant a la marge de manœuvre décisionnelle d'actualiser la façon de s'adresser aux usagers qu'il juge appropriée. À contrario, d'autres énoncés dans les codes d'éthique correspondent plutôt à des comportements, lesquels sont associés au pôle hétérorégulatoire, car ces comportements attendus sont prescriptifs et spécifient les attentes spécifiques de l'organisation. Les énoncés décrivent des actions mesurables et concrètes à accomplir, comme s'adresser aux usagers en se nommant, en déclinant sa fonction et en les vouvoyant.

Analyse du contenu non obligatoire

Dans la majorité des codes d'éthique (n=19; 90,5%), une section sur les responsabilités attendues de la part des usagers est prévue. À l'instar de ce qui est attendu des intervenants, nous retrouvons tant des énoncés qui sont de l'ordre de conduites attendues que de l'ordre des comportements attendus (Tableau 8).

Tableau 8 : Exemples d'attentes envers les usagers

Exemples de conduites attendues chez les usagers
« Utiliser les soins et services offerts par l'établissement de manière raisonnable, sans en abuser »
« Vous prévenez, dans la mesure du possible, toute situation risquée pour votre santé et votre bien-être, en plus de celui des autres usagers »
« Accueillir, lors de soins et services à domicile, le personnel dans un environnement sécuritaire »
« Encourager vos proches à participer à vos soins et à vos services »
« Tout usager doit respecter les consignes et directives qui lui sont adressées dans le cadre des soins et des services qui lui sont prodigués »

Exemples de comportements attendus chez les usagers
« Respecter l'horaire convenu d'un rendez-vous ou aviser rapidement l'établissement d'une impossibilité de se présenter afin de permettre une bonne gestion des ressources »
« Vous respectez et vous vous conformez aux modalités d'admission, d'inscription et de congé ainsi qu'à celles des épisodes de service »
« Respecter les délais relatifs au versement des contributions en hébergement »
« Ne pas avoir en votre possession d'objets dangereux ou de substances nuisibles »
« Les usagers doivent faire part de leurs déplacements auprès des intervenants concernés »

Une classification et un dénombrement des attentes envers les intervenants et les usagers ont été réalisés dans le tableau qui suit.

Tableau 9 : Modes de régulation des comportements des intervenants et des usagers

Nombre d'établissements et pourcentage des énoncés des attentes envers les intervenants (n=20) et usagers (n=19) de l'ordre des conduites et comportements				
	Intervenants		***Usagers***	
	Conduites (autorégulation)	Comportements (hétérorégulation)	Conduites (autorégulation)	Comportements (hétérorégulation)
0 à 60%	6	18	16	10
Plus de 61%	14	2	3	9

Pour une majorité des CISSS-CIUSSS (n=14; 70,0%), les énoncés formulant des attentes envers les intervenants sont de l'ordre des conduites dans une proportion supérieure à 61% par rapport à l'ensemble des attentes exprimées dans leur code d'éthique. C'est donc dire que pour une proportion significative des attentes signifiées, les CISSS-CIUSSS laissent une marge de manœuvre aux intervenants quant aux façons d'actualiser les attentes de l'organisation, ce qui rejoint une tendance autorégulatoire.

Pour les usagers, une minorité des établissements (n=3; 15,8%) énoncent des conduites à un niveau de plus de 61%. Ainsi les établissements énoncent un plus grand nombre de comportements par rapport à leurs énoncés pour la même tranche de pourcentage (n=9; 47,4%). En conclusion, les établissements utilisent un mode de régulation des comportements de nature hétérorégulatoire de façon beaucoup plus marquée pour les usagers que pour les intervenants.

Les valeurs organisationnelles se retrouvent pour la majorité des établissements dans leur code (n=19/22; 86,4%). Cela dit, le code de deux établissements ne fait pas mention des valeurs organisationnelles (n=2/22; 9,1%); celles-ci se trouvent à la section Mission-vision-valeurs de leur site web, et nous en avons tenu compte dans l'analyse. Pour un établissement (n=1/22; 4,5%), il a été impossible de trouver les valeurs organisationnelles dans les documents analysés.

Sur la base de la définition de valeur du cadre conceptuel, nous avons identifié ce qui correspond à une valeur dans les choix de valeurs organisationnelles effectués par les CISSS-CIUSSS. L'analyse des valeurs a permis de mettre en lumière certains constats. D'abord, un total de 37 valeurs organisationnelles sont nommées par les CISSS-CIUSSS. Sur ces 37 valeurs, nous observons que moins de la moitié des valeurs énoncées (n=18; 48,6%) correspondent à la définition de valeur du cadre conceptuel. Parmi les valeurs les plus fréquemment retenues, nous retrouvons, par ordre d'occurrence décroissant : collaboration (n=15), respect (n=10), bienveillance (n=7), humanisme (n=6), professionnalisme (n=4), équité (n=3), transparence (n=3), qualité des soins et services (n=2), accessibilité (n=1), collaboration-solidarité (n=1), compassion-dignité-respect (n=1), considération (n=1), équité-transparence (n=1), excellence (n=1), respect-bienveillance (n=1), sécurité (n=1), solidarité (n=1) et travail d'équipe (n=1). Ces 18 valeurs se retrouvent réparties dans tous les codes d'éthique (n=21) pour au moins une d'entre elles. En d'autres mots, tous les codes d'éthique contiennent au moins une valeur correspondant à la définition retenue. De façon plus détaillée, nous avons analysé toutes les valeurs organisationnelles de chaque établissement afin d'évaluer le nombre de celles-ci qui correspondent à la définition de valeur du cadre conceptuel.

Tableau 10 : Pourcentage des valeurs organisationnelles correspondant à la définition de valeur du cadre conceptuel

Nombre d'établissements et % de leurs valeurs correspondant au cadre conceptuel	
% correspondance	Nb établissements (n=21)
0 à 40 %	4
41 à 60 %	8
61 à 75 %	5
100%	4

Les autres valeurs énoncées (n=19; 51,4%) correspondent plutôt à des éléments concrets (et non de l'ordre de l'idéal) qui sont valorisés par les établissements mais sans être par ailleurs une valeur, par exemple la performance, la rigueur, l'imputabilité ou l'agilité.

Nous entendons par la visée du code d'éthique ce qu'il poursuit comme objectif à atteindre, le but vers lequel il tend. Il est possible de distinguer quatre principales catégories de visée en fonction de ce que le code a comme objectif. De notre analyse, nous dégageons quatre types de visées principales. D'abord, le code d'éthique peut servir à guider les intervenants sur leurs attitudes et leurs comportements afin de favoriser des relations empreintes de respect mutuel. Les valeurs guident les comportements des personnes. Dans un deuxième temps, le code d'éthique peut avoir une visée motivationnelle en misant sur l'engagement des personnes envers les valeurs de l'organisation; ainsi, ces valeurs partagées fusionnent le groupe. Troisièmement, le code d'éthique peut avoir une visée réflexive : il invite les intervenants à réfléchir collectivement afin que se développe une éthique soit personnelle, clinique ou organisationnelle; il est en ce sens un outil de réflexion. Finalement, le code d'éthique peut avoir une visée décisionnelle : prise de décision partagée et raisonnée, basée sur le dialogue et la prise en compte des valeurs dans les rapports humains; il soutient de cette manière la prise de décision au quotidien.

Tableau 11 : Visée des codes et exemples

Visée des codes (n=21)	
Type de visée	***Exemples***
Visée pour guider (approche comportementale) *Conformité* (n=7)	Le code d'éthique guide les intervenants de l'établissement dans l'évaluation de la convenance de leurs pratiques et de leurs conduites. En ce sens, il constitue un outil de mobilisation afin d'assurer la continuité dans l'adoption de comportements et attitudes basés sur les valeurs de l'établissement. Il permet ainsi d'assurer un haut niveau de qualité dans l'offre de soins et de services.
Visée motivationnelle (approche psychosociale) *Engagement* (n=7)	Ce code d'éthique établit les normes de comportement attendues de la part de tous les employés du CIUSSS, des professionnels de la santé et des services sociaux, des médecins résidents, des étudiants de médecine, des autres stagiaires de la santé et des bénévoles. Ces normes témoignent de notre engagement à agir de façon respectueuse et professionnelle dans l'exercice de nos fonctions respectives.
Visée réflexive (approche philosophique) *Réflexion* (n=3)	Le Code s'applique à chaque personne qui contribue à la réalisation de la mission. Il énonce les pratiques et conduites attendues de toutes ces personnes œuvrant dans l'organisation à l'endroit des usagers (dans le cadre de ses fonctions ou hors de ses fonctions). Il se veut également un outil constructif et continu de réflexion et de sensibilisation, qui favorise le développement d'une éthique individuelle et collective.
Visée décisionnelle (approche d'éthique appliquée) *Prise de décision* (n=2)	La prise de décision est partagée et raisonnée : nos décisions sont fondées sur le dialogue, les pratiques probantes et les données factuelles. Elles valorisent les savoirs professionnels et les savoirs découlant de l'expérience acquise pour une compréhension juste et transparente des réalités. Elles tiennent compte des préoccupations des citoyens, incluant les personnes qui ont moins de facilité à participer au dialogue public.
Visée non précisée (n=2)	

Nous constatons que deux catégories de visée des codes d'éthique prédominent; une première catégorie de codes d'éthique veut servir à guider (n=7; 33,3%) tandis que l'autre compte sur la motivation des personnes à poser des actions (n=7; 33,3%). Ensuite, les codes d'éthique visent dans une moindre mesure à susciter la réflexion (n=3; 14,3%), et finalement à soutenir la prise de décision (n=2; 9,5%). Certains codes d'éthique ne précisent pas clairement l'objectif qu'il vise à atteindre (n=2; 9,5%).

Analyse des cadres éthiques

Cette section présente l'analyse des huit cadres éthiques repérés; rappelons que ce type de document vise à promouvoir des comportements et des pratiques qui respectent l'éthique ainsi que de soutenir la réflexion et la prise de décision (Agrément Canada). Elle comprend trois parties. D'abord, la partie un présente le contenu des cadres éthiques qui vient mettre en évidence les aspects jugés importants par les établissements. La partie deux quant à elle illustre les théories éthiques mobilisées. Finalement, la troisième partie énonce les processus décisionnels qui sont mis de l'avant dans l'organisation.

Très peu de CISSS-CIUSSS ont rendu disponible leur cadre éthique (n=9; 40,9%); nous constatons d'ailleurs que de manière générale, ces derniers ne s'adressent pas vraiment aux usagers, ce qui explique peut-être ce résultat. Les cadres se distinguent nettement des codes d'éthique en ne reprenant pas les droits des usagers dans leur contenu. De quoi traitent en général les cadres éthiques? Ils précisent notamment les assises conceptuelles et les principes éthiques et quelles sont les différentes sphères d'activités couvertes dans l'établissement. Les cadres viennent circonscrire les sphères de l'éthique couvertes dans l'établissement, par ordre d'occurrence : la recherche, l'éthique clinique, la gouvernance, et en moindre importance; à occurrence similaire : la gestion des ressources, la gestion des deniers publics, la gestion du personnel, la culture et l'environnement de travail, les activités académiques et l'enseignement. Ils donnent les informations quant aux structures éthiques mises en place ainsi que les modalités pour avoir accès à celles-ci et aux formes de soutien offert. Les stratégies de mise en œuvre ainsi que les programmes de formation y sont parfois mentionnées. On retrouve également un amalgame d'autres concepts qui ne sont pas d'ordre éthique, par exemple la philosophie de gestion de l'établissement, l'encadrement règlementaire (incluant le code d'éthique). Le cadre est parfois intégré au cadre conceptuel de la gestion de la qualité et des risques. L'éthique est aussi parfois associée aux normes plutôt qu'aux valeurs comme dans l'exemple : « Le [nom de l'établissement] accorde une place importante aux normes concernant l'éthique telle que formulée par Agrément Canada ». Ou encore : « Ainsi, le cadre de référence en éthique s'appuie sur une structure organisationnelle ainsi que sur des règlements, codes, politiques et procédures, le tout associé à un système de gestion permettant à tous d'acquérir les attitudes, comportements, connaissances et compétences nécessaires en matière d'éthique ». Le cadre éthique sert parfois de rappel pour insister sur les éléments normatifs valorisés par l'établissement.

Sur quels fondements s'appuient les énoncés descriptifs de l'éthique contenues dans les cadres? Quelle est la conception de l'éthique que les CISSS-CIUSSS préconisent? Nous constatons la variété des assises conceptuelles à la base des cadres éthiques des CISSS-CIUSSS.

Certains établissements, avec le principisme, reprennent ainsi les assises conceptuelles issues de l'éthique de la recherche qui a une plus longue historique de pratique dans les établissements. Pour d'autres cadres, il y a une juxtaposition de cadres conceptuels différents, lesquels n'ont pas tous une origine éthique, notamment l'approche déontologique, illustrant ainsi la coexistence de l'autorégulation et hétérorégulation. Une partie significative des cadres éthiques (n=8; 88.9%), est consacrée à la prise de décision contextualisée visant la résolution de dilemmes éthiques. Toutefois, le processus pour arriver à une prise de décision varie. Sur quelles théories éthiques ces processus décisionnels s'appuient-ils, si tel est le cas?

Tableau 12 : Assises conceptuelles des cadres[3]

Assises conceptuelles des cadres (n=9)	
Principes éthiques	***Précisions***
Approche déontologique (n=2)	Respect des règles, politiques, lois et autres textes prescriptifs. Aucune référence citée.
Principisme (74) (n=2)	Bienfaisance/Non malfaisance/Autonomie/Justice.
Approche casuistique (n=1)	Approche qui combine une approche déontologique (basée sur des règles) et une approche téléologique (accent sur les conséquences des actions). Aucune référence citée.
Assise non précisée (n=1)	
Éthique appliquée basée sur les valeurs. Approche Legault (49) (n=1)	Approche basée sur le dialogue et une analyse des impacts qui peuvent être justifiés auprès de toutes les parties prenantes impliquées dans la situation.
Integrated Ethics (75) (n=1)	Amélioration continue de la qualité éthique dans une organisation.
Modèle conceptuel basé sur 3 composantes : *co-construction* (76,77), *médiation* (78), et *facilitation* (79) (n=1)	*Co-construction* = reconnaissance et mobilisation des savoirs, pointe de vue et expériences d'un groupe; *Médiation* = Vise la résolution de conflit; *Facilitation* : Encadrer la démarche de réflexion éthique et de prise de décision.
Principes dont la source n'est pas indiquée (n=1)	Principes basés sur le respect, la confiance, la collaboration et la communication.
Stratégie *Hub & Spokes* (80) (n=1)	Principes d'intégration, de viabilité et de responsabilité permettant de créer un climat éthique dans une organisation.
Triangle de l'éthique (81) (n=1)	Le JE qui représente les soignants impliqués dans une décision et dans sa mise en œuvre/Le TU qui représente l'usager et sa famille/Le ILS qui représente l'ensemble de la société.
Modèles décisionnels	***Précisions***
Grille d'analyse des situations et prise de décision[4] (82,83) (n=2)	Quatre étapes : identifier le dilemme éthique sous-jacent/Recueillir les informations pertinentes/Analyser les informations dans le contexte du dilemme/Prioriser les recommandations et formuler un argumentaire qui les soutient.
Modèles décisionnels	**Précisions**
Modèle ISSUE (84) (n=2) (version francisée)[5]	Six étapes : Identifier l'enjeu et le processus de prise de décision/Apprécier les faits/Sélectionner les options raisonnables/Comprendre les valeurs et responsabilités/Évaluer et justifier les options/Soutenir et revoir le plan.
Aucun modèle décisionnel (n=2)	
A4R (*Accountability for reasonableness*) (85-88)[6] (n=1)	Validation d'une prise de décision éthique : *Relevance* /publicity / revision /empowerment /enforcement.
Approche Legault (49) (n=1)	Critères de validation d'une prise de décision en toutes circonstances : l'exemplarité, la réciprocité et l'impartialité.
Ethical framework for long term care (89) (n=1)	Validation d'une prise de décision clinique afin d'en valider le caractère bienveillant.
Formation continue et soutien à la délibération éthique interdisciplinaire (90) (n=1)	À l'aide de la discussion de cas afin de guider la réflexion et le dialogue. Ce n'est pas clair si c'est un modèle décisionnel. Référence citée mais non disponible.
Grille de délibération éthique de Legault (49) (n=1)	Quatre étapes : Prise de conscience de la situation/Clarification des valeurs conflictuelles de la situation/Prise de décision éthique par la résolution rationnelle du conflit de valeurs dans la situation/établissement d'un dialogue réel avec les personnes impliquées.
Grille de délibération dont la source n'est pas indiquée (n=1)	Huit étapes : Identifier la question/Identifier les faits/Identifier l'option spontanée des délibérations/Identifier les valeurs/Préciser les enjeux/Identifier les alternatives/Revenir sur l'option spontanée/Prendre une décision (émettre un avis).
Modèle IDEAL (91) (décisions cliniques) (n=1)	Cinq étapes : identifier les faits/Déterminer les enjeux éthiques/Explorer les options/Agir et évaluer/Leçons apprises de l'expérience.
Modèle inspiré de trois méthodes (92-94) (n=1)	Six étapes : Identification de la problématique éthique /Questionnement éthique /Identification des points de repères /Identification des orientations possibles /Identification d'une orientation et justification / Mise en œuvre.
Modèle procédural de priorisation (87) (gouvernance et gestion) (n=1)	Prendre des décisions en groupe qui soient cohérentes, raisonnables, participatives, transparentes, accessibles, flexibles et ajustables.

Une majorité de cadres (n=7; 77,8%) contiennent des modèles qui proposent un processus décisionnel basé sur une approche éthique, tandis que les autres établissements (n=2; 22,2%), tout en mentionnant l'importance des décisions éthiques et de leur cohérence, n'ont aucun modèle décisionnel précis.

[3] Lorsque les références n'ont pu être trouvées dans une base de données, elles ont été reproduites telles qu'indiquées dans les documents des établissements.
[4] Les références dans les documents originaux étaient incomplètes; nous avons trouvé des références qui semblaient correspondre aux auteurs, date et sujet traité.
[5] Le document d'un établissement réfère au cadre de référence d'un autre établissement en mentionnant que ce dernier a résumé et francisé le modèle ISSUES dans son cadre de référence. L'établissement concerné ne cite pas sa source.
[6] Les références dans les documents originaux étaient incomplètes; nous avons trouvé des références qui semblaient correspondre aux auteurs, date et sujet traité.

Analyse des codes de conduite

Une minorité d'établissements (n=2; 9,5%) a élaboré un code de conduite en plus d'avoir un code d'éthique. Dans les deux cas, il s'agit d'un court document s'adressant spécifiquement aux intervenants et visant à préciser pour chacune des valeurs organisationnelles les attentes comportementales qui sont attendues d'eux. Nous y retrouvons les actions clés sous chacune des valeurs de l'organisation. La visée des codes est de mettre certains comportements de l'avant fondés sur les valeurs organisationnelles afin de développer une culture organisationnelle représentative des membres de l'organisation, et maintenir un climat de travail harmonieux.

Lorsque nous comparons ces codes de conduite avec les codes d'éthique des établissements concernés, nous constatons que les attentes comportementales des codes de conduite sont reliées aux valeurs, alors que dans le cas des codes d'éthique, elles sont plutôt reliées aux droits des usagers. Ces attentes sont moins nombreuses dans les codes de conduite. Elles sont de l'ordre des conduites (autorégulatoire) pour une forte majorité dans les deux documents (80% des énoncés). Aucune mention n'a trait aux droits des usagers et à leurs responsabilités ou à toutes autres informations, ces documents ne leur étant pas destinés.

Analyse de la charte des valeurs

Deux établissements ont rédigé un document intitulé « charte des valeurs ». Pour un de ceux-ci, il est précisé qu'il fait office de code d'éthique; il a donc été analysé avec ceux-ci. Donc, un seul établissement (n=1; 4,8%) a élaboré une charte des valeurs en surcroît de son code d'éthique. Il ressemble essentiellement aux codes de conduite, en ce sens qu'il reprend les valeurs organisationnelles et y précise pour chacune d'entre elles les attentes comportementales de l'organisation à l'endroit des intervenants. Ce document leur est d'ailleurs exclusivement destiné. On constate que les attentes sont majoritairement de l'ordre des conduites (autorégulatoire) (65% des énoncés), mais dans une proportion moindre que pour les codes de conduite. La visée de la charte n'est pas précisée.

DISCUSSION

La discussion se répartie en quatre sections. La première partie fait un retour sur la question de recherche; la deuxième partie statue sur la place de l'éthique dans les CISSS-CIUSSS; la partie trois compare les résultats de la recherche avec d'autres études similaires; et la dernière partie parle des forces et limites de l'étude.

Retour à la question et l'objectif de l'étude

La question à l'origine de la présente étude était la suivante : *Comment l'éthique clinique et organisationnelle est-elle conceptualisée et régulée dans les CISSS-CIUSSS du Québec? Est-ce une éthique de nature autorégulatoire ou hétérorégulatoire?* Pour répondre à cette question et atteindre cet objectif, nous avons fait une recension des documents mis à la disposition du grand public sur les sites web de ces établissements, afin d'analyser principalement les codes d'éthique, les cadres éthiques, les codes de conduite et chartes de valeurs. Tandis que la section précédente a colligé les résultats des analyses des documents que nous avons recensés, celle qui suit apporte une réponse au questionnement initial.

Place de l'éthique clinique et organisationnelle dans les CISSS-CIUSSS

Les résultats colligés nous permettent de mettre en évidence cinq principaux constats qui sont développés dans cette section, à savoir :

1) La contrainte de la loi oriente le contenu des codes d'éthique vers l'hétérorégulation;
2) La structure et la visée des codes d'éthique diffèrent selon les établissements;
3) Le rôle que jouent les valeurs n'est pas clairement explicité;
4) Les cadres éthiques sont teintés par la déontologie professionnelle;
5) Les codes d'éthique, cadres éthiques, codes de conduite et chartes des valeurs présentent une confusion conceptuelle.

En premier lieu, l'énoncé enchâssé dans la LSSS précisant le contenu des codes d'éthique oriente d'emblée celui-ci vers un contenu à caractère juridique, voire déontologique au sens de la déontologie professionnelle. L'analyse des principaux segments de cet énoncé, basé sur le cadre conceptuel et le codage des données en appui à cette étude (Tableaux 1 et 2), nous permet de formuler les constats suivants :

- *« Tout établissement doit se doter d'un code d'éthique »* : le législateur se pose ainsi comme une autorité qui dicte les décisions et les actions à réaliser par les établissements;
- *« qui indique les droits des usagers »* : cette référence aux droits renvoie explicitement à un aspect légal;
- *« et les pratiques et conduites attendues des employés »* : le législateur exige que les établissements explicitent ce qu'ils attendent de leurs employés en termes de comportement, traduisant ainsi une conception de régulation et de contrôle des comportements. De surcroît, ces pratiques et conduites attendues doivent trouver leur source dans les droits des usagers, et non dans les valeurs partagées.
- *« Ce code d'éthique doit également prévoir les règles d'utilisation des renseignements… »* : le législateur communique aux établissements les règles auxquelles il s'attend qu'ils se conforment.

Cet énoncé descriptif de code d'éthique du MSSS jette les bases d'une description à caractère déontologique, traduisant ainsi une conception de régulation et de contrôle. Ce qui a comme conséquence d'orienter le contenu des documents en ce sens et laisse très peu de marge de manœuvre aux établissements quant à son contenu. Ces attentes très normées font en sorte que, quoique la LSSSS fasse référence à un code d'éthique, il s'apparente beaucoup plus à un code des conduites à suivre, voire à un code déontologique. Les CISSS-CIUSSS présentent un niveau de conformité très élevé (Tableau 4) par rapport à ce contenu obligatoire. Ainsi, la teneur de cet énoncé influence directement les codes d'éthique des établissements vers la déontologie professionnelle, celle-ci se situant au pôle hétérorégulatoire du continuum hétérorégulation-autorégulation. Nous observons toutefois que malgré le fait que le contenu obligatoire des codes soit spécifié et que le niveau de conformité des établissements soit élevé, certains établissements ne s'y conforment pas nécessairement à tous les points de vue. Par exemple, en ce qui concerne les droits des usagers, tous les droits énoncés dans la LSSSS et la loi sur les soins de fin de vie ne se retrouvent pas dans tous les codes. Certains établissements prennent une distance de ce qui est prescrit, malgré le caractère hétérorégulatoire et l'attente de conformité du législateur.

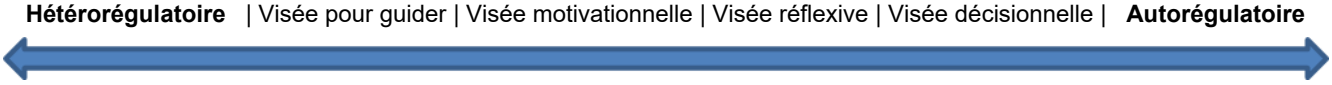
Concernant les conduites et pratiques attendues, la distinction conceptuelle de notre cadre sur les notions de comportement et de conduite, nous a permis de dégager le fait que les CISSS-CIUSSS ont tenté dans une large mesure d'atténuer l'exigence de conformité en adoptant un mode de régulation des comportements qui laisse une certaine marge de manœuvre décisionnelle aux intervenants par des énoncés qui leur sont adressés étant plus de l'ordre des conduites que de celles des comportements (Tableaux 7 et 9). Il est intéressant de noter un phénomène inverse concernant les usagers : la majorité des attentes signifiées sont de l'ordre des comportements laissant ainsi très peu de marge de manœuvre aux usagers qui doivent se conformer à ces exigences (Tableaux 8 et 9). De fait, les CISSS-CIUSSS adoptent des modes de régulation des comportements beaucoup plus prescriptifs envers les usagers qu'envers les intervenants.

De plus, l'analyse du contenu des codes d'éthique au-delà des exigences légales nous amène également à constater une tendance forte vers le pôle hétérorégulatoire. En effet, même libérés du contenu obligatoire, les établissements ajoutent du contenu visant une conformité normative ou légale en référant à des aspects, tels que des principes directeurs, les responsabilités des usagers, le processus de plaintes et la charte des droits et libertés ou le Code civil (Tableau 4). Certains ajouts n'ont pas de source légale, mais sont toutefois formulés sous forme de droits, calqués sur le modèle de la conformité légale, dans une sorte d'attente de conformité morale, par exemple le droit à la courtoisie, le droit au confort ou le respect des souhaits de l'usager. Cela confirme la prépondérance du droit dans la société (nous vivons en effet dans des sociétés de droits); les éléments pour lesquels on veut donner une importance empruntent une formulation normative (basée sur les normes attendues), plutôt qu'une formulation axiologique (basée sur les valeurs partagées). Le droit est toujours en arrière-plan pour protéger une composante importante de nos relations professionnelles et sociales en exigeant de la conformité. Pour le dire autrement, les établissements semblent croire qu'une formulation légale et contraignante aura plus d'efficacité pour atteindre l'objectif de protection qu'une formation éthique basée sur des valeurs partagées qui renvoient à la délibération éthique et la liberté responsable des personnes.

En deuxième lieu, les quatre différents types de visée poursuivie par les codes d'éthique nous renseignent davantage sur la tendance hétérorégulatoire de ceux-ci (Tableau 11 et Figure 4). Il est possible de faire le lien entre les visées des codes d'éthique et leur nature plus ou moins autorégulatoire et hétérorégulatoire. La visée qui se situe le plus à l'extrême du continuum de l'hétérorégulation est la visée pour guider : des attentes et des normes sont précisées par l'autorité externe (ici un CISSS ou CIUSSS), et l'intervenant doit jauger son comportement à la lumière de celles-ci afin d'évaluer si son comportement répond effectivement aux attentes signifiées : « *Combiné aux compétences techniques, aux connaissances et à l'expertise, ce code d'éthique représente la norme qui encadrera nos actions et nos comportements pour une prestation de soins de santé de la plus haute qualité* ». Vient ensuite vers le pôle hétérorégulatoire la visée motivationnelle; l'organisation souhaite favoriser l'engagement des personnes envers la mission et les valeurs de l'établissement et que ceux-ci s'y conforment : « *Chacun est donc tenu de s'approprier les valeurs qui y sont définies et d'adopter les conduites appropriées dans un esprit de libre choix et de respect de la communauté dont il fait partie* ».

Les deux autres visées des codes d'éthique se situent au pôle de l'autorégulation. D'abord vient la visée réflexive : l'intervenant est invité à prendre une distance par rapport aux situations rencontrées et à réfléchir à celles-ci : « *En ce sens, le code d'éthique devient un outil vivant et évolutif. Il invite à réfléchir ensemble, à apprendre et à devenir meilleurs collectivement. Il nourrit notre réflexion et inspire un bien-agir dans notre quotidien* ». Et finalement, la visée décisionnelle se situe le plus au pôle autorégulatoire car la prise de décision s'appuie sur les valeurs présentes dans la situation. L'intervenant assume sa prise de décision par lui-même en pondérant les valeurs en cause pour décider de ce qui est le mieux à faire dans les circonstances. Par exemple dans cet extrait d'un code d'éthique : « *Nous voulons que ce guide : contribue à la vie éthique de l'établissement; nous incite à nous questionner sur le sens profond de la mission à laquelle nous nous sommes engagés; nous soutienne au quotidien dans notre réflexion et nous aide à prendre les meilleures décisions* ». Les quatre visées des codes d'éthique ont été positionnées sur le continuum hétérorégulation-autorégulation dans la figure qui suit.

Figure 4 : Visée des codes d'éthique sur un continuum hétérorégulation/autorégulation



Ces différents exemples illustrent le positionnement des établissements quant à la marge de manœuvre ou non qu'elles laissent aux intervenants. Plus la visée du code d'éthique reflète une approche autorégulatoire, plus celle-ci laisse de la latitude aux personnes.

Une majorité de CISSS-CIUSSS (66,7%) poursuivent un objectif qui vise soit à guider ou motiver les intervenants à partir de critères qu'ils ont préalablement définis. Ils invitent ainsi les intervenants à évaluer leur comportement à la lumière des énoncés de pratiques attendues, ou encore à être motivés à adhérer aux valeurs organisationnelles, comme dans l'exemple : « *Nous voulons que ce guide puisse soutenir l'enracinement des valeurs choisies dans nos comportements et nos actions* ». De manière concrète, il est difficile de voir comment les éléments qui guident et qui motivent se traduisent dans les actions des intervenants. Parce que ces deux types de visée concernent des attentes de conformité des intervenants aux pratiques attendues, ils se situent donc au pôle hétérorégulatoire. Conséquemment, une minorité d'établissements ont des visées dans leur code d'éthique qui traduisent une approche autorégulatoire en faisant la promotion de la réflexion éthique individuelle et collective ainsi que de la prise de décision autonome, sans imposer d'emblée des normes et des règles à suivre. Cette posture est en contradiction avec la définition de l'éthique énoncée par le MSSS comme étant une réflexion sur les actions humaines (95). La marge de manœuvre laissée aux intervenants est beaucoup plus significative dans une perspective éthique puisque les personnes peuvent réfléchir de manière autonome aux situations rencontrées ou encore prendre une décision qu'elles auront délibérée de manière individuelle ou avec les personnes concernées par la situation. Mais peu de CISSS-CIUSSS semblent prêts à laisser cette marge de manœuvre aux intervenants et à délaisser le cadre hétéronormatif qui prévaut majoritairement dans les façons de faire, comme si c'était un risque trop grand à prendre.

En troisième lieu, examinons la place des valeurs dans les codes d'éthique. Le nombre de valeurs organisationnelles est optimal pour une majorité de CISSS-CIUSSS; une sélection a donc été réalisée afin de choisir celles qui faisaient le plus de sens pour les organisations. Toutefois, le concept de valeurs au sens axiologique n'est pas clair ni partagé, tel que précisé dans le cadre conceptuel. Les valeurs affichées par les CISSS-CIUSSS ne correspondent pas, pour plus de la moitié d'entre eux, à un idéal étant à la base de la raison d'agir qui pousse un individu à passer de la décision à l'acte et qui lui donne un sens pour soi et pour les personnes impliquées dans la prise de décision. Ce qu'on veut mettre de l'avant passe parfois sous le couvert d'une valeur en fonction de la vision de l'établissement, comme la performance ou la responsabilisation. Les valeurs sont énumérées, mais le rôle qu'elles jouent au quotidien n'est pas explicite, que ce soit dans la motivation à agir ou dans le processus de prise de décision.

Quatrièmement, les cadres éthiques visent un public plus restreint que les codes d'éthique, car ils ne s'adressent pas aux usagers et à leurs proches pour leur très grande majorité. Ces cadres précisent entre autres les modalités d'accès aux services de soutien en éthique dont peuvent bénéficier les intervenants. Les cadres font également les frais d'un énoncé descriptif à caractère légal et déontologique proposée par Agrément Canada qui est l'organisme accréditeur externe pour les établissements du RSSS. Une analyse similaire de cet énoncé à celle réalisée pour les codes d'éthique nous amène à constater les points suivants :

- *« Un cadre d'éthique contribue à faire la promotion de comportements et de pratiques qui respectent les règles d'éthique partout dans l'organisme »* : l'autorité externe (ici Agrément Canada) énonce une attente de conformité marquée par l'expression « respect des règles ». Le fait d'y accoler le mot « éthique » ne diminue en rien l'attente de conformité, et contribue à la confusion conceptuelle entre déontologie et éthique;
- *« Le cadre peut englober des codes de conduite, des lignes directrices, des processus et des valeurs pour aider à la prise de décisions »* : trois des quatre éléments suggérés relèvent de normes, tandis qu'un seul (les valeurs) a une référence axiologique, accentuant d'autant l'aspect hétérorégulatoire.

Puisque les cadres éthiques précisent la vision qu'a un établissement par rapport à l'éthique, nous nous sommes intéressés aux théories éthiques sur lesquelles se basent les cadres. Nous avons remarqué l'influence des principes éthiques à la base de l'éthique de la recherche, qui s'appuient sur le principisme. Les processus de prise de décision sont basés sur des théories éthiques pour une majorité des CISSS-CIUSSS (75%) et font partie de l'accompagnement possible par les instances éthiques des établissements.

Cinquièmement, les quatre types de documents étudiés présentent une confusion conceptuelle. Le terme code « d'éthique » a en fait peu de référence à l'éthique et aux valeurs et met plutôt l'emphase sur des éléments légaux (droits, articles de lois, etc.). Les cadres éthiques, quoique teintés par un énoncé descriptif à caractère déontologique, amènent une certaine marge de manœuvre dans leur contenu, et se distancent un peu plus d'un contenu normatif. Quant aux codes de conduite et chartes de valeurs, aucun énoncé descriptif d'un organisme reconnu n'a pu être trouvé. Leur contenu est similaire quoique leur appellation diffère. Ce que semble amener ces codes de conduite et chartes des valeurs par rapport à leur code d'éthique est de relier les attentes comportementales aux valeurs organisationnelles plutôt qu'aux droits des usagers. Ce faisant, nous remarquons que ces attentes sont moins prescriptives, laissent plus de marge de manœuvre aux intervenants en énonçant des conduites générales qui se rapprochent plus du pôle autorégulatoire.

Pour conclure, les CISSS-CIUSSS se retrouvent dans un dilemme entre une attente de conformité aux normes édictées par le MSSS et Agrément Canada qui délivrent les accréditations obligatoires pour les établissements du RSSS (67, art. 107.1), et une réalité où ces mêmes normes rencontrent parfois des limites dans leur capacité à guider la prise de décision face à certaines situations particulières où certaines normes entrent en conflit entre elles. Nous observons que la centralisation des pouvoirs qu'a induite la réforme Barrette a eu des répercussions inévitables sur les CISSS-CIUSSS avec un renforcement du

modèle « *command and control* ». La place de l'éthique, dans les CISSS-CIUSSS, basée sur les documents rendus accessibles au grand public, nous apparait marginale car une grande place est donnée à l'hétérorégulation. Bien entendu, il faudra aller voir dans quelle mesure cette analyse se reflète concrètement sur le terrain.

Comparaison avec les résultats d'études similaires

Le groupe de recherche Ethos, alors dirigé par Pierre Fortin a réalisé une recherche (1993-1996) qui visait à mieux comprendre l'éthique professionnelle via l'étude des instruments utilisés par les établissements, notamment les codes d'éthique, chartes et codes de déontologie (96). À cette époque, la LSSSS nouvellement entrée en vigueur amenait l'exigence aux établissements d'élaborer un code d'éthique, notamment parce que les droits des usagers n'étaient pas tous respectés (25). Il ajoute : « Celui-ci [le législateur] espérait que, par cette obligation, l'éthique vienne à la rescousse du droit pour favoriser un meilleur respect des droits des citoyennes et des citoyens (25, p.103) ». Georges-Auguste Legault, chercheur principal du groupe de recherche Ethos, concluait que l'imposition de contenus obligatoires par le législateur diminue la marge possible de l'autorégulation (96). Force est de constater que le contexte a peu changé en 30 ans, car il ajoute : « La tendance la plus forte dans la société nord-américaine est d'utiliser les codes de déontologie et les codes d'éthique davantage comme mode d'hétérorégulation que comme mode d'autorégulation. » (97, p.145)

Cela dit, malgré cette tendance toujours lourde de l'hétéronormativité encore présente dans le RSSS, les CISSS-CIUSSS tentent de s'en affranchir en faisant preuve d'une certaine créativité. Il y a un effort manifeste pour faire une place plus importante aux valeurs ainsi que faire une plus grande place à l'éthique et pas seulement au droit. Par exemple, dans certains codes d'éthique, dans les codes de conduite et la charte de valeurs, les attentes comportementales sont reliées aux valeurs organisationnelles et non aux droits des usagers. Ce qui a comme impact d'amener plus d'autorégulation, car la conduite est alors un moyen pour actualiser une valeur, et non un moyen pour respecter un droit. De plus, les cadres éthiques se démarquent en mobilisant des théories éthiques et des modèles décisionnels qui intègrent des valeurs, mais ces documents demeurent peu nombreux et font ainsi figure d'exception.

Forces et limites de l'étude

Cette recherche présente une analyse détaillée des principaux documents liés à l'éthique qui sont produits par les CISSS-CIUSSS qu'ils rendent accessibles au grand public, soit leurs codes d'éthique, cadres éthiques, codes de conduite et charte de valeurs. Elle permet de jeter un premier regard sur la place qu'occupe l'éthique dans ces établissements, et la nature des modes de régulation des comportements en les situant sur un continuum d'hétérorégulation et d'autorégulation. Aucune autre étude n'avait effectué cet exercice depuis la réforme de 2015.

L'autrice principale tient à préciser qu'elle détient un vécu expérientiel sur le sujet de l'étude du fait de sa précédente fonction à titre de responsable de l'éthique d'un CIUSSS (2015-2022), ce qui a nourri sa réflexion actuelle. En ce sens, il s'agit d'une force, car celle-ci détient un savoir terrain du sujet de la recherche. Cela dit, pour éviter l'influence de possibles biais lors de l'analyse des documents, des discussions avec des personnes plus neutres ainsi qu'avec ses co-directeurs de thèse ont été réalisées. De plus, une place a été faite aux données de nature quantitative. Une limite importante à considérer est que les documents en éthique ne sont pas nécessairement tous disponibles au grand public, notamment les cadres éthiques. Le fait de ne pas les retrouver sur le site web d'un établissement ne veut pas dire qu'ils n'ont rien rédigé à cet effet. Cette recherche ne saurait prétendre conclure sur la place de l'éthique dans les CISSS-CIUSSS par ce seul regard externe : aucun document ne peut traduire à lui seul comment se vit l'éthique dans ces organisations.

CONCLUSION

La recherche a permis de mettre en lumière la prépondérance des formes de régulation de nature hétérorégulatoire dans les CISSS-CIUSSS, établissements fortement influencés par les exigences des organismes de surveillance. Quoique les CISSS-CIUSSS tentent de faire une place aux valeurs organisationnelles, le rôle de celles-ci n'est pas toujours explicite. En évacuant ce qui constitue l'essence même de l'éthique, soit sa dimension réflexive, critique et autorégulatoire, le risque de marginalisation de l'éthique par la prépondérance du droit (hétéronome) est de fait bel et bien présent (25,97,98). Toutefois, dans les CISSS-CIUSSS, il semble y avoir des tensions entre leur volonté de mettre l'éthique de l'avant et les nombreuses exigences légales, rendant cet exercice difficile compte tenu des différences qui se présentes entre l'éthique et le droit (50).

Ce premier regard basé sur les documents publics ne permet pas de conclure de manière définitive sur la place d'une éthique autorégulatoire dans les CISSS-CIUSSS. C'est pourquoi il est prévu une deuxième phase à cette recherche, soit de discuter avec les personnes impliquées en éthique dans les CISSS-CIUSSS. Il sera intéressant de valider quelles sont les approches qui sont mises de l'avant par les organisations : une approche hétérorégulatoire uniquement, ou autorégulatoire seulement, ou encore une combinaison des deux? Ou peut-être de nouvelles tendances telle que l'éthique vivante (*living ethics*) (99)? Ces échanges pourront amener un éclairage plus près de la réalité vécue par les intervenants et nous permettront de vérifier s'il y a des tensions entre l'éthique et le droit, ainsi qu'apprécier de manière plus approfondie la place de l'éthique au quotidien.

Reçu/Received: 16/3/2024
Publié/Published: 2/12/2024

Remerciements
Nous remercions chaleureusement le Club d'écriture du département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour leurs commentaires pertinents et constructifs dans l'amélioration de l'article.

Acknowledgements
Our warmest thanks to the Department of Occupational Therapy Writing Club at the Université du Québec à Trois-Rivières for their pertinent and constructive comments in improving the article.

Conflits d'intérêts
L'auteure principale a été responsable de l'éthique d'un CIUSSS.

Conflicts of Interest
The lead author was responsible for ethics of a CIUSSS.

Édition/Editors: Aliya Affdal
Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Dany Rondeau & Joé T. Martineau
Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

REFERENCES

1. Ministère de la santé et des services sociaux. Direction de l'éthique et de la qualité. Aperçu de l'éthique en santé et services sociaux; 2019.
2. Desrosiers G, Gaumer B. Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé du Québec contemporain: une histoire tourmentée. Ruptures, revue transdisciplllinaire en santé. 2004;10(1):8-20.
3. Gagnon F, Martin E, Morin M-H. Le système de santé et de services sociaux au Québec. Territorialité et santé des populations.: Presses de l 'Université du Québec; 2023.
4. Roy DA, Litvak E, Paccaud F. Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé. Montréal, QC: Éditions du Point; 2010.
5. Bélanger J-P, Gendron J-L. De la Commission Castonguay à la Commission Rochon… Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec. Service social. 1992;41(2):49-70.
6. Arweiler D, Bégin C, Bergeron P, et al., éditeurs. Le système de santé québécois. Un modèle en transformation. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018.
7. Baillargeon N. La santé malade de l'austérité : Sauver le système public... et des vies! Pointe Calumet: M. Éditeur; 2017.
8. Leblanc I. Pour un régime public. Dans : Baillargeon N, éditeur. La santé malade de l'austérité Sauver le système public et des vies! Pointe Calumet : M Éditeur; 2017.
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Réforme du réseau de la santé et des services sociaux Québec - « Notre objectif est simple : réduire la bureaucratie pour réinvestir dans les services directs aux patients » - Philippe Couillard; 29 septembre 2014.
10. Ministère de la santé et des services sociaux. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales; 9 février 2015.
11. Charest R. Capitalisme et santé: le cas de la réforme Barrette. Dans : Baillargeon N, éditeur. La santé malade de l'austérité : Sauver le système public et des vies! Pointe Calumet : M Éditeur; 2017. p. 131-42.
12. Benoit J. La réforme Barrette : cap sur le privé en santé. Relations. 2015;781:35-7.
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Portrait organisationnel du réseau; 2019.
14. Québec propose une réforme majeure du système de santé. Le téléjournal. Radio-Canada. 25 septembre 2014.
15. Bourque D, Lachapelle R, Garant É, Ravet J-C, Caron C, Arpin-Simonetti E. Les ravages de la réforme Barrette. Relations. 2018;798:20-1.
16. Larocque L. Notre système de santé historique, diagnostic, remèdes. Dans : Baillargeon N, éditeur. La santé malade de l'austérité : Sauver le système public et des vies! Pointe Calumet : M Éditeur; 2017. p. 55-67.
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale du personnel réseau et ministériel. Structure organisationnelle et taux d'encadrement. Au fil de la réorganisation d'un réseau d'établissements à un réseau de services aux patients. 2015;1(15).
18. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Structures organisationnelles des CISSS et des CIUSSS. Au fil de la réorganisation d'un réseau d'établissements à un réseau de services aux patients. 2015;1(14).

19. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux; 2015.
20. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan stratégique 2019-2023; 2019.
21. Boisvert Y, Legault GA, Côté L, Marchildon A, Jutras M. Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manoeuvre accrue: clarification conceptuelle et aide à la décision. Rapport de recherche. Québec : Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor; 2003.
22. Rondeau D. Le développement du savoir éthique dans les organisations : Quel modèle privilégier? Dans : Bégin L, éditeur. Cinq questions d'éthique organisationnelle. Nota Bene; 2014. p. 65-99.
23. Rondeau D. Lieux et contextes de l'autorégulation en éthique. Éthica. 2007;16(2):9-23.
24. Roberts R. The rise of compliance-based ethics management implications for organizational ethics. Public Integrity. 2009;11(3):261-78.
25. Fortin P. L'enjeu des légitimations du code d'éthique par le législateur pour les services de santé et les services sociaux. Dans : Legault GA, éditeur. Enjeux de l'éthique professionnelle Tome II - L'expérience québécoise. Québec : Presses de l'Université du Québec; 1997. p. 73-103.
26. Racine L. L'éthique universitaire est mal partie. Université, 4(3). 1995. p. 1.
27. Parizeau M-H. Hôpital & éthique : rôles et défis des comités d'éthique clinique. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval; 1995.
28. Lacroix A, Marchildon A, Bégin L. Former à l'éthique en organisation. Une approche pragmatiste. Québec : Presses de l'Université du Québec; 2017.
29. Tremblay M, Martineau JT, Pauchant TC. Managing organizational ethics in the public sector: a pluralist contingency approach as an alternative to the integrity management framework. Public Integrity. 2017;19(3):219-33.
30. Brewer B, Leung JYH, Scott I. Value-Based Integrity Management and bureaucratic organizations: changing the mix. International Public Management Journal. 2015;18(3):390-410.
31. Martineau JT, Johnson KJ, Pauchant TC. The pluralist theory of ethics programs orientations and ideologies: an empirical study anchored in requisite variety. Journal of Business Ethics.142(4):791-815.
32. Weaver GR, Treviño LK. Compliance and values oriented ethics programs: influences on employees' attitudes and behavior. Business Ethics Quarterly. 1999;9(2):315-35.
33. Atkinson CL. Compliance Versus Ethical Capacity. Dans : Farazmand A, éditeur. Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance. Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 1-6.
34. Heywood PM. Integrity management and the public service ethos in the UK: patchwork quilt or threadbare blanket? International Review of Administrative Sciences. 2012;78(3):474-93.
35. Paine LS. Managing for organizational integrity. Harvard Business Review. 1994;72(2):106-17.
36. Menzel DC. Research on ethics and integrity in public administration: moving forward, looking back. Public Integrity. 2015;17(4):343-70.
37. Perlman BJ, Reddick C, Demir T. A compliance-integrity framework for ethics management: An empirical analysis of local government practice. Public Administration Review. 2023;83(4):823-37.
38. Maesschalck J. Approaches to ethics management in the public sector : a proposed extension of the compliance-integrity continuum. Public Integrity. 2004;7(1):20-41.
39. APEC Québec. L'éthique organisationnelle au Québec. Étude sur les pratiques et les praticiens des secteurs privé, public et de la santé.: Association des praticiens en éthique du Canada, Section Québec; 2010.
40. Bégin L, éditeur. Présentation. Dans : Cinq questions d'éthique organisationnelle. Montréal : Nota Bene; 2014. p. 5-14.
41. Legault GA. L'éthique organisationnelle: intervention ou sensibilisation? Dans : Boisvert Y, éditeur. L'intervention en éthique organisationnelle: théorie et pratique. Montréal : Liber; 2007. p. 33-55.
42. Abord de Chatillon E, Desmarais C. Le Nouveau Management Public est-il pathogène? Management International. 2012;16(3):10-24.
43. Stansbury J, Barry B. Ethics programs and the paradox of control. Business Ethics Quarterly. 2007;17(2):239-61.
44. Legault GA. L'intervention en éthique appliquée: enjeux théoriques et pratiques. Dans : Bégin L, Langlois L, Rondeau D, éditeurs. L'éthique et les pratiques d'intervention en organisation. Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval; 2015. p. 177-95.
45. Comité Plénier du CCNE. Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives. Avis 140; 2022.
46. Drolet M-J. De l'éthique à l'ergothérapie : la philosophie au service de la pratique ergothérapique. 2 ed. Québec : Presses de l'Université du Québec; 2014.
47. Legault GA. Autorégulation et hétérorégulation : un concept interdisciplinaire. Ethica. 2007;16(2):27-50.
48. Lacroix A. L'intervention en éthique : l'émergence d'un paradigme. Dans : Boisvert Y, éditeur. L'intervention en éthique organisationnelle : théorie et pratique. Montréal : Liber; 2007. p. 15-31.
49. Legault GA. Professionnalisme et délibération éthique. Manuel d'aide à la décision responsable. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec; 1999.
50. Drolet M-J, Ruest M, Verville F. De l'éthique à l'ergothérapie : un cadre théorique et une méthode pour soutenir la pratique professionnelle. 3 ed. Québec : Presses de l'Université du Québec; 2021.
51. Bigle P. Statut juridique des chartes éthiques. Économie et management. 2006;158.
52. Office québécois de la langue française. Vocabulaire de la prestation de services.
53. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Conduire.

54. Roy DJ, Baudouin J-L, Dickens BM, Williams JR. La bioéthique : ses fondements et ses controverses. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau pédagogique; 1995.
55. Voyer G. Qu'est-ce que l'éthique clinique? : essai philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne. Les Editions Fides; 1996.
56. Lacroix A. Quelle éthique pour quelle organisation? Dans : Bégin L, éditeur. Cinq questions d'éthique organisationnelle. Montréal: Nota bene; 2014. p. 15-64.
57. Fortin M-F, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. 3e édition. Montréal : Chenelière éducation; 2016.
58. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales; 2015.
59. Doucet H, Vinay P. L'éthique de la recherche : Guide pour le chercheur en sciences de la santé. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018.
60. Conseil de recherches médicales. Lignes directrices concernant la recherche sur des sujets humains. Ottawa: Conseil de recherches médicales du Canada; 1987.
61. Carvallo S, Alunni L, Bøgehus Rasmussen M, et al. Éthique de la recherche. Revue d'anthropologie des connaissances. 2020;13(2).
62. Boutin-Ganache I. Plaidoyer pour un élargissement des pratiques de l'éthique de la recherche. Les ateliers de l'éthique. 2007;2(2):52-61.
63. Gouvernement du Québec. Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics. c. M-30, r.1. 2023.
64. Gouvernement du Québec. Loi sur le ministère du conseil exécutif. 2023, 31 décembre.
65. Gouvernement du Québec. Code civil du Québec; 1991.
66. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing. 2008;62(1):107-15.
67. Ministère de la santé et des services sociaux. Loi sur les services de santé et les services sociaux. S-4.2; 2023.
68. Agrément Canada. Critère 1.7. 2017(Version 12).
69. Agrément Canada. Critère 1.8. 2017(Version 12).
70. Gendron C. Codes de conduite et nouveaux mouvements socioéconomiques : la constitution d'un nouvel ordre de régulation à l'ère de la mondialisation. Gestion. 2006;31(2):55-64.
71. Frydman B, Lewkowicz G. § 1. Les codes de conduite: source du droit global? Dans : Hachez I, et al., éditeurs. Les sources du droit revisitées - vol. 3. Bruxelles : Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles; 2012. p. 179-210.
72. OCDE. Inventaire des codes de conduite des entreprises, Groupe de travail du Comité des échanges. Organisation de coopération et de développement économiques. TD/WP(98)74/FINAL; 2000.
73. Gouvernement du Québec. Loi concernant les soins de fin de vie. s-32.0001; 2023.
74. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press; 2001.
75. Fox E, Bottrell MM, Berkowitz KA, Chanko BL, Foglia MB, Pearlman RA. IntegratedEthics: An innovative program to improve ethics quality in health care. Innovation Journal. 2010;15(2):8.
76. Deschênes B, Jean-Baptiste A, Matthieu É, Mercier A, Roberge C, St-Onge M. Guide d'implantation du partenariat de soins et de services: vers une collaboration optimale entre intervenants et avec le patient. Montréal : RUIS, Université de Montréal; 10 février 2014.
77. Bossé P, Morin P, Dallaire N. La délibération éthique : de l'étude de cas à la citoyenneté responsable. Santé mentale au Québec. 2006;31(1):47-63.
78. Legault GA. La médiation et l'éthique appliquée en réponse aux limites du droit. Dans : Legault G, Langlois L, Lacroix A, éditeurs. Colloque 603, les transformations du droit et la théorie normative du droit; ACFASé 2001.
79. Spranzi M. Le travail de l'éthique : décision clinique et intuitions morales. Bruxelles: Mardaga Supéreur; 2018.
80. MacRae S, Chidwick P, Berry S, et al. Clinical bioethics integration, sustainability, and accountability: the Hub and Spokes Strategy. Journal of Medical Ethics. 2005;31(5):256-61.
81. Boulianne S, Firket P. Aborder l'éthique en supervision clinique : approche en trois temps. Pédagogie Médicale. 2013;14(1, Supp).
82. Bereza E. An approach to ethical issues. Dans: Palliative Medicine: A Case-based Manual, 3rd ed. Oxford: Oxford Academic; 2012. p. 175-87.
83. Bereza E. Truth telling and family medicine. Dans : Jones R, Britten N, Culpepper L, et al., éditeurs. Oxford Textbook of Primary Medical Care. Oxford: Oxford University Press; 2004.
84. Frolic A, Flaherty B, Fung S, et al. Ethics framework: Overview. 2010
85. Daniels N, Sabin, J. Setting Limits Fairly: Can we Learn to Share Medical Resources? Oxford: Oxford University Press; 2002.
86. Daniels N, Sabin, J. The ethics of accountability in managed care reform. Health Affairs. 1998;17(5):50-64.
87. Gibson JL, Martin DK, Singer PA. Evidence, economics and ethics: resource allocation in health services organizations. Healthcare Quaterly. 2005;8(2):50-9.
88. Gibson J, Martin D, Swota A, Cooper A, Joglekar A. Communication of bed allocation decisions in a critical care unit and accountability for reasonableness. BMC Health Services Research. 2005;5:67.
89. Carter MW. Advancing an ethical framework for long-term care. Journal of Aging Studies. 2002;16(1):57-71.
90. Côté N. Évaluation des effets d'un programme de formation continue et de soutien à la délibération éthique interdisciplinaire: Université Laval; 2012.
91. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 5th ed. New York: McGraw Hill; 2002.

92. Cadoré B. L'éthique clinique comme philosophie contextuelle. Montréal : Fides; 1997.
93. Doucet H. L'éthique clinique : pour une approche relationnelle dans les soins. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal; 2014.
94. Bouthillier M-È, Roigt D, Farmer Y. La prise de décision en éthique clinique : perspectives micro, méso et macro. Québec : Presses de l'Université du Québec; 2013.
95. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction de l'éthique et de la qualité. Aperçu de l'éthique en santé et services sociaux; 2019.
96. Legault GA. Enjeux de l'éthique professionnelle. Tome II. L'expérience québécoise. Québec : Presses de l'Université du Québec; 1997.
97. Legault GA. Éléments de prospective. In: Legault GA, editor. Enjeux de l'éthique professionnelle Tome II - L'expérience québécoise: Presses de l'Université du Québec; 1997. p. 139-55.
98. Dunfee TW. The case for professional norms of business ethics. American Business Law Journal. 1987;25(3):386-406.
99. Racine E, Ji S, Badro V, et al. Living ethics: a stance and its implications in health ethics. Medicine, Health Care and Philosophy. 2024;27(2):137-54.

ANNEXE 1 — GRILLE D'ANALYSE DOCUMENTAIRE

SECTION : IDENTIFICATION DU DOCUMENT

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE DOCUMENT		
1	**Titre**	
	Année	
2	**Adoption**	
3	**Type de document**	
4	**Table des matières**	
5	**Nombre de pages**	
6	**Autre**	

CODAGE DES DONNÉES À CARACTÈRE AUTORÉGULATOIRE[7]

▪ **Provient de l'individu** ▪ **Dicte lui-même choix/actions/ conduites** ▪ **Engagement personnel/ promesse = source des conduites** ▪ **Motivation/désir/ adhésion**	**Donner un sens**	**Appel au jugement**	**Appel à la responsabilité**	▪ **Décision à partir des valeurs** ▪ **Prise de décision** ▪ **Valeurs coconstruites**	**Réflexion**
Énoncés					

SECTION : VALEURS

	VALEURS	DÉFINITIONS
	Définition générale ou texte d'introduction :	
1	*Valeur x*	*Définition*

SECTION : CONDUITES ATTENDUES DES INTERVENANTS

CONDUITES ATTENDUES DES INTERVENANTS — DESCRIPTION	
Les conduites attendues énoncent une finalité; elles comportent des éléments axiologiques qui guident l'action, et l'acteur décide du moyen à utiliser. Ce sont des actions générales.	
	Droit x
1	*Exemple de conduite*

CODAGE DES DONNÉES À CARACTÈRE HÉTÉRORÉGULATOIRE[8]

▪ **Établi et imposé de l'extérieur** ▪ **Autorité qui dicte décisions /actions**	**Maîtrise/ contrôle des comportements**	**Droit**	**Devoir/obligation**	**Code déontologie Code de conduite**	▪ **Conformité** ▪ **Respect des normes/ règles**	**Manquement Sanction**
Énoncés						

SECTION : DROITS DES USAGERS

	DROIT DES USAGERS	DÉFINITIONS
	Définition générale ou introduction :	
1	*Droit x*	
2		

[7] Préciser à qui s'adresse les énoncés : TOUS : **PERSONNEL :** USAGERS : ÉTABLISSEMENT : Commissaire aux plaintes **Comité des usagers :**

SECTION : CONDUITES ET COMPORTEMENTS ATTENDUS DES USAGERS

RESPONSABILITÉS / DEVOIRS DE L'USAGER ET DE SES PROCHES		DESCRIPTION	
		Conduites **Les conduites attendues énoncent une finalité; elles comportent des éléments axiologiques qui guident l'action, et l'acteur décide du moyen à utiliser. Ce sont des actions générales.**	**Comportements** **Les comportements attendus énoncent un moyen à utiliser; ils prescrivent une action concrète qui est mesurable. Ce sont des actions spécifiques.**
	Texte introductif :		
1	*Droit x*	*Énoncé de conduite*	*Énoncé de comportement*

SECTION : COMPORTEMENTS ATTENDUS DES INTERVENANTS

COMPORTEMENTS ATTENDUS DES INTERVENANTS — DESCRIPTION	
Les comportements attendus énoncent un moyen à utiliser; ils prescrivent une action concrète qui est mesurable. Ce sont des actions spécifiques.	
	Droit x
1	*Énoncé de comportement*

SECTION : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS POUR LES CONDUITES/COMPORTEMENTS ATTENDUS DES INTERVENANTS ET DES USAGERS

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS : CONDUITES ET COMPORTEMENTS ATTENDUS DES INTERVENANTS ET DES USAGERS			
	NOMBRE TOTAL D'ÉNONCÉS : ▪ **Section droits des usagers pour les intervenants** ▪ **Section responsabilités des usagers/proches**	**Conduites** Les conduites attendues énoncent une finalité; elles comportent des éléments axiologiques qui guident l'action, et l'acteur décide du moyen à utiliser. Ce sont des actions générales.	**Comportements** Les comportements attendus énoncent un moyen à utiliser; ils prescrivent une action concrète qui est mesurable. Ce sont des actions spécifiques.
INTERVENANTS	Nombre	Nombre **%**	Nombre **%**
USAGERS	Nombre	Nombre **%**	Nombre **%**

STRUCTURE, DISPOSITIFS ÉTHIQUES ET MÉCANISMES D'IMPLANTATION
Description des éléments pertinents mis en place par l'établissement au niveau de l'éthique.