

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL PAR LA MISE EN PLACE
D'UNE CULTURE ÉTHIQUE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE ÈS SCIENCES DE LA GESTION

PAR
ADZO ESEENAM GAMADEKU

MAI 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier vivement Nathalie Lemieux, ma directrice de mémoire qui a su m'accompagner tout au long de ce travail. Son suivi a été exceptionnel. Son engagement, sa disponibilité et ses retours m'ont énormément aidée et ont permis la réussite de ce travail.

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'appui financier du Programme canadien de bourses de la Francophonie, qui m'a octroyé une bourse dans le cadre du renforcement institutionnel des pays, dont mon pays, le Togo, fait partie. Cette bourse m'a permis non seulement de bénéficier la formation d'une prestigieuse école, mais aussi de visiter ce beau pays qu'est le Canada.

L'appui du ministère de la Santé et du CHU-SO n'a pas été vain. Grâce au médecin colonel directeur général de l'hôpital, monsieur Wiyooou Kpao Adom, qui a trouvé le sujet d'étude pertinent et a encouragé sa réalisation, les résultats de cette étude permettront de changer l'image de l'hôpital. Je remercie également, Messieurs Yawo Apélété Agbobli et Essotoma Beweli, respectivement directeur général du CHU Campus et directeur général de l'action sanitaire pour leurs apports constructifs.

À toi Ednam, mon époux et nos trois garçons Reeh, Tingha et Mehirey, je tiens à vous remercier d'avoir supporté mon absence loin de vous durant ma formation. Ma mère Atawa qui a gardé ma maison à mon absence, mon père Nicolas qui m'a supporté dans ses prières et mes frères et sœurs, je vous remercie.

DÉDICACE

À toi Éternel, Dieu vivant, je dédie ce travail
pour avoir permis sa réalisation.

TABLES DES MATIÈRES

| | |
|--|------|
| LISTE DES FIGURES | ix |
| LISTE DES TABLEAUX..... | x |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES..... | xi |
| RÉSUMÉ | xiii |
| INTRODUCTION | 1 |
| CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE..... | 3 |
| 1.1 L'organisation générale du ministère de la Santé et de la protection sociale..... | 4 |
| 1.2 Les fondements, la vision, les valeurs et les objectifs de la politique nationale de la santé (PNS)..... | 6 |
| 1.2.1 Les fondements de la politique nationale de santé..... | 7 |
| 1.2.2 La vision de la politique nationale de santé | 7 |
| 1.2.3 Les valeurs de la politique nationale de santé..... | 8 |
| 1.2.4 Les objectifs de la politique nationale de santé | 9 |
| 1.3 Les professions de la santé et leurs devoirs moraux..... | 10 |
| 1.3.1 Les professions de la santé..... | 10 |
| 1.3.2 Les devoirs moraux des professionnels de la santé | 10 |
| 1.4 La description du problème | 11 |
| 1.4.1 Le problème sur le plan national..... | 11 |
| 1.4.2 Le problème au centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio | 13 |
| 1.4.3 L'objectif de la recherche | 15 |
| CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE..... | 16 |
| 2.1 L'éthique..... | 16 |
| 2.1.1 Définition de l'éthique | 16 |
| 2.1.2 Les domaines et sujets d'étude de l'éthique | 17 |

| | | |
|--------------------------------|---|----|
| 2.1.3 | Le dilemme éthique/moral | 19 |
| 2.2 | Le comportement éthique | 22 |
| 2.2.1 | Le comportement éthique/non éthique et les variables organisationnelles | 23 |
| 2.2.2 | Le comportement éthique/non éthique et les variables individuelles | 24 |
| 2.3 | La culture organisationnelle | 25 |
| 2.3.1 | La définition de la culture organisationnelle | 25 |
| 2.3.2 | La culture éthique | 28 |
| 2.3.3 | Les valeurs éthiques dans le milieu de la santé..... | 28 |
| 2.4 | La gestion du changement culturel..... | 30 |
| 2.4.1 | La définition et les objectifs du changement | 30 |
| 2.4.2 | Le processus d'implantation d'une culture éthique : un programme éthique..... | 32 |
| 2.4.2.1 | Étape 1 : la formation..... | 35 |
| 2.4.2.2 | Étape 2 L'élaboration du contenu | 39 |
| 2.4.2.3 | Étape 3 Implantation et contrôle | 41 |
| 2.4.3 | La formation : une typologie des approches de formation à l'éthique ... | 42 |
| 2.4.4 | La communication et la diffusion des valeurs éthiques | 46 |
| 2.4.5 | Les mesures ou le contrôle de l'implantation | 48 |
| 2.4.6 | La gestion de la résistance | 51 |
| CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE..... | | 53 |
| 3.1 | Les enjeux éthiques | 53 |
| 3.2 | Le devis de la recherche | 54 |
| 3.2.1 | La méthode choisie : une recherche descriptive qualitative | 54 |
| 3.2.2 | Le type d'étude : une étude de cas | 55 |
| 3.2.3 | Le milieu de la recherche..... | 55 |
| 3.2.4 | La méthode et les instruments de collecte de données | 55 |
| 3.3 | L'échantillonnage | 56 |
| 3.3.1 | La population | 56 |
| 3.3.2 | L'échantillon | 57 |
| 3.4 | La collecte et l'organisation des données..... | 58 |
| 3.4.1 | La confidentialité et la sécurité des données..... | 58 |
| 3.4.2 | La collecte et le codage des données | 59 |
| 3.5 | L'analyse des données..... | 60 |

| | | |
|---|---|-----|
| 3.6 | Le CHU-SO, lieu de l'étude de cas | 61 |
| 3.6.1 | L'historique..... | 61 |
| 3.6.2 | La situation géographique et le statut juridique..... | 62 |
| 3.6.3 | La mission..... | 62 |
| 3.6.4 | La structure organisationnelle..... | 64 |
| 3.6.5 | Le personnel..... | 66 |
| CHAPITRE IV PRÉSENTATION DES RÉSULTATS..... | | 68 |
| 4.1 | L'éthique..... | 68 |
| 4.1.1 | La définition de l'éthique..... | 69 |
| 4.1.2 | Les comportements éthiques observés..... | 72 |
| 4.1.2.1 | Le respect de la dignité | 72 |
| 4.1.2.2 | La confidentialité | 73 |
| 4.1.2.3 | Le consentement | 74 |
| 4.1.2.4 | La bienfaisance | 75 |
| 4.1.2.5 | Autres comportements : l'honnêteté, la justice sociale, l'équité | 75 |
| 4.1.3 | Les comportements non éthiques présents au CHU-SO | 76 |
| 4.1.3.1 | Le programme d'aide aux malades (PAM)..... | 79 |
| 4.1.3.2 | La vente de médicaments et de service..... | 80 |
| 4.1.3.3 | Le racket des usagers | 82 |
| 4.1.3.4 | L'antipathie | 82 |
| 4.1.3.5 | Le vol | 84 |
| 4.1.3.6 | Le manque de disponibilité | 84 |
| 4.1.3.7 | Le non-respect du consentement..... | 87 |
| 4.1.3.8 | Le non-respect de la confidentialité..... | 88 |
| 4.1.3.9 | Le détournement des patients vers les centres privés | 89 |
| 4.1.3.10 | La durée d'attente longue..... | 89 |
| 4.1.3.11 | Le non-respect du code vestimentaire..... | 90 |
| 4.1.4 | Les causes des comportements non éthiques | 90 |
| 4.1.4.1 | Les variables organisationnelles | 92 |
| 4.1.4.1.1 | Un système de gestion inefficace..... | 92 |
| 4.1.4.1.2 | L'absence de formation ou de communication sur les valeurs éthiques | 95 |
| 4.1.4.1.3 | La surcharge du travail et l'insuffisance d'effectifs | 96 |
| 4.1.4.1.4 | La non-redevabilité | 97 |
| 4.1.4.1.5 | L'iniquité dans la rémunération | 99 |
| 4.1.4.1.6 | Le service | 100 |
| 4.1.4.1.7 | Le retard dans le paiement des salaires des nouvelles recrues.. | 100 |
| 4.1.4.1.8 | L'absence de médicaments à proximité..... | 102 |
| 4.1.4.1.9 | Insuffisance de local pour contenir les usagers..... | 102 |

| | | |
|------------|--|-----|
| 4.1.4.1.10 | Absence de dispositifs de communication et d'information..... | 103 |
| 4.1.4.1.11 | Un système de recrutement biaisé..... | 103 |
| 4.1.4.2 | Les variables socio-économiques et politiques..... | 104 |
| 4.1.4.3 | Les variables individuelles aux comportements non éthiques..... | 108 |
| 4.1.4.3.1 | L'ancienneté..... | 108 |
| 4.1.4.3.2 | La catégorie professionnelle | 113 |
| 4.1.4.3.3 | La personnalité..... | 118 |
| 4.1.4.3.4 | L'âge | 118 |
| 4.1.4.3.5 | Le niveau d'éducation sociale..... | 119 |
| 4.1.4.3.6 | Le genre | 120 |
| 4.1.5 | Les conséquences des comportements non éthique | 121 |
| 4.1.5.1 | Les conséquences sur les usagers de l'hôpital | 121 |
| 4.1.5.2 | Les conséquences sur les soignants | 121 |
| 4.1.5.3 | Les conséquences sur l'hôpital | 121 |
| 4.2 | Le changement : implantation de l'éthique au CHU-SO..... | 123 |
| 4.2.1 | Les conditions nécessaires au changement..... | 123 |
| 4.2.1.1 | La révision du système de recrutement..... | 124 |
| 4.2.1.2 | La révision du système de gestion | 125 |
| 4.2.1.3 | La réorganisation de l'hôpital | 126 |
| 4.2.1.4 | La mise en place de dispositifs de communication..... | 127 |
| 4.2.1.5 | La mise en place de dispositifs de surveillance | 128 |
| 4.2.1.6 | L'amélioration des conditions de travail..... | 129 |
| 4.2.1.7 | L'approvisionnement des services et de la pharmacie du CHU-SO en produits de soins..... | 130 |
| 4.2.1.8 | La révision des salaires | 131 |
| 4.3 | Le processus de changement | 131 |
| 4.3.1 | La phase de préparation du changement..... | 132 |
| 4.3.2 | La phase d'implantation : un système de redevabilité..... | 133 |
| 4.3.2.1 | L'édiction des textes | 133 |
| 4.3.2.2 | La révision du système d'évaluation..... | 136 |
| 4.3.2.3 | Les mesures incitatives : La motivation et les sanctions | 138 |
| 4.3.2.4 | Le recours des usagers | 140 |
| 4.3.3 | La phase du suivi de l'implantation du changement..... | 141 |
| 4.3.4 | Les activités de communication, de sensibilisation et de formation.... | 141 |
| 4.3.4.1 | La communication/sensibilisation | 141 |
| 4.3.4.2 | La formation..... | 143 |
| 4.3.5 | Le rôle des acteurs | 147 |
| 4.3.5.1 | L'implication de la direction..... | 147 |
| 4.3.5.2 | Le leadership de la direction et des chefs de service | 147 |

| | | |
|---|--|-----|
| 4.3.5.3 | Le rôle des organes de gestion | 150 |
| CHAPITRE V DISCUSSION | | 153 |
| 5.1 | L'éthique, le comportement éthique et non éthique, ses causes et ses conséquences..... | 154 |
| 5.1.1 | La définition de l'éthique..... | 154 |
| 5.1.2 | Le comportement éthique et non éthique..... | 155 |
| 5.1.3 | Les causes organisationnelles des comportements éthiques..... | 155 |
| 5.1.4 | Les causes individuelles des comportements non éthiques | 157 |
| 5.1.5 | Les causes socio-économiques et politiques des comportements non éthiques | 157 |
| 5.1.6 | Le dilemme éthique..... | 158 |
| 5.1.7 | Les principes de primauté de valeurs et d'utilité | 159 |
| 5.1.8 | Les conséquences des comportements non éthiques | 159 |
| 5.2 | Le changement de culture..... | 160 |
| 5.2.1 | Le programme d'éthique..... | 160 |
| 5.2.2 | Le processus de rédaction, d'implantation et de gestion d'un code d'éthique | 161 |
| 5.2.3 | Le processus de changement proposé par l'étude..... | 161 |
| 5.2.3.1 | Le contenu du changement au CHU-SO..... | 161 |
| 5.2.3.2 | Les phases du processus de changement | 162 |
| 5.2.3.3 | Le modèle d'implantation de la culture éthique au CHU-SO..... | 164 |
| 5.3 | Les contributions théoriques et pratiques..... | 167 |
| 5.4 | Les limites de la recherche | 168 |
| 5.5 | Les avenues de recherche | 168 |
| CONCLUSION..... | | 169 |
| ANNEXE A LISTE DES DOCUMENTS..... | | 170 |
| ANNEXE B ORGANIGRAMME DU CHU SYLVANUS OLYMPIO | | 174 |
| ANNEXE C LE GUIDE D'ENTRETIEN..... | | 175 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | | 179 |

LISTE DES FIGURES

| Figure | Page |
|---|------|
| 1.1 L'organisation pyramidale du système de santé au Togo | 5 |
| 2.1 Processus de rédaction, d'implantation et de gestion d'un code éthique | 34 |
| 2.2 Modèle d'analyse de l'éducation éthique | 44 |
| 2.3 Les trois phases du modèle de changement de Lewin..... | 51 |
| 4.1 Nuage de mots et expressions définissant l'éthique selon les répondants à l'entretien | 69 |
| 4.2 Les variables organisationnelles et socio-économiques entraînant les comportements non éthiques..... | 107 |
| 4.3 les six variables individuelles influençant les comportements non éthiques..... | 109 |
| 4.4 Modèle des causes et des conséquences relatives aux comportements non éthiques..... | 122 |
| 4.5 Le modèle du processus de changement | 152 |
| 5.1 Le modèle d'implantation d'une culture éthique..... | 166 |

LISTE DES TABLEAUX

| Tableau | Page |
|---|------|
| 2.1 Domaines d'étude en éthiques..... | 18 |
| 3.1 Effectif du personnel selon les catégories socioprofessionnelles en juin 2014..... | 67 |
| 4.1 Les comportements non éthiques observés au CHU-SO..... | 77 |
| 4.2 Les causes organisationnelles et socio-économiques des comportements non éthiques | 91 |
| 4.3 Les éléments favorables au changement | 132 |
| 4.4 Les textes..... | 136 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|--------|---|
| CHU-SO | Centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio |
| CNH | Centre National Hospitalier |
| GP1 | Gestionnaire de projet 1 |
| GP2 | Gestionnaire de projet 2 |
| GRH1 | Gestionnaire de ressources humaines 1 |
| GRH2 | Gestionnaire de ressources humaines 2 |
| GSS1 | Gestionnaire de services de santé 1 |
| GSS2 | Gestionnaire de services de santé 2 |
| M1 | Médecin 1 |
| M2 | Médecin 2 |
| MSPS | Ministère de la Santé et de la protection sociale du Togo |
| OOAS | Organisation ouest africaine de la santé |
| PAM | Programme d'aide aux malades |
| PM1 | Paramédical 1 |
| PM2 | Paramédical 2 |

| | |
|-------|---|
| PM3 | Paramédical 3 |
| PM4 | Paramédical 4 |
| PM5 | Paramédical 5 |
| PM6 | Paramédical 6 |
| PM7 | Paramédical 7 |
| PDGRH | Plan de développement de la gestion des ressources humaines |
| PNDS | Plan national de développement sanitaire |
| PNS | Politique nationale de santé |

RÉSUMÉ

La présente étude permet de comprendre le processus d'instauration d'une culture éthique au CHU-SO à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé auprès des soignants et cadres de la santé. L'analyse de quinze entretiens par le logiciel Nvivo a permis au travers d'un nuage de mots et d'expressions de décrire l'éthique et le comportement éthique. Un portrait de comportement non éthique avec ses causes et ses conséquences est présenté. Ces informations sur l'éthique permettent par ailleurs de présenter des modèles de processus de changement et d'implantation de culture éthique. Cette étude présente également des apports théoriques et pratiques. Elle est un outil de prise de décision pour les gestionnaires.

Mots clés : changement culturel, éthique, comportement éthique, comportement non éthique, santé

INTRODUCTION

La mise en place de programme éthique dans les entreprises a augmenté ces dernières années (Cadieux et Laflamme, 2009 ; Ferrell *et al.*, 1998 ; Park et Blenkinsopp, 2013 ; Proenca, 2004). Le programme éthique permet d'une part d'aider les employés à se conformer aux normes éthiques et politiques définies (Heungsik et Blenkinsopp, 2013). Il est également un moyen pour l'entreprise d'acquérir une légitimité sociale reconnue et durable (Séguin et Durif, 2007). Durif *et al.* (2009) sont allés jusqu'à proposer un modèle du processus d'implantation d'un code d'éthique. En milieu de santé, la mise en place d'une culture éthique permet aux soignants d'adopter des comportements éthiques (Hudon, 2014). Bien que la littérature propose des modèles d'implantation d'un code d'éthique, peu de recherches sont arrivées à expliquer le processus de mise en place de la culture éthique.

Dans cette étude destinée à comprendre la stratégie pour conduire un changement culturel au centre hospitalier Sylvanus Olympio (CHU-SO), les soignants et les cadres de la santé, au moyen d'entretiens, décrivent le processus de mise en place d'une culture éthique. Pour comprendre le contexte de l'étude, ils définissent l'éthique, le comportement éthique et non éthique. Ils décrivent également les causes et les conséquences des comportements non éthiques. Quatre chapitres présentent cette recherche qualitative.

Le premier chapitre de ce mémoire porte sur la problématique de la recherche. Le contexte de l'étude est présenté afin de situer l'objet d'étude. Ainsi l'organisation du ministère de la Santé et de la protection sociale du Togo, ses fondements, sa vision et

ses objectifs viennent situer le problème dans un contexte global avant de le spécifier au CHU-SO.

Le deuxième chapitre présente le cadre théorique au travers d'une revue littéraire sur le concept d'éthique, le dilemme éthique, les comportements éthiques et non éthiques et les variables influençant ces comportements. Les travaux portants sur la culture organisationnelle, celle éthique et la gestion du changement de culture sont également explorés pour connaître l'état de la question afin de cerner les objectifs de la présente recherche.

Le troisième chapitre porte sur la méthodologie utilisée. Il présente les activités ayant permis de répondre à la question de la recherche. Il s'agit du devis de la recherche, des enjeux éthiques, de la population, de l'échantillon auprès duquel l'information a été recueillie ainsi que des techniques de collecte des données et d'analyse de données.

Le quatrième chapitre présente les résultats issus d'entrevues avec le personnel soignant du CHU-SO et les cadres de la santé. Des extraits de verbatims sont présentés pour illustrer les propos des répondants.

Le cinquième chapitre consacré à la discussion présente les contributions de la présente étude aux vues des résultats. Des modèles de gestion de changement et de changement culturel sont proposés comme contributions théoriques et pratiques. Le CHU-SO de même que les entreprises trouveront ainsi un guide d'implantation d'une culture éthique.

La conclusion résume et fait le bilan de l'étude. Les annexes dressent une liste des documents cités et en présentent quelques-uns.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre est constitué de quatre parties. D'abord, une présentation de l'organisation générale du ministère de la Santé et de la protection sociale (MSPS) du Togo dans ses grandes lignes est faite avant d'aborder l'objet d'étude proprement dit. Ceci permet d'avoir une compréhension de l'organisation générale du ministère de la Santé et de la protection sociale. Deuxièmement, les fondements, la vision, les valeurs et l'objectif de la politique nationale de santé sont décrits afin de bien comprendre le contexte. Troisièmement, les différentes professions de la santé et leurs devoirs moraux sont présentés, ce qui donne un portrait des principaux intervenants dans le milieu de la santé. Finalement, la problématique, tant sur le plan national qu'au centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio (CHU-SO) est décrite ainsi que les objectifs de la recherche.

1.1 L'organisation générale du ministère de la Santé et de la protection sociale

Le MSPS est organisé selon quatre types de structures, soient le cabinet et les services rattachés, l'administration centrale, les services extérieurs ainsi que les institutions et les organismes rattachés¹.

Le cabinet du ministre est constitué d'un directeur de cabinet, de conseillers techniques et d'un secrétariat particulier. Sont en outre rattachés au cabinet du ministre, l'inspection « générale » des services du ministère, la commission de passation des marchés publics, la commission de contrôle des marchés, le comité sectoriel santé VIH/sida, l'organisme de coordination nationale des projets financés par le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, le comité de coordination inter agence, la commission budgétaire, l'observatoire des ressources humaines en santé.

¹ Voir annexe A

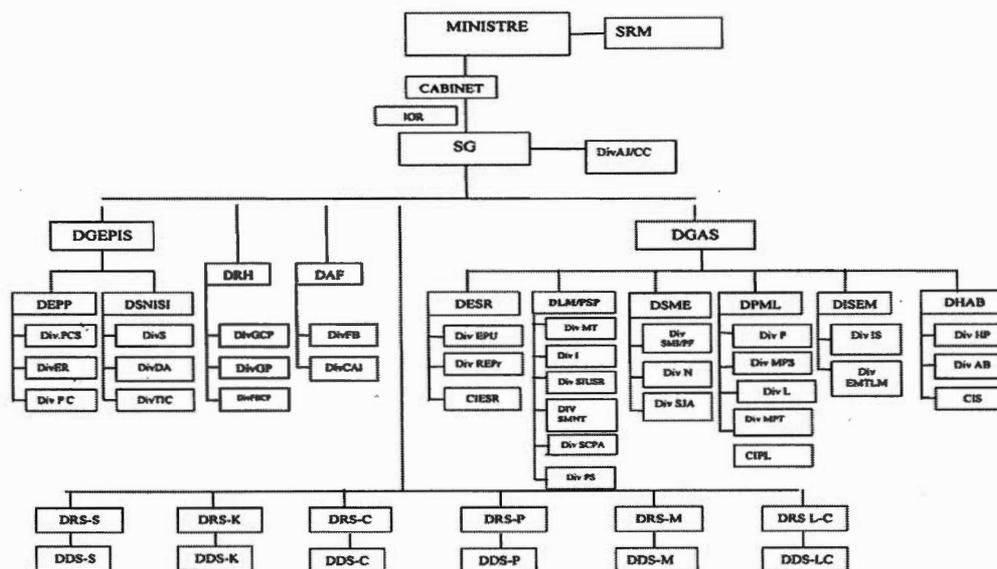


Figure 1.1 L'organisation pyramidale du système de santé au Togo

Source : PNDS 2017-2022

L'administration centrale comprend le secrétariat général et deux directions générales. Ces directions sont la direction générale des études, de la planification et de l'information sanitaire et la direction générale de l'action sanitaire. L'administration centrale inclut également dix directions centrales qui sont : la direction des études, de la planification et de la programmation, la direction du système national d'information sanitaire et de l'informatique, la direction des ressources humaines, la direction des affaires financières, la direction des établissements de soins et de la réadaptation, la direction de la lutte contre la maladie et des programmes de santé publique, la direction de la santé de la mère et de l'enfant, la direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires, la direction des infrastructures sanitaires, des équipements et de la maintenance, la direction de l'hygiène et de

l'assainissement de base. Quant aux services extérieurs, il s'agit des structures déconcentrées constituées de directions régionales de la santé et de districts sanitaires.

On note plusieurs institutions et organismes également rattachés au ministère qui sont les centres hospitaliers universitaires (au nombre de trois), l'hôpital psychiatrique de Zébé, les centres hospitaliers régionaux (au nombre de six), l'institut national d'hygiène, la centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques, le centre national et les centres régionaux de transfusion sanguine, le centre national et centres régionaux d'appareillage orthopédique, les écoles nationales des auxiliaires médicaux (au nombre de 2), l'école nationale des aides sanitaires, les écoles nationales des sages-femmes (Lomé et Kara), le centre de formation en santé publique de Lomé, l'institut national de santé publique, le laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments.

Les centres hospitaliers universitaires sont le centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio, le centre hospitalier universitaire Campus et le centre hospitalier universitaire Kara.

Dans le cadre de ce mémoire, l'étude porte sur le CHU-SO. Mais avant cela, une présentation de la politique nationale de la santé dans ses fondements, vision, valeurs et objectifs est essentielle.

1.2 Les fondements, la vision, les valeurs et les objectifs de la politique nationale de la santé (PNS)

Avant d'aborder la problématique, une analyse de la dernière version de la politique nationale de santé permet d'avoir une compréhension de ses fondements, de sa vision

et de ses objectifs. Ceci permet de voir comment le sujet traité dans ce document préoccupe le MSPS et quelles sont les actions menées à ce jour.

1.2.1 Les fondements de la politique nationale de santé

Le droit à la santé est reconnu par l'État togolais². La promotion du droit à la santé, la protection et la restauration de la santé de la population amènent à définir la Politique nationale de santé (PNS). Ainsi en 1998, le gouvernement togolais a adopté pour la première fois une PNS qui a été actualisée en 2011. Afin d'améliorer la santé des populations, les différents intervenants en santé peuvent s'appuyer sur différentes lois nationales et internationales.³

1.2.2 La vision de la politique nationale de santé

La vision de la politique nationale de santé est d'assurer à toute « la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capables de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables (PNS, 2011⁴).

² Voir annexe A

³ Voir annexe A

⁴ Voir annexe A

L'État togolais a alors entrepris de réformer le système de santé afin de garantir à la population une égalité de chance dans l'accès aux soins de qualité. Cette réforme s'est matérialisée par les principales étapes franchies que sont entre autres : l'adoption de la Politique nationale de santé en 2011 ; l'adoption du Plan national de développement sanitaire PNDS (2017-2022)⁵; l'adoption du Plan de développement de la gestion des ressources humaines (PDGRH, 2009)⁶; l'adoption d'un nouveau cadre organisationnel du département de la santé en 2012 (Plan de formation, 2012)⁷.

1.2.3 Les valeurs de la politique nationale de santé

Les choix en matière de santé dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique nationale s'appuient sur les valeurs suivantes :

- Solidarité,
- Équité et égalité,
- Justice sociale,
- Intégrité et éthique,
- Respect des droits humains et de la spécificité du genre avec un accent particulier sur l'enfant (PNS, 2011).

⁵ Voir annexe A

⁶ Voir annexe A

⁷ Voir annexe A

1.2.4 Les objectifs de la politique nationale de santé

La PNS de 2011 a défini cinq objectifs avec des cibles et des indicateurs. Le cinquième objectif qui consiste à améliorer l'organisation ainsi que la gestion et les prestations des services de santé est intéressant pour cette recherche. En effet, la cible 16 prévoit de mettre à disposition des centres de santé, un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires. De même, la cible 17 propose une amélioration de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité de l'offre. La mise en œuvre de ses objectifs est contenue dans le Plan national de santé (PNDS) et dans les plans stratégiques spécifiques.

L'analyse du PNDS de 2012⁸ montre que la qualité des soins et services de santé sera réalisée par la mise en place des critères d'assurance de qualité. De même, les procédures, normes et standards en matière de soins et de gestion seront établis pour fournir une base d'évaluation de la qualité des services de santé. Des supervisions régulières sous forme d'inspection à tous les niveaux du système de santé seront faites afin de renforcer le contrôle de qualité. Différentes stratégies de développement et de gestion des ressources humaines seront utilisées. Il s'agit de l'instauration de programmes d'incitations et de rétention, de la mise en place d'un système de motivation basée sur la performance et du renforcement de la formation continue. Les textes prévoient que les ordres et les associations de professionnels de santé doivent œuvrer à l'atteinte des objectifs de la PNS. Ainsi dans les lignes qui suivent, une description des professions de la santé est faite pour comprendre les différentes professions.

⁸ Voir annexe A

1.3 Les professions de la santé et leurs devoirs moraux

1.3.1 Les professions de la santé

Les articles 158 et 159 du code de la santé du Togo⁹ définissent les professions médicales comme celles de médecin et de chirurgien-dentiste détenteurs d'un diplôme de doctorat en médecine ou en chirurgie dentaire reconnu par l'État. Quant aux professions paramédicales, il s'agit des professions de la santé que l'on peut exercer sans être titulaire d'un diplôme de doctorat en médecine ou en chirurgie dentaire reconnu par l'État. Il s'agit des professions d'ingénieurs (sanitaire, biomédical, orthoprothésiste, de travaux biologiques), des assistants médicaux (les techniciens supérieurs de santé, les anesthésistes en réanimation, les instrumentistes en imagerie – radiologie, les kinésithérapeutes, les techniciens supérieurs de laboratoire, les techniciens supérieurs de génie sanitaire), les techniciens supérieurs orthoprothésistes, les techniciens supérieurs en soins infirmiers et obstétricaux, les sages-femmes d'État, les infirmiers(ères) d'État et les techniciens de laboratoire, etc.

1.3.2 Les devoirs moraux des professionnels de la santé

Les devoirs moraux des professionnels de la santé sont contenus dans les articles 164 et 172 du code de la santé du Togo. Les devoirs moraux et professionnels des membres des professions médicales sont déterminés par des codes de déontologie établis par leurs ordres respectifs et approuvés par décret en conseil des ministres. Aussi, les devoirs moraux et professionnels des membres des professions

⁹ Voir annexe A

paramédicales sont déterminés par leurs corporations au fur et à mesure de leur création et approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé.

1.4 La description du problème

1.4.1 Le problème sur le plan national

Un constat sur le terrain révèle que les professionnels de santé, dans l'exercice de leur fonction, adoptent des comportements contraires aux normes éthiques et au code de déontologie médical promulgué le 13 juin 2013. Tel que démontré par l'analyse de la situation du secteur de la santé au Togo réalisée en 2011¹⁰, les patients se plaignent des mauvaises pratiques de la médecine au Togo. Plus spécifiquement, cette analyse a révélé les comportements suivants :

- Les ventes illicites des produits pharmaceutiques aux clients,
- Le racket de clients,
- Les pratiques privées au sein de la structure,
- Le détournement de patients vers des centres privés,
- Le détournement du matériel et de médicaments,
- Les retards et l'absentéisme aux postes de travail,
- Les avortements clandestins,
- Les violences physiques et verbales à l'endroit des usagers des établissements de soins.

¹⁰ Voir annexe A

Dans le document, ces pratiques sont considérées en pleine expansion dans les établissements de soins. Le rapport a également souligné que les relations soignant-soignés dans ces formations sanitaires apparaissent comme très souvent insatisfaisantes. Les usagers se plaignent constamment du comportement des soignants. Tout le monde s'accorde à l'heure actuelle à dire que l'accueil, l'écoute et le respect manifesté aux bénéficiaires sont nettement meilleurs dans le secteur privé.

La question de la moralisation du secteur de la santé a été soulevée par le PNDS 2017-2022¹¹ qui prévoit un certain nombre d'actions afin de lutter contre les pratiques professionnelles déviantes dans les établissements de soins et d'informer les usagers des établissements de soins de leurs droits et obligations. Il s'agit d'une part de renforcement des actions d'information et de transparence par la mise en place des procédés d'écoute de doléances et de plaintes des usagers des établissements de soin, la création des comités locaux de transparence au sein des hôpitaux et d'autre part, de la vulgarisation et de la facilitation de l'accès à l'information du citoyen au niveau au niveau des établissements de soins. Ces actions de communication pour un changement de comportements ont pour but l'adoption de comportements favorables à la santé.

Afin de réaliser ces objectifs, les syndicats des professionnels et personnels de santé doivent travailler en concertation régulière avec le ministère de la Santé pour s'assurer du respect des obligations contractuelles (PNDS, 2017). Ainsi leur rôle est prépondérant dans la vulgarisation du code de conduite du fonctionnaire de l'administration publique.

¹¹ Voir annexe A

La question de la moralisation du secteur de la santé a été soulevée par le PNDS 2017-2022 qui prévoit un certain nombre d'actions afin de lutter contre les pratiques professionnelles déviantes dans les établissements de soins et d'informer les usagers des établissements de soins de leurs droits et obligations. Il s'agit d'une part de renforcement des actions d'information et de transparence par la mise en place des procédés d'écoute de doléances et de plaintes des usagers des établissements de soin, la création des comités locaux de transparence au sein des hôpitaux et d'autre part, de la vulgarisation et de la facilitation de l'accès à l'information du citoyen au niveau au niveau des établissements de soins. Ces actions de communication pour un changement de comportements ont pour but l'adoption de comportements favorables à la santé.

Afin de réaliser ces objectifs, les syndicats des professionnels et personnels de santé doivent travailler en concertation régulière avec le ministère de la Santé pour s'assurer du respect des obligations contractuelles (PNDS, 2017). Ainsi leur rôle est prépondérant dans la vulgarisation du code de conduite du fonctionnaire de l'administration publique.

1.4.2 Le problème au centre hospitalier universitaire Sylvanus Olympio

Au Centre hospitalier universitaire Sylvanus-Olympio, l'analyse des notes de service révèle l'existence des pratiques déviantes. Ainsi, la direction met en application des mesures disciplinaires pour lutter contre les écarts de conduite des professionnels de la santé¹².

¹² Voir annexe A

L'analyse de la situation du secteur de la santé au Togo a également noté que « ces pratiques participent à la sous-utilisation des services publics de santé à tous les échelons : les taux de fréquentation et les taux d'occupation des lits restent faibles et se dégradent d'année en année ; à contrario, le secteur privé, surtout confessionnel, affiche en général des taux plus élevés grâce à une offre des services de qualité » (l'analyse de la situation du secteur de la santé au Togo, 2011, p.44).

La présence de comportements non éthiques au sein du ministère témoigne de l'enjeu tant pour le chercheur que pour le ministère de la Santé dans son ensemble qui perd sa réputation, le CHU-SO, en particulier, où la direction de l'hôpital se trouve face à un défi majeur : la stratégie à mettre en place pour conduire un changement culturel amenant des changements de comportements. Comment faire adopter des standards de comportement, puis leur appropriation dans le milieu de la santé au Togo ? Le changement des comportements des individus dans une organisation est un changement qui impacte la culture de l'organisation et il est souvent difficile de le réussir (Mohrman *et al.*, 1991, cités par Collerette *et al.* 2013).

Lorsque l'on parle de la qualité de soins de santé, il est difficile de passer à côté du sujet de l'éthique. Considérant l'ampleur des écarts de conduite des professionnels de la santé du CHU-SO à l'endroit des clients que sont les patients et les accompagnateurs, mieux comprendre l'éthique, les causes et les conséquences des comportements non éthiques au CHU-SO sont essentiels dans l'instauration d'une culture éthique pour un changement organisationnel.

Cette recherche abordera sur le plan théorique un sujet de la gestion du changement organisationnel. Cette recherche fera ainsi progresser les connaissances sur la conduite et les stratégies du changement culturel. Sur le plan pratique, l'étude va permettre aux dirigeants de prendre de meilleures décisions pour un changement de comportements des professionnels de la santé et des employés au travail. Sur le plan

social, cette recherche revêt un aspect important, considérant que les bénéficiaires du changement seront les patients. De plus, la prise de conscience de comportements éthiques sera au bénéfice de la réputation du ministère de la Santé et des professionnels de la santé.

1.4.3 L'objectif de la recherche

L'étude d'un tel sujet pourrait cependant fournir davantage d'explications pour mieux comprendre les comportements éthiques en milieu hospitalier et plus précisément identifier les comportements éthiques et non éthiques. Cette recherche vise à expliquer les causes et les conséquences sous-jacentes à ces comportements et à proposer des recommandations pour promouvoir des comportements éthiques et ainsi favoriser un changement culturel.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

Dans ce chapitre du cadre conceptuel et théorique, la recension des écrits au travers de bases de données de la bibliothèque de l'UQAM a permis d'orienter l'étude autour des concepts de l'éthique et du changement organisationnel. Les données empiriques et théoriques sont exploitées pour poser le sujet.

2.1 L'éthique

2.1.1 Définition de l'éthique

Le concept de l'éthique est souvent bien compris par les interlocuteurs, mais il n'existe pas de définition commune à ce concept. La pluralité de définitions crée de l'incertitude aux définitions données par les auteurs rendant ainsi difficile les débats autour du concept de l'éthique (Charpateau, 2010). Selon lui, l'éthique est définie comme un état (être éthique) ou comme un processus individuel à agir d'une certaine façon au travers des valeurs personnelles. L'éthique est définie aussi comme un processus de réflexion et d'analyse visant l'encadrement des bonnes pratiques par l'adoption et l'imposition de normes ainsi que la correction des dysfonctionnements et des comportements inappropriés (Lacroix *et al.*, 2017).

L'éthique est aussi définie comme une discipline. Ceci suppose qu'elle peut être enseignée aussi bien dans les écoles que dans la vie pratique, d'où la distinction de l'éthique fondamentale de l'éthique appliquée, ce qui constitue les deux sous-disciplines de l'éthique. « L'éthique est une discipline portant sur l'ensemble des règles de conduite et des normes considérées comme bonnes et devant être suivie en vue d'établir des relations harmonieuses en société, de donner du sens à ses actions et d'être bien avec soi-même » (Séguin et Lapalme, 2017, p.5).

Les questions relatives à l'implantation des règles de conduite, à la qualification d'une personne de « bonne » ou d'un comportement de mauvais, au dilemme éthique sont traitées par l'éthique fondamentale (Séguin et Lapalme, 2017). L'éthique appliquée traite, quant à elle, des questions telles que des enjeux éthiques dans les organisations et des règles de la transparence. Ces questions concernent aussi bien les actionnaires que les employés (Séguin et Lapalme, 2017). L'éthique est devenue l'un des cinq principaux sujets auxquels les sociétés d'aujourd'hui doivent faire face (FCA, 2011) d'autant plus qu'elle conditionne la survie des organisations par son caractère social, économique et réglementaire (Bertezene, 2013). L'éthique est souvent confondue soit à ses domaines d'étude, soit à ses sujets d'étude. Une compréhension s'avère nécessaire entre ses domaines et ses sujets d'étude.

2.1.2 Les domaines et sujets d'étude de l'éthique

Trois domaines d'études peuvent être distingués selon Séguin et Lapalme (2017) : la morale, les conventions et les choix personnels.

Tableau 2.1 Domaines d'étude en éthique

| Domaines | Sujets d'étude | Objectif |
|------------------|--------------------------|---------------------|
| Morale | Droits et justice | Bien-être d'autrui |
| Conventions | Règles de vie en société | Harmonie sociale |
| Choix personnels | Règles de vie privée | Bien-être personnel |

Reproduit de Séguin et Lapalme, 2017, p.6

Premièrement, les règles morales, ce domaine de l'éthique est lié au droit ou à la justice (Rawls, 1987). Les questions d'éthique portent alors sur le bien-être d'autrui. Sabadie *et al.*, (2006) ont d'ailleurs démontré l'apport des justices (distributive, interactionnelle et surtout procédurale) sur la satisfaction du client. Cinq critères permettent d'identifier une norme morale : les normes morales traitent des questions qui peuvent gravement blesser ou gravement profiter à des êtres humains ; les normes morales ne sont pas établies ou modifiées par des décisions d'organismes autorisés ; les normes morales reposent sur des considérations impartiales ; les normes morales sont associées à des émotions spéciales et à un vocabulaire particulier (Velasquez, 1998). La morale du point de vue de la philosophie désigne les normes propres à une société et ses normes de morale permettent l'élaboration des règles qui transcendent la liberté individuelle et imposent des conditions de la nécessité de vivre en société tandis que l'éthique est métamorale, elle s'attache à révéler les fondements des normes morales (Boyer, 2002).

Deuxièmement, les conventions, l'objectif visé par ce domaine d'étude est l'harmonie sociale (Séguin et Lapalme, 2017). Selon l'angle des conventions, l'éthique est définie comme une disposition individuelle à agir de manière correcte envers autrui,

elle a pour but de rechercher le bien vivre et le bien faire (Rawls, 1987). L'éthique est alors à l'intersection des rapports entre l'individu et la société, plus précisément entre ce que l'individu veut et fait, et ce que la société attend, accepte et codifie et change en fonction de l'évolution des rapports entre les individus et la société qui impose de nouvelles exigences à respecter par les entreprises (Boyer, 2002).

Troisièmement, les choix personnels, selon leur domaine, l'éthique a pour but d'assurer le bien-être personnel (Séguin et Lapalme, 2017). C'est le fait de respecter certaines règles de vie personnelle pour son propre bien-être. Le bien-être est décrit par Laguardia et Ryan (2000) comme un plaisir, une satisfaction ou un bonheur subjectif. La recherche du bonheur par l'individu constitue le principe qui motive son activité. Toujours selon Laguardia et Ryan (2000), la théorie de l'autodétermination soutient que la satisfaction des besoins fondamentaux procure le bien-être et aussi l'intégrité et la croissance de l'être humain. Selon cette théorie, l'homme cherche à satisfaire trois besoins psychologiques fondamentaux qui sont le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin de relation à autrui (Laguardia et Ryan, 2000). L'homme établit ainsi par lui-même des règles personnelles pour satisfaire ses besoins fondamentaux afin de ressentir le bien-être personnel. Il se trouve en face d'un dilemme : comment faire pour que l'acte à poser remplisse les règles morales, les conventions et les choix personnels. Autrement dit, comment choisir le bon acte qui procura le bien-être et n'aura pas de conséquence sur les autres ?

2.1.3 Le dilemme éthique/moral

Il arrive des situations qui permettent à l'individu de se trouver face à des options, ainsi il définit des principes qui doivent le guider pour faire un choix. L'individu peut alors se trouver face à un dilemme. Face à un dilemme, un individu pourrait-il mettre

la priorité à ses besoins personnels plutôt que sur les autres? Il existe des dilemmes sur le plan personnel et sur le plan collectif (Séguin et Lapalme, 2017).

Le dilemme peut être vu d'un point de vue personnel comme une opposition entre plusieurs obligations, exemple, le fait d'être loyal envers son organisation ou envers son corps de métier (Séguin et Lapalme, 2017). L'individu en voulant poser un acte est souvent en lutte personnelle avec sa conscience. Le dilemme intervient lorsque les choix possibles sont équivalents. Le dilemme moral est une possibilité ou un choix difficile à faire entre deux possibilités morales équivalentes (Williams, 1994). Les choix s'opposent et se contredisent. « Comment faire » est souvent la question qui revient sans cesse dans la tête? Pour Séguin et Lapalme (2017), le dilemme éthique existe lorsque quatre conditions sont remplies. La première, l'individu est appelé à faire un choix parmi plusieurs options. On ne parlera pas de dilemmes s'il n'y a pas de choix à faire. La deuxième condition est l'unilatéralité de la décision, c'est-à-dire que le décideur doit être le seul à choisir. La troisième condition renvoie à l'impact négatif de la décision retenue sur la vie d'une personne ou d'un groupe de personnes. La quatrième condition de la présence d'un dilemme éthique implique la prise en compte dans le choix des options, des considérations éthiques telles que le respect de la justice et des droits individuels pour le maintien de bonnes relations entre les différentes personnes concernées (Séguin et Lapalme, 2017). L'intensité morale de la situation à laquelle se pose le dilemme éthique influence également le choix (Jones, 1991, cité par Girard, 2007).

Le choix des obligations sur le plan collectif n'est plus personnel, il doit s'opérer de façon à favoriser l'harmonie entre les personnes, et doit être collectivement reconnu comme conforme à l'éthique (Séguin et Lapalme, 2017). Le dilemme éthique vue sur le plan collectif permet d'atteindre l'objectif de l'éthique des affaires, établir les relations harmonieuses entre les parties prenantes de l'entreprise. Dans le cas où les décisions prises sont inacceptables et causent ainsi des préjudices aux consommateurs,

aux clients, aux usagers, à la communauté locale, à l'environnement, aux actionnaires et aux employés, ce sont ces groupes de personnes avec lequel on veut avoir une relation harmonieuse qui vont déterminer s'il y a ou non préjudice sur la vie d'au moins une personne. Autrement dit, lorsqu'un dilemme éthique s'impose à une personne de l'entreprise, la meilleure option à retenir est celle qui prend en compte les aspects éthiques afin de préserver l'harmonie dans la relation et non celle qui a des impacts financiers, comptables ou marketing (Séguin et Lapalme, 2017).

Pour certaines écoles de pensée dont les tenants des écoles normatives en philosophie morale Emmanuel Kant et John Stuart Mill ne partagent pas l'idée d'une opposition entre les obligations morales (Séguin et Lapalme, 2017). Pour eux, une obligation a toujours la primauté sur les autres. Pour les théoriciens de la primauté des valeurs, lorsque le choix se porte par exemple sur une obligation envers l'organisation, les autres options s'évaporent automatiquement, créant ainsi la concrétisation de la « bonne volonté » (Séguin et Lapalme, 2017).

Les philosophes utilitaristes défendent la même hypothèse que les théoriciens de la primauté des valeurs selon laquelle il n'existe pas de choix à faire entre plusieurs obligations (Séguin et Lapalme, 2017). Pour eux, c'est ce qui est utile qui guide les décisions. « Si c'est l'utilité qui est la dernière source des obligations morales, l'utilité peut alors être invoquée quand il s'agit de décider » (Mill, 1988, p. 81, cité par Séguin et Lapalme, 2017, p. 14-15). Que ce soit le principe de la primauté des valeurs ou celui de l'utilité, les arguments évoqués pour les défendre ne sont pas suffisants, car dans une situation où deux personnes sont appelées à choisir entre deux choses, la chose qui serait prioritaire ou utile pour l'un peut ne pas l'être pour l'autre. Ce qui est prioritaire ou utile pour le gestionnaire d'entreprise n'est pas nécessairement utile pour les employés. On ne parlera pas dans ce cas de la priorité ou de l'utilité. Le dilemme éthique va amener l'individu à se comporter de façon

éthique ou non éthique. Qu'entend-on par comportement éthique ? Comment déterminer si un comportement ou une situation a une composante éthique ?

2.2 Le comportement éthique

Un comportement éthique est un comportement amenant à des conséquences considérées comme bonnes (Oiry *et al.*, 2015). La définition du comportement désiré ou bien la détermination de ce qui constituerait la meilleure option à choisir « respectera le mieux les règles de conduite dans une situation donnée » (Séguin et Lapalme 2017, p. 18). Les études ont montré que le comportement éthique a un lien avec les variables organisationnelles et les variables individuelles. À titre illustratif, les études de Birmelé (2018) et de Hudon (2014) offrent des exemples de comportements éthiques et non éthiques. D'abord, l'étude de Birmelé (2018) sur comment accompagner dans la relation soignante a permis de comprendre la valeur de bientraitance dans les exemples de comportement éthique. Accompagner est une manière d'être, une posture, une reconnaissance et une rencontre de la personne accompagnée, dans sa singularité, dans son autonomie, dans sa globalité. Accompagner comporte plusieurs étapes : informer, écouter et recueillir la parole, instaurer une relation de confiance, prendre soin, co-construire une décision, une conduite à tenir. La dimension du dialogue, de la délibération entre deux partenaires est essentielle. (Birmelé, 2018, p.48).

Quant à Hudon (2014), il a montré l'existence d'un intérêt financier auprès des médecins de première ligne. Ils réfèrent fréquemment les patients comme ils le souhaitent vers les cliniques privées de physiothérapie afin de recevoir « les meilleurs soins » alors qu'ils possèdent des parts à titre de propriétaire ou d'actionnaires dans

ces cliniques. Pour elle, l'auto-référencement est une pratique éthiquement condamnable.

2.2.1 Le comportement éthique/non éthique et les variables organisationnelles

Les variables organisationnelles orientent le comportement des employés dans les valeurs éthiques. La perception négative de la situation de travail par les employés peut les amener à s'engager dans des comportements de déviance (Colbert *et al.*, 2004). Le manque de soutien organisationnel peut nuire à l'estime de soi et accroître les comportements de déviance envers l'organisation (Ferris *et al.*, 2009). La relation d'échanges entre les employés peut également être la cause de comportements déviants observés sur le lieu de travail (Zhang *et al.*, 2015). Certaines personnes influencent ainsi d'autres personnes de par leurs comportements, ces individus étant guidés par une combinaison de croyances négatives, de réciprocité en milieu de travail et d'autres croyances ou motivations (Zhang *et al.*, 2015).

Les études ont mis en lumière l'importance et l'influence de la culture éthique des organisations sur le comportement (Huhtala *et al.*, 2011 ; Trevino *et al.*, 1999). Une relation évidente a été montrée entre le comportement éthique et non éthique ainsi que la culture éthique. Plus la culture éthique d'une organisation était forte, moins les comportements non éthiques étaient observés (Huhtala *et al.*, 2011). Trevino et al. (1999) ont montré que les facteurs de culture éthique tels que le leadership, les systèmes de récompenses, l'équité perçue, les sujets de conversation au sein de l'organisation, les structures de l'autorité des employés et la focalisation de l'organisation sur le meilleur des employés et de la communauté ont augmenté les attitudes et les comportements positifs liés à l'éthique. La relation entre culture et éthique a été présentée par Girard (2007) ; elle montre que la culture organisationnelle a une forte influence sur les pratiques de gestion et de décision qui

encouragent l'éthique. Quant à l'étude de Zhang *et al.* (2015), elle a montré que le climat de travail basé sur les normes et les valeurs est une variable modératrice entre les variables indépendantes que sont la déviance produite par les collaborateurs et l'éthique de travail tandis que la variable dépendante est la déviance de l'individu.

2.2.2 Le comportement éthique/non éthique et les variables individuelles

Les valeurs personnelles innées et même les instincts fondent l'éthique personnelle et orientent les réactions et les comportements de l'individu (Le Goff, 2000). Les facteurs individuels qui influencent la prise de décision éthique sont le sexe, l'orientation des valeurs, l'éducation, l'expérience de travail, la nationalité, le niveau de développement moral, le lieu de contrôle, les traits de personnalité et la religion (Girard, 2007). Pour éviter la manipulation et la démagogie, des principes de cohérence, de courage, de respect et de modestie servent de base à l'éthique personnelle (Le Goff, 2000). Les traits de personnalité de conscience, de stabilité et d'agrément modèrent la relation entre la perception positive de la situation de travail et la diminution de la déviance (Colbert *et al.* 2004). Cadieux et Laflamme (2009) ont montré dans leur étude que des variables comme le sexe des professionnels, l'âge et l'expérience professionnelle interfèrent sur le jugement éthique. Chez les hommes, les dilemmes et les décisions éthiques sont influencés par les facteurs cartésiens et procéduraux (le code de déontologie, le devoir, les risques, les coûts ou la responsabilité). Quant aux femmes, les facteurs relationnels tels que la sécurité des personnes, le respect des valeurs personnelles, le respect des personnes et la compréhension de l'autre sont les facteurs qui influencent la résolution des dilemmes éthiques auprès d'elles (Cadieux et Laflamme, 2009).

Face à un dilemme éthique, l'individu cherche à faire un choix qui doit maintenir une relation harmonieuse entre toutes les parties prenantes. Le choix est fonction de la

capacité de l'individu à faire un jugement éthique ou moral pour la détermination du bon acte à poser. L'individu construit son jugement de valeur de ce qui est bien ou mal en faisant référence à la philosophie, à la religion, à la culture, à la loi et aux normes d'une façon générale, qu'elles soient explicites ou implicites (Johnson et Coyle, 2012). Le jugement de valeur et la sensibilité à l'égard de l'éthique sont à distinguer. Un individu peut être très sensible à l'éthique et avoir un jugement éthique moindre. « Il y a une différence importante entre la sensibilité éthique d'un individu, soit sa capacité de reconnaître la dimension éthique d'une situation, et son jugement éthique, soit sa capacité de discerner, parmi les options qui s'offrent à lui la meilleure qui soit dans les circonstances » (Séguin et Lapalme, 2017 p. 18). Le jugement éthique de l'individu est influencé par le fait que l'individu soit lui-même confronté à la situation (Johnson et Coyle, 2012). Le jugement sur le bon choix se fonde nécessairement sur des normes (Morris, 2004). Ainsi une entreprise qui a des normes fortes conduit ses employés à développer leur jugement de valeur. Il s'avère alors que l'individu a la capacité de puiser dans ses références proches que sont les normes de l'entreprise, celle indiscutable lui permettant d'adopter des comportements éthiques.

2.3 La culture organisationnelle

2.3.1 La définition de la culture organisationnelle

Pour comprendre la culture d'une organisation, il est important de comprendre le modèle théorique proposé par Schein (1985). Il définit la culture d'entreprise comme « un ensemble de postulats de base, inventés, découverts ou développés par un groupe cherchant à faire face à des problèmes d'adaptation externe ou d'intégration interne, qui ont largement été vérifiés pour être considérés comme valide et transmis aux nouveaux membres comme les façons correctes de penser et d'agir face aux

problèmes » (Schein 1985, p. 5 cité par Autissier *et al.* 2014, p. 231). La culture est ainsi présentée comme un ensemble d'attitudes et de comportements développés par un groupe de personnes dans une entreprise pour résoudre les problèmes auxquels ils font face.

Schein propose trois niveaux de culture. D'abord, à la surface, ce que l'on voit ce sont les artefacts (logo, vêtement, mode de communication...). Au milieu, les valeurs qui représentent ce sur quoi l'on se base pour qualifier de juste ou injuste dans une organisation. Les valeurs permettent aux membres d'une organisation d'évaluer de juste ou injuste une situation quelconque ou encore de porter un jugement sur les choses puis d'agir (Thévenet, 2017). Les valeurs font appel à la notion d'éthique et de morale de par le vécu de l'individu dans le groupe d'appartenance, c'est ce qui reste de l'expérience du groupe et non une reproduction des valeurs collectives du groupe. « Il y a une part d'individuel et de collectif dans les valeurs. Chaque collectivité crée ses propres valeurs, par référence à des codes externes existants ou par construction ou amélioration propre » (Thévenet, 2017, p.71). Il ressort de ces définitions que le jugement que l'individu apporte à une chose, bien que moral soit influencé par la personnalité de celui qui fait le jugement et le vécu de l'individu. Les normes de comportement sont les règles implicites d'évaluation des attentes de situations différentes (Autissier, 2014). Ainsi pour Hatch (2000, p.229, cité par Autissier, 2014, p.232), « les valeurs définissent ce qui a de l'importance, alors que les normes clarifient ce qui est considéré comme normal ou anormal. Le lien entre les valeurs et les normes réside dans le fait que les comportements sanctionnés par les normes par le biais de récompenses et de sanctions peuvent être reliés à des résultats qui sont évalués ». Finalement, au niveau inférieur, on note les croyances et hypothèses fondamentales capables d'influencer la perception, la pensée et le ressentiment des membres de l'organisation envers les événements, ce qui constitue le nœud de la culture (Autissier, 2014). En se basant également sur les travaux de Sainsaulieu, Autissier *et al.* (2014) affirment que la culture est communiquée à travers les

interactions entre les relations de pouvoir, les jeux d'acteurs et le système social de coopération. Ces éléments renforceraient alors la structure d'une organisation.

Autissier (2014) affirme que Hatch s'est basé sur les travaux de Schein pour expliquer la relation dynamique entre les trois niveaux de culture développée par Schein et ajoute un quatrième niveau que sont les symboles. Ces travaux ont permis de démontrer l'existence d'une relation dynamique entre les quatre niveaux de culture. Le processus de manifestation permet aux hypothèses fondamentales invisibles de devenir des valeurs reconnaissables et construit ainsi la culture d'entreprise. Le processus de réalisation transforme les valeurs et les normes de l'organisation en artefacts. Le processus de symbolisation gère les symboles en donnant le sens aux artefacts. Le processus d'interprétation crée un sens rétrospectif « sens de second ordre » pour compléter le « sens du premier ordre » (Autissier *et al.*, 2014). Les manifestations comportementales et symboliques de la culture organisationnelle et la représentation des hypothèses sous-jacentes (ou paradigme organisationnel) constituent ce que Johnson *et al.* (2008, cité par Autissier *et al.*, 2014) appellent le tissu culturel.

Selon Autissier *et al.* (2014), le tissu culturel est constitué des routines, des mythes, des symboles, des structures de pouvoir, des structures organisationnelles, des systèmes de contrôle et du paradigme. Les routines sont les façons dont les membres de l'organisation se comportent à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation. Les symboles sont identifiés dans le vocabulaire, l'habillement, la structure, les attributions de pouvoir. Les événements sont mis en valeur par les mythes; ils mettent également en relation le passé et le présent. Les rites permettent de ressortir les événements importants de la vie sociale de l'organisation. Le paradigme organisationnel est la synthèse de la perception et la construction de l'organisation envers elle-même c'est l'ensemble des codes et règles implicites véhiculé par les

membres de l'organisation pour se comprendre et faire passer les instructions pour l'intérêt de l'organisation (Autissier *et al.*, 2014).

2.3.2 La culture éthique

Comprendre la culture éthique des organisations est difficile (Huhtala *et al.*, 2011) à cause de l'inexistence d'instruments de son évaluation et de sa mesure (Huhtala *et al.*, 2011 ; Kaptein, 2008). L'Ethics Resource Center a montré que l'éthique est une composante de la culture (ERC, 2014). Pour Huhtala *et al.* (2011), l'aspect éthique de la culture organisationnelle renvoie aux principes du bien et du mal dans un contexte organisationnel et crée des conditions permettant d'expliquer et de prédire le comportement éthique et non éthique des gestionnaires et des employés. La culture organisationnelle a plus d'influence sur les pratiques que ne l'ont les mécanismes institutionnels formels (Girard, 2007).

La culture éthique comprend le leadership éthique, le renforcement par le superviseur de comportements éthiques et l'engagement des pairs de se soutenir mutuellement dans les bonnes choses (ERC, 2014). Pour Hudon (2014), la culture éthique permet l'alignement de la mission, de la vision et des valeurs de l'entreprise avec les décisions et les comportements de tous les acteurs impliqués. Un climat organisationnel éthiquement sain est lié à la conduite éthique des gestionnaires, des employés et toute l'organisation dans son ensemble (Blome et Paulraj, 2013).

2.3.3 Les valeurs éthiques dans le milieu de la santé

Le cadre théorique standard de l'éthique de la santé est fondé sur quatre principes qui sont l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (Delassus, 2017).

La compréhension de ces principes est importante pour la formation à la culture éthique.

L'autonomie vient du mot grec auto (soi-même) et nomos (la loi) (Delassus, 2017). C'est la capacité de l'individu à respecter les lois de vie privée qu'il se donne lui-même pour son bien-être personnel. Par le principe d'autonomie, chaque individu a le droit de faire son choix. L'autonomie est le fondement de la règle du consentement éclairé, règle qui guide la relation entre le soignant et l'utilisateur (Levitt, 2014). Lorsque le principe d'autonomie est violé, le bien-être de l'individu est atteint. Ce principe oblige l'individu à traiter l'humain en sa personne comme une fin et non un moyen (Delassus, 2017).

Le principe de la bienfaisance permet d'agir pour le bien-être d'autrui. Il s'agit de faire les choses bien pour l'intérêt de l'autre. Il porte l'attention sur un devoir moral envers l'autre (Delassus, 2017). « C'est une prémisse fondamentale, selon laquelle il incombe aux dispensateurs de soins de servir les intérêts du patient et de prendre des mesures positives pour éviter de le nuire » (Levitt, 2014, p. 108).

Être bienfaisant, ne peut pas se réduire tout simplement à la seule manifestation de l'empathie. La bienfaisance s'intègre dans un contexte social amenant chacun à être redevable envers autrui des bienfaits qui lui sont dispensés par la société. Il est nécessaire d'améliorer le sort du malade pour lui diminuer sa souffrance, autant que possible, dans le respect des principes d'autonomie et de non-malfaisance (Delassus, 2017).

La non-malfaisance retrouvée dans le serment d'Hippocrate en ces termes : « d'abord, ne nuire en rien » constitue l'engagement fondamental des professionnels de santé envers les usagers (Levitt, 2014, p. 108). Par ce principe, les professionnels de la santé n'ont pas le droit d'user de leurs compétences, pour intimider ou porter

préjudice aux usagers. « Ce principe repose donc sur l'idée qu'il est pire de nuire à autrui que de ne pas agir pour lui venir en aide » (Delassus, 2017, p.5).

Selon Delassus (2017), le principe de justice démontre l'équité et l'égalité entre les individus. Tous les individus ont le droit d'accès aux soins, pauvres ou riches. L'appartenance à une classe politique n'influence pas l'accès aux soins. Les différents types de justice (distributive, procédurale, commutative, etc.) sont à respecter dans l'accès aux soins. Les problèmes d'injustice liés à l'affectation de matériels de soins, à l'inobservance de la procédure, à l'allocation de fonds pour les soins de santé sont fréquents dans les milieux de soins. Les interrogations sont souvent portées sur le type de principe (équité ou égalité) à privilégier dans certaines situations (Delassus, 2017). La fidélité, le respect, la responsabilité, l'équité, la citoyenneté et la préoccupation pour autrui constituent une base normative de construction d'un code éthique (Schwartz, 2002).

2.4 La gestion du changement culturel

2.4.1 La définition et les objectifs du changement

Le changement organisationnel est défini comme « toute modification relativement durable dans un sous-système de l'organisation, pourvu que cette modification soit observable par ses membres ou par les gens qui sont en relation avec ce système » (Collerette *et al.*, 1997). Cette définition donne des critères montrant que toute situation organisationnelle constitue un changement (Collerette *et al.* 2013). Le changement concerne une vaste gamme d'objets comme les pratiques du personnel, la technologie, les structures, les modes de fonctionnement, la culture, les attitudes, la gouvernance, etc. (Collerette *et al.* 2013).

Les pessimistes pensent que vouloir changer la culture est un engagement difficile à opérer. Selon Laberge *et al.* (2018), c'est un exercice périlleux à réaliser. Le changement touchant la culture ou la vie des membres d'une organisation est difficile à réaliser (Mohrman *et al.*, 1991, cités par Colletette *et al.*, 2013). Autissier *et al.* (2014) expliquent que le changement de la culture organisationnelle est un changement des valeurs et des normes de comportements, des croyances et hypothèses, des symboles et le processus dynamique qui lie ces dimensions. « Le changement de culture apparaît lorsque de nouvelles valeurs ou normes de comportement sont intégrées dans l'organisation » (Autissier, 2014, p. 234). Pourquoi changer la culture d'une organisation et implanter une culture éthique ?

Le défi de la productivité (Cadieux et Laflamme, 2009) a amené les organisations à revoir les règles de conduite afin de se doter de nouveaux moyens de régulations susceptibles de corriger certaines pratiques inacceptables et réveiller les consciences endormies chez certaines personnes par le processus de formulation de ces règles (Bourgeault, 2000). Instaurer une culture éthique est la solution proposée par Hudon (2014) pour lutter contre l'auto-référencement des médecins. Pour elle, cette stratégie est un ajout aux réglementations strictes visant les médecins et œuvrant pour la protection des patients face aux intérêts secondaires des médecins proposés par Saporta et Gibson (2007, cité par Hudon, 2014). Des programmes éthiques forts ont un effet positif sur le comportement des employés et leurs attitudes éthiques tout en renforçant leur culture d'entreprise (Ferrell *et al.*, 1998). Les organisations sont conseillées d'adopter un programme d'éthique pour prévenir et réduire les comportements non éthiques (Paine, 1994). Ainsi, le comportement éthique est un des moyens pour l'entreprise d'acquérir une légitimité sociale reconnue et durable (Séguin et Durif, 2007). Les organisations mettent en place des programmes d'éthiques pour instaurer et renforcer leur culture éthique (Cadieux et Laflamme, 2009 ; Ferrell *et al.*, 1998 ; Park et Blenkinsopp, 2013 ; Proenca, 2004). La mise en place d'un programme éthique est un changement organisationnel et requiert des

compétences en gestion du changement. Comment mener un programme éthique et réussir le changement culturel ?

2.4.2 Le processus d'implantation d'une culture éthique : un programme éthique

Un programme d'éthique est un ensemble d'activités (politiques et procédures) ayant pour but d'aider les employés à comprendre et à se conformer aux normes éthiques et politiques définies par l'organisation (Heungsik et Blenkinsopp, 2013). Le contenu du programme éthique varie d'une organisation à une autre. Proenca (2004) a montré l'influence de cinq éléments du programme éthique sur la perception de l'intégrité organisationnelle des employés. Il s'agit des systèmes d'audit, de la hotline interne dédiée à l'éthique, de la formation à l'éthique, du responsable éthique et de l'importance accordée à l'éthique en tant que valeur. L'orientation éthique (les valeurs et la conformité à l'éthique) joue un rôle modérateur dans cette relation. Les pratiques de gestion favorisant l'éthique sont l'élaboration d'énoncés de valeurs et de codes de conduite, la formation, la nomination des responsables institutionnels ou de comité d'éthique ainsi que les mécanismes de conseil et de communication confidentiels (Girard, 2007).

Les études de Heungsik, et Blenkinsopp (2013) ont montré la relation entre le programme éthique, la culture éthique et l'inconduite dans les administrations publiques. Un modèle théorique selon lequel la culture éthique est une variable médiatrice dans la relation entre les programmes d'éthique et les comportements répréhensibles a été testé à l'aide des données d'une enquête nationale sur l'éthique des organisations de la fonction publique coréenne. Les données indiquent que la relation entre les programmes d'éthique et l'inconduite est entièrement influencée par

la culture éthique. La mise en place des programmes éthiques dans une organisation va influencer la culture éthique des employés qui se traduit par les comportements répréhensibles.

La figure 2.1 est un modèle de programme éthique expliquant le processus de rédaction, d'implantation et de gestion d'un code d'éthique résumant les meilleures pratiques de son élaboration. C'est un processus en trois étapes à savoir : la formation, l'élaboration du contenu et l'implantation/contrôle. Les différents acteurs ont des rôles essentiels à jouer pour le succès de la démarche. Les sections suivantes présentent ces étapes par ordre séquentiel.

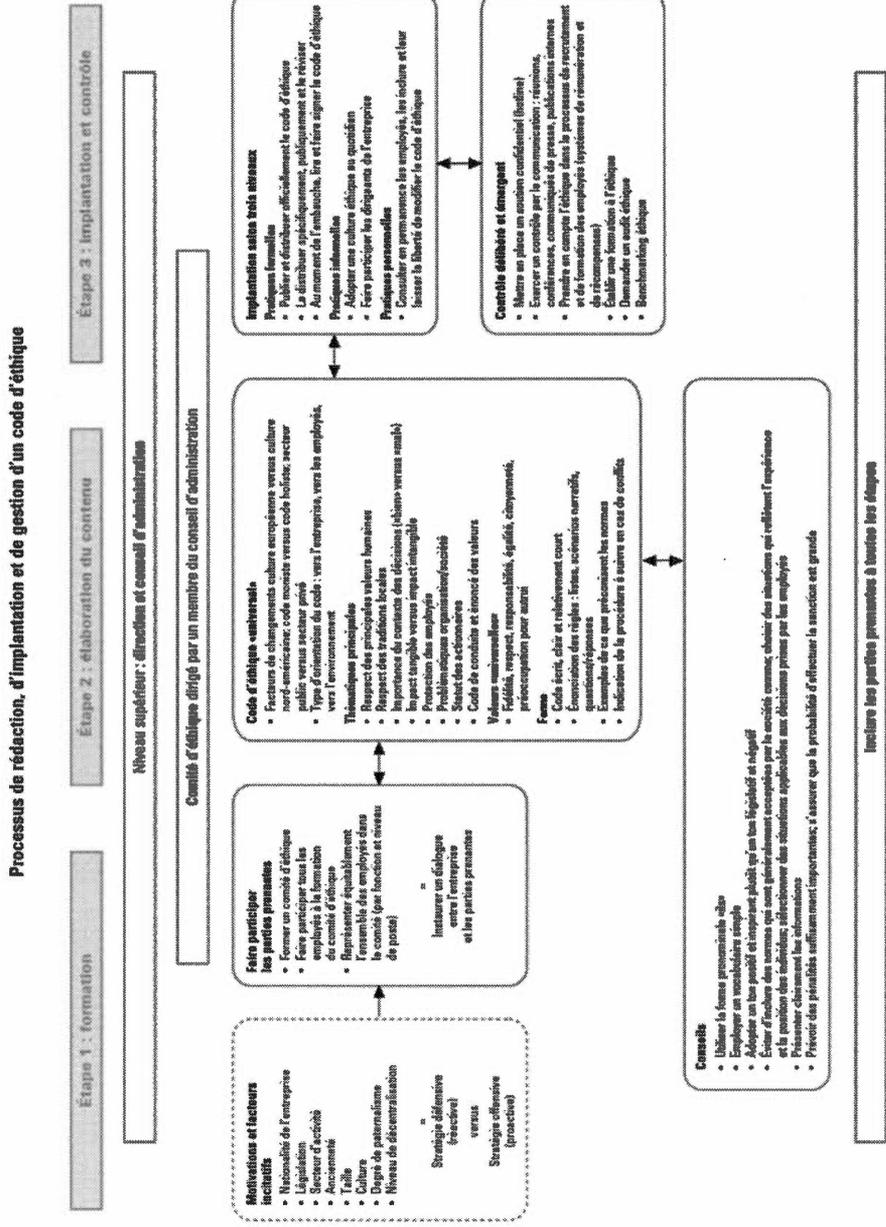


Figure 2.1 Processus de rédaction, d'implantation et de gestion d'un code d'éthique

Source : Durif et al, 2009, p.23

2.4.2.1 Étape 1 : la formation

Dans le modèle de Durif *et al.* (2009), cette étape consiste à former le comité d'éthique d'où le nom de formation à la première étape. Tous les employés participent à la formation du comité et y sont représentés de manière équitable. L'entreprise instaure alors un dialogue avec les parties prenantes. C'est l'étape de l'analyse stratégique (défensive ou offensive) de la situation de l'organisation suivant sa nationalité, sa législation, son secteur d'activité, son ancienneté, sa taille, sa culture, son degré de paternalisme et son niveau de décentralisation. Un changement nécessite d'identifier le contexte qui le régit et d'adapter les actions en conséquence (Snowden et Boone, 2007). Pour eux, un changement culturel est un changement complexe dont les solutions découlent des circonstances.

Soutenant la perspective des optimistes, la culture est susceptible de subir des changements planifiés menés par un leader ou la haute direction de l'entreprise. La haute direction a ainsi un rôle d'initiateur et de meneur à jouer dans le processus d'implantation de la culture éthique (Laberge *et al.* 2018). Autissier *et al.* (2014) suggèrent que l'implication réelle de l'équipe dirigeante doit être explicite et perçue par tous sans incohérence entre les mots et les actions.

Le dirigeant est considéré comme un agent du changement. Les agents du changement sont les initiateurs, concepteurs/planificateurs, exécutants et évaluateurs; les destinataires relais sont les collaborateurs et les commanditaires et finalement; les destinataires terminaux (Collerette *et al.*, 2013). Les initiateurs travaillent sur les questions relatives à la préparation du changement, les concepteurs cherchent les solutions de changement, les exécutants implantent le changement sur la base des solutions des concepteurs tandis que les commanditaires font notamment le lobbying

pour la recherche du financement du projet de changement. Les agents du changement jouent le rôle de leader. Il est important de développer le leadership des gestionnaires d'équipes pour influencer les employés à adopter des changements requis. La compréhension du leadership et les compétences d'un leader s'avèrent nécessaires pour que les initiateurs du changement sachent comment mener le changement pour son succès.

Les travaux de Lewin (1951, cité par Autissier *et al.*, 2014)) sur le style du leadership et la dynamique des groupes ont montré que le dirigeant joue un rôle important dans le changement de culture. Trois styles de leadership ressortent des travaux de Lewin à savoir le style autoritaire, le style démocratique et le style permissif. Le leadership autoritaire dirige le groupe par des ordres impératifs, il définit les objectifs et détermine les moyens de mise en œuvre. Le leadership démocratique ne donne pas des ordres, mais participe à la vie du groupe par des encouragements des suggestions, des orientations et des assistances. Il encourage le groupe à des innovations, à de nouvelles opinions. Le leadership permissif laisse le groupe agir à sa façon, mais donne des moyens techniques pour la réalisation des objectifs (Autissier *et al.* 2014). Les résultats des travaux de Lewin (1951) montrent que le leadership démocratique crée des relations amicales et chaleureuses dans le groupe. Il ressort ainsi de ces études que le leadership varie selon le contexte. Les managers choisissent le style à adopter en fonction de la situation, mais les styles démocratique et permissif sont les plus conseillés pour encourager l'innovation et donc le changement.

Le leader influence et inspire les gens par sa vision, il partage de solides valeurs personnelles, il est authentique et obtient des résultats au travers de relations (Lavallée, 2017). Plusieurs modèles de développement de compétences de leaders sont proposés dans la littérature dont le cadre LEADS qui est d'un atout considérable à l'individu, au fonctionnement des organisations de santé et à la performance des

systèmes de santé (Leads, 2017). Le LEADS permet à l'individu d'être son propre leader, d'engager les autres, d'atteindre des résultats, de développer des coalitions et de transformer les systèmes (Lavallée, 2017). Conséquemment, les travaux actuels sur le leadership sont menés conjointement avec l'éthique d'où l'on parle du leadership éthique.

Oiry *et al.* (2015) ont montré dans leur étude l'importance de l'éthique incarnée par le gestionnaire dans les pratiques professionnelles. Pour Grojean *et al.* (2004), un gestionnaire qui adopte des comportements éthiques constitue un modèle qui contribue fortement à la diffusion des comportements éthiques dans les organisations. Le manager joue ainsi un rôle très important dans l'adoption des comportements éthiques par les employés. Il donne l'exemple à suivre. Le leadership éthique s'impose aux gestionnaires et aux responsables d'équipes pour implanter une culture éthique. Les recherches empiriques sur le leadership éthique sont « dans l'enfance » (Mayer *et al.*, 2009). Brown, *et al.* (2005, p. 120) définissent d'une façon large le leadership éthique comme « the demonstration of normatively appropriate conduct through personnel actions and interpersonal relationship, and the promotion of such conduct to followers through two-way communication, reinforcement, and decision making ». Pour ces auteurs, les normes varient selon les entreprises, les cultures et les secteurs d'activités. L'éthique fait partie intégrante des éléments constitutifs du leadership, on ne peut donc pas parler du leadership sans faire mention de l'éthique.

Le leader intervient dans chaque action de l'implantation du changement pour véhiculer un message particulier aux destinataires du changement (Lauzier *et al.*, 2018). Selon le modèle de Durif *et al.* (2009), la direction, le conseil d'administration et le comité d'éthique dirigé par un membre du conseil d'administration ont des rôles permanents à jouer du début du processus jusqu'à la fin du processus d'implantation et de gestion du code d'éthique. Balogun (2003) recommande d'ailleurs à la haute

direction de prendre conscience du rôle des gestionnaires intermédiaires dans l'implantation du changement.

Les gestionnaires intermédiaires sont les « Boundary-Shaking » (Balogun *et al.*, 2005, p.261). Autrement dit, tout agent du changement est susceptible d'influencer délibérément et consciemment le contexte de l'organisation et les individus qui y travaillent (Autissier *et al.*, 2014). Le gestionnaire intermédiaire a les compétences d'ajuster le système de contrôle, de cadrer les agendas, de mettre en scène, de regrouper les intelligences et de manager le top-manager (Autissier *et al.*, 2014).

Dans les changements imposés par la haute direction comme l'implantation d'une culture éthique, le rôle des gestionnaires intermédiaires est prépondérant. Autissier *et al.* (2014) se sont basés sur les travaux de Balogun (2003) ainsi que de Balogun et Johnson (2004) pour affirmer qu'un changement imposé au départ, de nature à créer une rupture devient progressivement un changement négocié entre les différents acteurs par le rôle d'agents du changement des gestionnaires intermédiaires. Ils se sont également inspirés de l'étude de Nadler et Tushman (1994) pour dire que, le manager intermédiaire a un triple rôle à jouer. Il doit être capable de clarifier les comportements attendus par la direction aux collaborateurs, de contrôler le déroulement du changement et de mettre en place un système de sanctions ou de récompenses (Autissier *et al.*, 2014). Ainsi, le manager intermédiaire, en plus de son rôle traditionnel qu'est implanté le changement dans son service, il donne du sens au changement en s'engageant dans un changement personnel et aide ses collaborateurs à se faire une représentation du changement. Il assure également le fonctionnement de son service par des activités quotidiennement jouées (Balogun, 2003, cité par Autissier *et al.*, 2014).

En s'appuyant sur la « Gestalt theory » selon laquelle le tout est plus grand que la somme des parties (Demers, 1999), il s'avère important d'impliquer toutes les parties au changement. L'implication et la participation de toutes les parties prenantes de l'organisation et l'importance de la mise en place d'un comité d'éthique pour l'élaboration du contenu de formation sont nécessaires (Durif *et al.*, 2009). Le comité éthique a pour rôle de représenter les intérêts de toutes les parties prenantes tout au long du processus jusqu'à l'implantation définitive du code d'éthique (Durif *et al.*, 2009). La réussite d'un changement nécessite l'implication de plusieurs acteurs à savoir les managers supérieurs, les managers intermédiaires, les leaders d'opinion, le groupe, les minorités, etc. « Le changement se construit aux deux tiers dans la relation du manager avec ses collaborateurs » (Kotter, 1996 cité par Autissier *et al.*, 2014, p. 191).

2.4.2.2 Étape 2 L'élaboration du contenu

La figure 2 montre que l'étape de l'élaboration du contenu consiste à rédiger le code d'éthique de l'entreprise au travers du code d'éthique « universel », des thématiques principales de l'entreprise, des valeurs universelles. Le code d'éthique est supposé être clair, relativement court, énonçant des règles et indiquant la procédure à suivre en cas de conflits (Durif *et al.*, 2009).

Le code d'éthique, appelé sous plusieurs noms (code commercial, code de déontologie d'entreprise ou professionnelle, code de conduite, code d'intégrité, etc.) est une déclaration écrite définissant les principes, les règles de conduite, les positions morales, les codes de pratiques et la philosophie qui régissent le fonctionnement d'une entreprise et les responsabilités vis-à-vis de ses parties prenantes (Donker *et al.*,

2008). Un code d'éthique est un document de politique qui définit les responsabilités de l'organisation envers ses parties prenantes et la conduite qu'elle attend de ses employés (Kaptein et Wempe, 2002). Un code clarifie les objectifs poursuivis par l'entreprise, les normes et les valeurs qu'elle défend et ce pour quoi elle peut être tenue responsable (Kapein, 2004). Le contenu du code d'éthique peut avoir une influence sur le comportement des membres d'une organisation qui modifient leur perception du moral d'une action (Lere et Gaumnitz, 2007). Les codes éthiques contiennent des directives normatives pour le comportement (Schwartz, 2002). Pourquoi élaborer un code d'éthique ?

Les entreprises se doivent d'élaborer des codes éthiques pour faciliter aux gestionnaires d'indiquer les comportements éthiques à adopter au travail (Durif *et al.*, 2009). L'élaboration et la gestion du code d'éthique ont un impact positif sur le comportement lorsque les acteurs sont impliqués dans le processus. La présence et la gestion d'un code d'éthique dans une organisation exercent une influence sur les attitudes et les comportements au travail (Schwartz, 2004; Trevino *et al.*, 2006).

Mais, force est de constater que certaines organisations élaborent des codes d'éthique qui n'ont aucun impact sur le comportement des employés. Pourquoi le code d'éthique n'aurait-il pas d'impact positif sur le comportement des membres de l'organisation ? Comment reconnaître la validité éthique du code? Ce sont des questions qui se posent. Cette étude n'a pas pour but de répondre de façon détaillée à toutes ces questions, mais tente de les survoler pour apporter une compréhension d'ensemble pour un changement de comportement.

Les hauts dirigeants d'entreprise perçoivent le respect des règles éthiques comme une entrave à la performance organisationnelle et justifient les indicateurs de performance par des résultats à court terme (Autissier *et al.* 2014). Ce qui fait dire à Séguin et

Lapalme (2017, p. 3) que « le promoteur de l'éthique est toujours perçu comme une sorte d'objecteur de conscience ; on ne lui reconnaît pas sa pertinence stratégique dans l'entreprise ». Pour certains, le code d'éthique n'est que de la « poudre aux yeux », car les des acteurs sont souvent méfiants (Kaptein et Schwartz, 2008). Il est d'ailleurs difficile de prouver l'efficacité d'un code d'éthique (Durif *et al.*, 2009). Pour Healy et Iles (2002), l'adoption d'un code éthique ne garantit pas nécessairement des comportements éthiques. Le code d'éthique est formalisé dans la plupart des entreprises comme une exigence bureaucratique ou fonctionnaliste entraînant des résultats négatifs comme une diminution de la responsabilité des employés et une influence nulle sur les comportements (Durif *et al.*, 2009).

Le code d'éthique est efficace lorsqu'il reconnaît les valeurs et les besoins des employés et le degré de leur engagement dans son élaboration (Durif *et al.*, 2009). Pour que le code d'éthique soit un outil utile de gestion, il faut que les phases du processus de son élaboration soient accompagnées par la concertation, la confiance mutuelle et l'exemplarité (Durif *et al.*, 2009).

2.4.2.3 Étape 3 Implantation et contrôle

Une fois le contenu élaboré, son appropriation par l'ensemble des membres de l'organisation amène à l'implantation. Cette étape est une succession d'activités de formation à l'éthique, de communication, de diffusion, et de contrôle (Durif *et al.*, 2009). Ces activités se déroulent de façon informelle, formelle et personnelle (Durif *et al.*, 2009).

2.4.3 La formation : une typologie des approches de formation à l'éthique

Plusieurs modèles de formation à l'éthique peuvent être utilisés pour implanter la culture éthique. Quatre modèles sont proposés dans le cadre de cette étude : le modèle normatif, le modèle de l'éthique du sujet, le modèle pragmatiste et le modèle d'analyse de l'éducation éthique.

Le cadre normatif de formation à l'éthique est inspiré du modèle « principiste » de la bioéthique de Beauchamps et Childress (1979, cité par Lacroix *et al.*, 2017). Fondé sur quatre principes à savoir le principe d'autonomie, d'équité, de bienveillance et de non-malveillance, il sert de modèle aux pratiques professionnelles pour édicter d'autres principes spécifiques à chaque organisation selon sa finalité recherchée et ses valeurs défendues (Lacroix *et al.*, 2017). Ce dispositif de formation peut être adapté suivant les standards du marché à l'organisation tout en mettant l'accent sur la participation des travailleurs (Dujarier, 2015). Ce modèle est pratique dans les milieux professionnels et les milieux de travail, car il sert d'outil de décision, de discrimination et d'évaluation des bons et mauvais comportements et aussi d'identification des indicateurs de performance (Lacroix *et al.*, 2017). Le responsable a ainsi un rôle de contrôle à jouer pour le respect de la norme.

Le modèle normatif implique en effet qu'une personne, ou un groupe de personnes au sein de l'organisation, soit responsable d'identifier les normes, de les créer et de les interpréter, de même que de les appliquer, ou de veiller à leur application par les travailleurs, de manière plus ou moins stricte, en fonction du pouvoir hiérarchique qui lui est reconnu au sein de l'organisation. En ce sens, le pouvoir est assumé de manière verticale et, selon le niveau hiérarchique, il reviendra au supérieur de veiller à ce que les personnes sous ses ordres ne dérogent pas à la norme (Lacroix *et al.*, 2017, p. 19).

Le respect et l'insuffisance du droit, la convention déontologique, les chartes des valeurs, de codes de vie et d'énoncés de valeurs et de nouvelles normes sont interprétés comme le prolongement du droit. Ils constituent de nouveaux référents normatifs pour édicter les bonnes pratiques et les manières de faire. Il est essentiel de s'assurer de la bonne connaissance du code de déontologie par chaque professionnel de manière à le faire observer d'une façon inconsciente et automatique par tous (Bouchard et al., 2017). Ce modèle, bien que mettant l'accent sur les normes et les bonnes pratiques ne renseigne pas sur la formation à donner aux professionnels confrontés aux situations de dilemme éthique.

Le modèle de l'éthique du sujet « réhumanise » la formation à l'éthique (Lacroix *et al.*, 2017). L'individu doté de la capacité de réflexion par une autonomie professionnelle et un souci de l'autre est en mesure d'interpréter les normes de l'organisation devant des situations de dilemme éthique. Mais, la connaissance des normes est nécessaire, mais n'est pas suffisante pour régler toutes sortes de situations et même ceux n'étant pas pris en compte par les textes de normes existantes (Lacroix *et al.*, 2017). Ce modèle fait appel à la conscience de l'individu et à sa capacité à se remettre en cause lorsqu'il lui arrive d'adopter des comportements non éthiques pour un changement de comportement lorsque des situations similaires se présentent. Ces deux premiers modèles interviennent dans les situations de dilemme sur le plan individuel pour impacter le comportement.

Toujours à l'instar de Lacroix *et al.* (2017), le modèle pragmatiste identifie les normes et les valeurs à mobiliser face aux situations de dilemme éthique afin de proposer une solution optimale de situations. Ce modèle met en évidence le contexte, les normes et les personnes impliquées (Lacroix *et al.*, 2017). Le comportement éthique peut être interprété par le contexte. Ces trois modèles n'expliquent pas le contenu de la formation à dispenser pour amener les gens à adopter des

comportements éthiques d'où l'importance d'un quatrième modèle, celui de l'analyse de l'éducation éthique.

La figure 2.2 décrit le modèle d'analyse de l'éducation éthique (Bouchard *et al.* 2017). C'est un instrument de mesure et de lecture objective de l'éducation éthique d'une organisation afin de s'assurer de la formation éthique à donner pour l'appropriation des valeurs. Ce modèle d'analyse comprend sept composantes éthiques, dont trois simples et quatre interrelations. Les composantes simples sont la formation personnelle (FP), l'éducation à l'autre (EA) et l'éducation à la société (ES). Les relations de la formation personnelle avec d'une part l'éducation à l'autre donnent FP/EA et d'autre part, la société est FP/ES. Celle entre l'éducation à l'autre et la société est EA/ES. L'interrelation entre la formation personnelle, l'éducation à l'autre et la société est EP/EA/ES (Bouchard *et al.*, 2017).

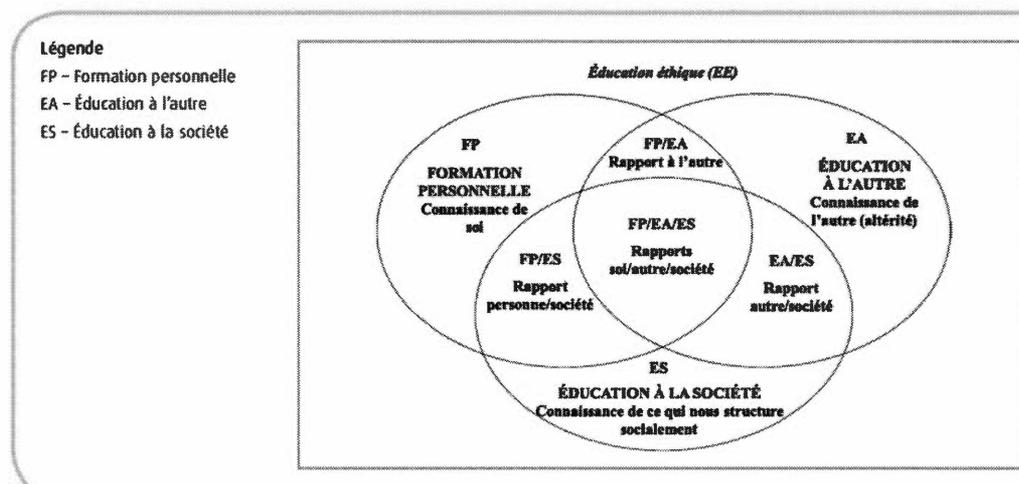


Figure 2.2 Modèle d'analyse de l'éducation éthique

Source : Bouchard et al. 2017, p. 66

La composante éthique de la Formation personnelle construit l'identité personnelle et la morale de la personne par le développement de la pensée critique, des valeurs propres, du questionnement existentiel, de la recherche d'une bonne vie, du dialogue intérieur au travers des termes des programmes d'études tels que l'autonomie, l'estime de soi, la liberté. (Bouchard *et al.*, 2017). À travers les modules de formation et d'éducation sur la diversité, les différences, l'identité de groupe, de communauté, les cultures, les ethnies, les différentes manières de vivre une vie morale, l'expérience et la liberté d'autrui, la composante éthique Éducation à l'autre cherche à acquérir des connaissances sur l'autre, l'identité des groupes et des personnes (Bouchard *et al.*, 2017). La composante de l'éthique Éducation à la société recherche les valeurs communes, les biens communs, le civisme, les normes juridiques et sociales, les droits et chartes, les institutions publiques (Bouchard *et al.*, 2017). L'éducation sur le rapport de l'individu envers les autres, par exemple, se soucier des autres, faire preuve d'empathie, de la bienveillance, de l'estime des autres montre « l'éthicité » du rapport à l'autre par la composante éthique Formation personnelle/Éducation à l'autre. Pour mettre l'accent sur l'individu en tant que membre de la société, sa participation publique, sa responsabilité citoyenne, la composante éthique Formation personnelle/Éducation à la société est prise en compte. L'étude des rapports entre des personnes ou des groupes particuliers de personnes touche la composante éthique Éducation à l'autre/Éducation à la société. La composante éthique au milieu reliant toutes les composantes le soi, l'autre et la société recherche le mieux-être, le mieux vivre des personnes, des communautés et de la société (Bouchard *et al.*, 2017).

L'éducation et la formation à l'éthique permettent à l'individu d'acquérir des compétences éthiques. La notion de compétence éthique dans le milieu de la santé n'est plus seulement une compétence technoscientifique. Elle va plus loin et aborde le domaine social et politique grâce à l'évolution des pathologies, à la régulation sociale pour encadrer les pratiques biomédicales et à l'intervention politique pour l'arbitrage

des dépenses de santé (Aiguier, 2017). La formation et l'éducation à l'éthique ainsi que l'énoncé des valeurs éthiques nécessitent donc de tenir compte de l'évolution de l'éthique et de travailler de concert avec les parties prenantes. L'implication de ces dernières au travers de la diffusion et également de la communication s'avère importante.

2.4.4 La communication et la diffusion des valeurs éthiques

Les valeurs de l'entreprise sont diffusées et partagées entre les employés de l'organisation par la communication interne. La publication et la distribution du code se font de façon officielle (Durif *et al.*, 2009). Pour Schwartz (2002), le code d'éthique devrait être diffusé et remis à toutes les parties prenantes de l'organisation. Les parties prenantes sont les acteurs internes et externes de l'entreprise. La hiérarchie est le garant de la diffusion des valeurs éthiques contenues dans le code en interne, notamment lors du recrutement où une copie est remise aux candidats retenus qui l'approuvent et le signent, s'engageant ainsi au respect du code (McDowell, 2006). L'information d'un changement de valeurs pour ceux qui y travaillent déjà dans l'organisation porte sur la vision du changement (faire savoir) et annonce les raisons qui sous-tendent le changement (Lauzier *et al.*, 2018). Ainsi, l'on peut dire que les valeurs éthiques sont à diffuser aussi aux clients, aux fournisseurs, aux usagers et à toutes les parties prenantes au travers des médias tels que l'internet, les journaux écrits, les journaux oraux et les réseaux sociaux.

La communication interne est, en effet, l'activité la plus déterminante pour la promotion de l'éthique au sein de l'organisation. Le rôle important de la communication interne amène les organisations à instaurer une vraie politique d'information et de communication interne (Medina-Aguerreberé, 2013).

L'information est à distinguer de la communication. Informer n'est pas synonyme de communiquer. L'information se fait dans une situation de liberté de conscience et d'expression alors que la communication tient compte du récepteur et de la relation qui lie l'émetteur au récepteur (Wolton, 2005).

Communiquer ce n'est pas seulement produire et distribuer de l'information, c'est aussi être sensible aux conditions dans lesquelles le récepteur la reçoit, l'accepte, la refuse, la remodèle en fonction de ses choix philosophiques, politiques, culturels. La communication, c'est surtout la question du récepteur où ce dernier demeure la boîte noire de la communication (Wolton, 2005, p. 16).

La communication en gestion du changement est une des clés de réussite du changement. Pour réaliser cela, les acteurs doivent comprendre pourquoi communiquer, connaître qui communique, ce qu'il doit communiquer, à quel moment le communiquer et avec quel outil le communiquer. Pour Lauzier *et al.*, (2018), la communication rappelle l'implication des employés (faire comprendre), les rassure sur l'évaluation du changement (faire exprimer) et les sollicite à décrire les problèmes rencontrés. La communication informe sur le changement et dirige le plan de réalisation du changement.

McDowell (2006) suggère de communiquer les valeurs de l'entreprise et d'aborder les questions d'éthiques lors des réunions, des conférences formelles et même dans les communiqués de presse. Durif *et al.* (2009) ajoutent que le code d'éthique peut être communiqué pendant les congrès et dans les publications internes telles que les bulletins et les journaux. L'entreprise peut évaluer le comportement éthique des employés lors du processus de recrutement (Adam et Rachman-Moore, 2004) et faire signer un contrat éthique avec l'employé dès sa sélection, l'encourager fortement au respect de l'éthique, lui faire signer le code chaque année au travers de mécanisme

d'encouragement tel que les primes et les augmentations de salaire (Durif *et al.*, 2009).

La communication horizontale entre les gestionnaires intermédiaires entre eux et celui vertical avec leurs supérieurs hiérarchiques facilite la prise de conscience des gestionnaires intermédiaires pour jouer efficacement leurs rôles et favoriser le changement (Autissier *et al.*, 2014). Des échanges informels se font entre les gestionnaires intermédiaires afin de collecter des informations leur permettant de structurer des communications formelles avec l'équipe dirigeante (Balogun, 2003). La discussion en groupe permet l'abandon des comportements et pratiques habituelles, favorise la remise en cause des normes du groupe et crée une motivation à changer (Autissier *et al.*, 2014).

2.4.5 Les mesures ou le contrôle de l'implantation

Les valeurs de l'entreprise sont diffusées et partagées entre les employés de l'organisation par la communication interne. La publication et la distribution du code se font de façon officielle (Durif *et al.*, 2009). Pour Schwartz (2002), le code d'éthique devrait être diffusé et remis à toutes les parties prenantes de l'organisation. Les parties prenantes sont les acteurs internes et externes de l'entreprise. La hiérarchie est le garant de la diffusion des valeurs éthiques contenues dans le code en interne, notamment lors du recrutement où une copie est remise aux candidats retenus qui l'approuvent et le signent, s'engageant ainsi au respect du code (McDowell, 2006). L'information d'un changement de valeurs pour ceux qui y travaillent déjà dans l'organisation porte sur la vision du changement (faire savoir) et annonce les raisons qui sous-tendent le changement (Lauzier *et al.*, 2018). Ainsi, l'on peut dire que les valeurs éthiques sont à diffuser aussi aux clients, aux fournisseurs, aux

usagers et à toutes les parties prenantes au travers des médias tels que l'internet, les journaux écrits, les journaux oraux et les réseaux sociaux.

La communication interne est, en effet, l'activité la plus déterminante pour la promotion de l'éthique au sein de l'organisation. Le rôle important de la communication interne amène les organisations à instaurer une vraie politique d'information et de communication interne (Medina-Aguerreberre, 2013). L'information est à distinguer de la communication. Informer n'est pas synonyme de communiquer. L'information se fait dans une situation de liberté de conscience et d'expression alors que la communication tient compte du récepteur et de la relation qui lie l'émetteur au récepteur (Wolton, 2005).

Communiquer ce n'est pas seulement produire et distribuer de l'information, c'est aussi être sensible aux conditions dans lesquelles le récepteur la reçoit, l'accepte, la refuse, la remodèle en fonction de ses choix philosophiques, politiques, culturels. La communication, c'est surtout la question du récepteur où ce dernier demeure la boîte noire de la communication (Wolton, 2005, p. 16).

La communication en gestion du changement est une des clés de réussite du changement. Pour réaliser cela, les acteurs doivent comprendre pourquoi communiquer, connaître qui communique, ce qu'il doit communiquer, à quel moment le communiquer et avec quel outil le communiquer. Pour Lauzier *et al.*, (2018), la communication rappelle l'implication des employés (faire comprendre), les rassure sur l'évaluation du changement (faire exprimer) et les sollicite à décrire les problèmes rencontrés. La communication informe sur le changement et dirige le plan de réalisation du changement.

McDowell (2006) suggère de communiquer les valeurs de l'entreprise et d'aborder les questions d'éthiques lors des réunions, des conférences formelles et même dans les communiqués de presse. Durif *et al.* (2009) ajoutent que le code d'éthique peut être communiqué pendant les congrès et dans les publications internes telles que les bulletins et les journaux. L'entreprise peut évaluer le comportement éthique des employés lors du processus de recrutement (Adam et Rachman-Moore, 2004) et faire signer un contrat éthique avec l'employé dès sa sélection, l'encourager fortement au respect de l'éthique, lui faire signer le code chaque année au travers de mécanisme d'encouragement tel que les primes et les augmentations de salaire (Durif *et al.*, 2009).

La communication horizontale entre les gestionnaires intermédiaires entre eux et celui vertical avec leurs supérieurs hiérarchiques facilite la prise de conscience des gestionnaires intermédiaires pour jouer efficacement leurs rôles et favoriser le changement (Autissier *et al.*, 2014). Des échanges informels se font entre les gestionnaires intermédiaires afin de collecter des informations leur permettant de structurer des communications formelles avec l'équipe dirigeante (Balogun, 2003). La discussion en groupe permet l'abandon des comportements et pratiques habituelles, favorise la remise en cause des normes du groupe et crée une motivation à changer (Autissier *et al.*, 2014).

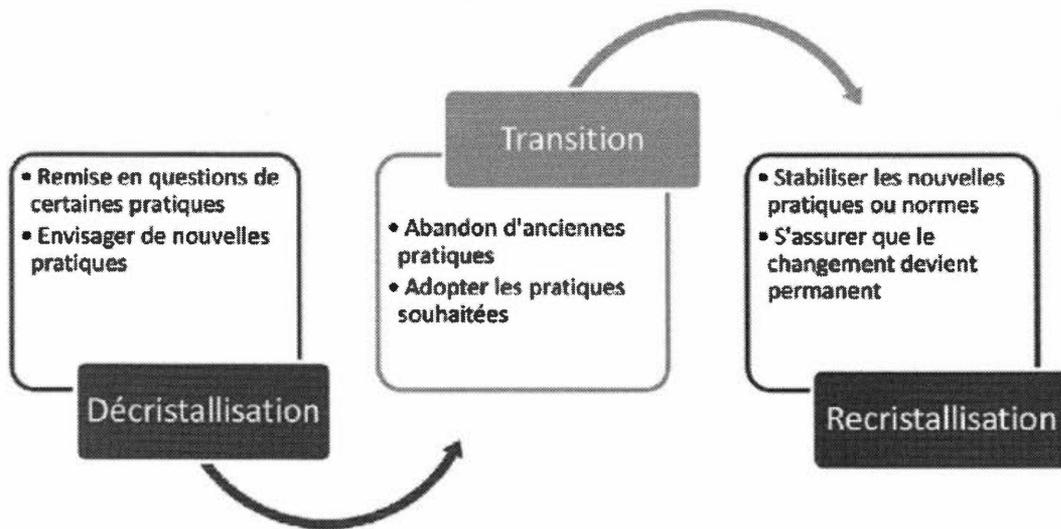


Figure 2.3 Les trois phases du modèle de changement de Lewin

Source : Duclos, 2015, p.36

2.4.6 La gestion de la résistance

La résistance au changement est une expression d'oppositions ou de blocages visant le rejet, l'arrêt ou la réorientation du changement (Foucher, 2018). Pour Soparnot (2010), les comportements tels que le déni, l'indifférence, le rejet, la rumeur, l'obéissance aveugle, le refus, l'argumentation, la contestation, l'opposition, la répression, la grève, le sabotage sont des résistances aux changements représentent des formes de résistance. Six facteurs peuvent être à l'origine de la résistance au changement : résistances psychologique, identitaire, politique, collective, cognitive et culturelle (Soparnot, 2013). La résistance psychologique est née de l'anxiété provoquée par le changement. La résistance identitaire apparait lorsque l'individu remet en cause son appartenance à l'entreprise lors du changement. La résistance

politique est observée lorsque l'analyse des jeux de pouvoir n'est pas en faveur du destinataire du changement. La résistance collective est créée par l'influence du groupe ou des normes du groupe sur l'individu. Lorsque la majorité n'accepte pas le changement, les quelques personnes qui vont vouloir l'accepter seront influencées par la majorité qui n'en veut pas. La résistance cognitive s'observe lorsque les destinataires du changement n'ont pas les qualifications et les compétences requises pour exercer le travail qui leur est confié. La résistance culturelle naît lorsque les valeurs partagées par les individus sont divergentes des valeurs véhiculées par le changement (Soparnot, 2013). La gestion de la résistance au changement peut alors se faire en fonction des facteurs de résistance.

Les résistances au changement n'expliquent pas nécessairement un dysfonctionnement de la part des destinataires, il serait donc mieux de les prévenir par des pratiques de gestion ne favorisant pas l'apparition de nouvelles résistances (Collerette *et al.*, 2013). Dans le cas d'un changement de culture, où il faut mettre en place de nouvelles normes, et renoncer à certaines habitudes anciennes, il faut s'attendre à des résistances, car c'est un changement subit par les employés et imposé par la direction. Les résistances proviennent des attentes et besoins des différents acteurs tout au long du processus du changement (Autissier *et al.*, 2014). Ainsi les préoccupations des acteurs nécessitent une prise en charge afin de favoriser une transition harmonieuse et un engagement serein dans le changement (Autissier *et al.*, 2014). Le modèle des sept phases de préoccupations des destinataires du changement de Bareil et Savoie (1999) représente un modèle qui peut être utilisé dans la gestion des préoccupations.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre portant sur la méthodologie présente les activités susceptibles de répondre à la question de la recherche. Il s'agit du devis de la recherche, des enjeux éthiques, de la population, de l'échantillon auprès duquel l'information a été recueillie ainsi que des techniques de collecte des données et d'analyse de données. La méthodologie précise la manière dont l'objectif de l'étude c'est-à-dire la compréhension des comportements des soignants et le processus de changement culturel est intégré aux moyens de ses activités (Fortin et Gagnon, 2016).

3.1 Les enjeux éthiques

l'étude portant sur les êtres humains soulève des considérations éthiques (Fortin et Gagnon, 2016). Ainsi, la recherche est menée dans le respect de la personne et de la dignité humaine. La nature de la question de recherche, de même que le recrutement des participants, la collecte des données et de ses interprétations sont des éléments considérés d'un point de vue éthique dans la présente étude. Les formulaires de consentement ont été signés par tous les répondants qui ont pu comprendre et évaluer les conséquences de leur participation volontaire à l'étude grâce à l'explication claire de l'objectif de l'étude. Le formulaire explique également les aspects de l'anonymat

et de la confidentialité des données ainsi que le droit de retrait. Aussi, le projet de recherche a été examiné par le comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 1 : sciences de la gestion). Il l'a jugé conforme aux normes de l'éthique de la recherche avec les êtres humains de l'Université du Québec à Montréal et délivré l'approbation éthique pour la poursuite de l'étude.

3.2 Le devis de la recherche

Le devis est présenté sous la forme d'un plan d'ensemble précisant les activités accomplies dans cette recherche. Le type d'étude, l'échantillon et les méthodes de collecte de données sont expliqués.

3.2.1 La méthode choisie : une recherche descriptive qualitative

Cette étude s'inscrit dans une démarche inductive faisant appel « à une palette de techniques d'interprétation dont le projet est de décrire, décoder, traduire ou du moins de saisir la signification, et non la fréquence, d'un phénomène du monde social survenant de façon plus ou moins naturelle » (Hlady Rispal 2002 p. 43). Elle est également un devis qualitatif exploratoire ayant pour but de comprendre le phénomène de mise en œuvre d'un changement culturel.

3.2.2 Le type d'étude : une étude de cas

L'objectif de l'étude étant la compréhension des comportements éthiques et non éthiques en milieu hospitalier et l'analyse du processus de changement culturel, elle touche aux phénomènes sociaux complexes nécessitant l'étude de cas (Ricœur, 1997). Pour Fortin et Gagnon (2016, p. 197), « l'étude de cas consiste à faire état d'une situation réelle particulière, prise dans son contexte, et à l'analyser pour découvrir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse ».

3.2.3 Le milieu de la recherche

Cette étude se déroule au CHU-SO où les caractéristiques et les comportements étudiés sont observés. L'information est recueillie auprès des soignants dans leur milieu de travail. La démarche choisie étant qualitative, le milieu naturel s'avère nécessaire afin de recueillir les données empiriques et atteindre les objectifs de l'étude. Une autorisation de la direction du CHU-SO a également permis d'avoir accès à des données secondaires. La présentation du CHU-SO se trouve à la fin de ce chapitre.

3.2.4 La méthode et les instruments de collecte de données

L'objectif étant d'obtenir le plus d'informations possible sur les comportements des soignants vis-à-vis de l'éthique et du processus d'instauration d'une culture éthique, les méthodes de données non structurées s'avèrent nécessaires (Fortin et Gagnon, 2016). Au vu de l'objectif poursuivi, la méthode d'entrevues est utilisée pour

collecter les données auprès des participants au moyen d'entrevue semi-dirigée. Les participants détiennent les informations recherchées.

Ainsi, un guide d'entretien avec les thèmes abordant les questions de l'éthique, du comportement éthique et non éthique, des causes, des conséquences de ses comportements, et du processus de changement a été rédigé. Ce guide d'entretien comporte deux questions principales et plusieurs questions de relance suivant les informations données par la personne. Ces questions de relance sont relatives aux comportements éthiques et au processus de changement. Les sous-questions permettent également d'aborder les acteurs impliqués, les rôles joués ainsi que les aspects communicationnels (quoi communiquer, qui communique, quand communiquer, comment communique, etc.). Le guide d'entretien est annexé au présent document.

3.3 L'échantillonnage

Tous les agents du CHU-SO ne pouvant pas participer à l'entretien, l'on a échantillonné la population d'étude pour avoir un nombre limité de personnes à enquêter. « L'échantillonnage est le processus par lequel on obtient un échantillon à partir de la population » (Fortin et Gagnon, 2015, p.260).

3.3.1 La population

Le CHU-SO étant un centre hospitalier du ministère de la Santé et de la protection sociale et que les lois et normes sont édictées par le ministère de la Santé, la population d'étude est l'ensemble des fonctionnaires du ministère de la Santé et de la

protection sociale. La population est délimitée à la région Lomé commune. Le personnel soignant, les gestionnaires des ressources humaines, les gestionnaires des services de santé et les gestionnaires de projet de la région Lomé commune constituent la population accessible.

3.3.2 L'échantillon

Font partie de l'échantillon, les personnes appartenant à la population accessible ayant au moins cinq ans d'ancienneté et qui occupent un poste au centre hospitalier Sylvanus Olympio. Font également parties les personnes ayant au moins cinq ans d'ancienneté occupant un poste au ministère de la Santé de la région Lomé commune. L'ancienneté est le critère de sélection afin d'obtenir des informations auprès des personnes qui connaissent bien le sujet.

L'objectif de l'étude étant de comprendre le comportement des soignants, l'échantillonnage délibéré sert à enquêter quinze personnes de la population accessible remplissant les critères de sélection. L'échantillonnage délibéré est utilisé dans une démarche qualitative. Il permet d'étudier en profondeur un nombre de personnes relativement petit (Fortin et Gagnon, 2016). L'échantillonnage par choix raisonné sert à constituer des sous-groupes de répondants suivant la catégorie professionnelle, caractéristique typique de la population de l'étude. Ainsi les répondants sont deux médecins (M1 et M2), deux gestionnaires de service de santé (GSS1 et GSS2), deux gestionnaires de projet (GP1 et GP2), deux gestionnaires de ressources humaines (GRH1 et GRH2). Les paramédicaux étant nombreux, on a enquêté sept d'entre eux : PM1, PM2, PM3, PM4, PM5, PM6 et PM7. Les paramédicaux sont notamment les infirmières, les sages-femmes, les ingénieurs (sanitaire, biomédical, orthoprothésiste.), les assistants médicaux. Cet échantillon représente bien le phénomène à l'étude. Le maximum des acteurs du système de santé

dans leur diversité fonctionnelle est ciblé dans la mesure où ils sont les plus concernés par l'application des règles éthiques ils sont également les acteurs de changement au premier plan dans l'hypothèse de la mise en œuvre d'une réforme en matière d'éthique.

3.4 La collecte et l'organisation des données

Une autorisation de la direction du CHU-SO a permis de collecter l'information auprès des soignants et avoir la documentation nécessaire pour mener l'étude. L'accessibilité et le recrutement des sujets ont été réalisés sans difficulté. Les premiers participants sont contactés par la chercheuse elle-même, car elle connaît le milieu, puisqu'elle-même y avait travaillé. La mise en relation avec les participants a été faite par contact direct ou par contact téléphonique. La chercheuse a également bénéficié de l'intervention d'une connaissance travaillant à la direction de l'hôpital qui l'a mis en relation avec les participants. Ce premier contact a permis d'expliquer l'objectif de l'étude, de montrer le formulaire de consentement préalablement approuvé par le CERPE 1, d'avoir le consentement du participant et fixé un rendez-vous pour l'entrevue.

3.4.1 La confidentialité et la sécurité des données

Les identités des participants ne sont pas publiées, les noms des participants sont gardés confidentiels au cours de la diffusion des résultats, des codes sont utilisés pour la présentation des extraits d'entretiens. Considérant le nombre important de professionnels de la santé (les médecins, les paramédicaux, les gestionnaires de ressources humaines et les gestionnaires de projets), les répondants ne pourront pas

être identifiés. Les renseignements identificatoires que renferme la banque de données sont remplacés par un code alphanumérique. Les retranscriptions des entrevues sont identifiées à l'aide d'un code alphanumérique, les enregistrements ont été détruits immédiatement après la retranscription. Pendant la collecte de données, les données papiers (formulaire de consentement, carnets de notes, etc.) sont mises dans un classeur verrouillé déposé dans un bureau verrouillé.

3.4.2 La collecte et le codage des données

Les entrevues étaient prévues pour une durée d'une heure à une heure trente minutes maximum. Mais le temps a été prolongé jusqu'à deux heures avec certaines personnes parce que le sujet a suscité l'intérêt de ces participants et surtout à cause du climat favorable que la chercheuse a su mettre en place pour accroître la réceptivité des répondants.

Une explication plus détaillée du sujet d'étude et la signature du formulaire de consentement au commencement de l'entretien permettent la mise en confiance du répondant pour l'entrevue. Les verbatims ont été enregistrés en format MP3 à l'aide d'un enregistreur vocal. Ce qui a permis une écoute active et la possibilité pour la chercheuse de pouvoir noter les gestes, le ton, la voix, l'attitude corporelle, etc. Chaque entretien se termine par des remerciements. La collecte de données et l'analyse de données se sont déroulées simultanément jusqu'à saturation des données (Ragin et Becker, 1992). À la fin de chacune des journées d'entrevue, les fichiers MP3 sont sauvegardés sur ordinateur, lesquels sont protégés par un mot de passe. Les enregistrements sur le MP3 portatif sont alors immédiatement effacés. Les enregistrements sont retranscrits et identifiés par un code alphanumérique et sont conservés dans un fichier séparé sur ordinateur verrouillé par un mot de passe dont la chercheuse est la seule capable d'accéder.

3.5 L'analyse des données

Analyser des données qualitatives, c'est de donner une signification à la masse d'information recueillie (Fortin et Gagnon, 2016). L'analyse de la transcription s'appuyant sur la revue littérature a permis de construire des nœuds (thèmes). Le logiciel Nvivo a permis d'organiser les données en deux thèmes à savoir l'éthique et le changement organisationnel. Chaque thème est subdivisé en sous-thèmes. Les sous-thèmes de l'éthique sont : la définition de l'éthique, la définition du comportement éthique. Les exemples de comportements éthiques et non éthiques ainsi que leurs causes et leurs conséquences sont également des sous-thèmes de l'éthique. Les sous-thèmes du changement organisationnel sont : la définition du changement organisationnel, les conditions nécessaires au changement, les activités du changement, le rôle des acteurs, etc. Leurs interprétations ont abouti à la formulation des résultats dans le chapitre suivant. L'interprétation des résultats consiste à donner un sens aux résultats, à les expliquer et à les conclure tout en vérifiant la vraisemblance des conclusions (Fortin et Gagnon 2016). Grâce aux fonctionnalités du logiciel, un nuage de mots et expressions de l'éthique selon les répondants a été réalisé.

Par la suite, NVivo a d'abord permis de classer et comparer les comportements éthiques et non éthiques. Ensuite, NVivo a permis de faire ressortir des variables individuelles et organisationnelles. Finalement, NVivo a été mis à profit afin de décrire le processus de changement tel que perçu par les répondants. Tout ce travail analytique, appuyé par NVivo a finalement permis de modéliser un processus d'intervention.

3.6 Le CHU-SO, lieu de l'étude de cas

Avant la présentation des résultats, il apparaît essentiel de présenter le CHU-SO où l'étude de cas a été rendue possible. Outre l'historique du CHU-SO, la situation géographique, la mission, la structure organisationnelle et le personnel sont explicités afin de mieux mettre en perspectives les résultats et l'analyse qui s'en dégagera au cours des prochains chapitres.

3.6.1 L'historique

Le CHU-SO était un dispensaire créé par les Allemands en 1885 appelé « RODEN WALD » basé à Aného (actuel Aného). Le transfert de la capitale à Lomé a modifié le dispositif sanitaire allemand au Togo qui comptait à l'époque un service fixe (l'hôpital principal de Lomé) et un service mobile. Un nouveau dispositif sanitaire fut installé suite à l'arrivée des français après la première guerre mondiale et à la défaite des Allemands. Les différents services de soins étaient dispersés dans la ville de Lomé. Une Maternité réservée aux femmes indigènes fut créée et baptisée avant 1954 sous le nom « BONN CARRERE ». Elle est située dans les bâtiments qui abritent aujourd'hui la brigade de la gendarmerie nationale, derrière la sûreté nationale en face de l'Ambassade de France. Une Chirurgie fut aussi installée à l'actuelle place du ministère de la Fonction publique. Les femmes blanches et celles des fonctionnaires accouchaient à l'hôpital européen situé dans le grand bâtiment face respectivement à l'Organisation mondiale de la Santé et au service du paludisme.

Avant 1949, l'actuelle place du CHU-SO était aérodrome de Lomé où atterrissaient les avions des colons venus de l'Europe. Le 19 novembre 1949 fut placée la première pierre de l'hôpital dont les travaux furent achevés en 1954. Ses portes ont été

officiellement ouvertes à la place actuelle sous la dénomination du Centre National Hospitalier (CNH).

En 1967, l'hôpital Bon Secours communément appelé Olympio Kondji fut annexé au CNH. En 1971, avec la création de l'Université du Bénin, actuelle Université de Lomé, le CNH de Lomé fut dénommé Centre Hospitalier Universitaire de Lomé. L'hôpital Bon Secours a été détaché du CHU de Lomé Tokoin en 2002. Le CHU-Tokoin deviendra le CHU-SO à compter du 26 avril 2012 par décret présidentiel du 26 avril 2012.

3.6.2 La situation géographique et le statut juridique

Le CHU-SO se situe au cœur de la ville de Lomé sur une colline au Centre-Ouest du quartier Tokoin précisément dans le 5^e district de la région sanitaire Lomé commune. Construit dans la zone lagunaire sur un plateau de dix hectares, le centre est limité à l'Ouest par le Boulevard de la Victoire, au nord par l'Avenue des armées et au Sud-est par l'Avenue de l'Hôpital.

Le CHU-SO est une institution publique à caractère administratif dotée de la personnalité morale. Il jouit d'une autonomie financière depuis 1998. Cependant, chaque année, l'État lui accorde une subvention de fonctionnement.

3.6.3 La mission

Le CHU-SO est un Centre de référence sur le plan national. Il a une triple mission : la prestation de soins curatifs ou préventifs aux malades, la formation permanente du

personnel et des apprenants des centres de formation de santé et autres et la recherche appliquée.

Le CHU-SO s'est spécialisé dans la prestation des soins curatifs et préventifs dans plusieurs domaines. Les domaines des soins curatifs sont vastes : La Médecine et les spécialités médicales dont la Cardiologie, la Rhumatologie, hépato gastro-entérologie la Dermatologie – vénérologie, la Neurologie, la Pneumologie et maladie infectieuse, la Néphrologie avec son centre de dialyse. La Chirurgie et les spécialités chirurgicales, dont la Chirurgie viscérale, la Traumatologie, l'Ophtalmologie, la Neurochirurgie, l'Oto-rhino-laryngologie, l'Odontostomatologie. La Gynécologie – Obstétrique, la Pédiatrie et la Néonatalogie et la réadaptation fonctionnelle. Pour les soins curatifs et promotionnels le CHU-SO intervient dans les domaines suivants : la vaccination, le contrôle et promotion de la croissance, la santé de la reproduction dont la planification familiale, la nutrition, information éducation et communication, etc.

En plus des soins donnés aux malades, le CHU-SO participe à la formation des étudiants des écoles spécialisées. La Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie, l'École des Auxiliaires médicaux, l'École Nationale des sages-femmes, l'École des Services de Santé des Armées de Lomé et les autres centres de formation du personnel administratif et financier. Dans le domaine de la recherche appliquée, le CHU dispose du matériel de recherche mis à la disposition des enseignants-chercheurs. Ce matériel permet aux chercheurs de faire des investigations dans le cadre d'une publication, de thèse, de mémoire ou de présentation publique lors des congrès.

3.6.4 La structure organisationnelle

Placée sous l'autorité du ministre en charge de la Santé, l'administration du CHU-SO est assurée par un organe de délibération ; le Conseil d'administration composé de douze membres. Il se réunit au moins trois fois par an et ses décisions sont exécutées par le Directeur général. Le Directeur général est aidé dans ses tâches par deux adjoints, les Surveillants généraux et le chef du personnel et l'agent comptable (voir annexe organigramme du CHU-SO. Comme adjoint, il y a le directeur adjoint chargé du budget et du personnel et le directeur adjoint chargé des finances et de la comptabilité. Le CHU-SO est organisé en sept départements et subdivisé en services : les services administratifs, les services financiers, les services généraux et les services hospitaliers. Comme services hospitaliers, l'on note les services de Médecine et Spécialités médicales, les services de Chirurgie et Spécialités chirurgicales, le service de la Gynéco-obstétrique, les services de la Pédiatrie les services de Laboratoire et les services d'Imagerie médicale.

Les services administratifs s'occupent de la gestion du personnel et assurent les affaires administratives. Il comprend : la direction des ressources humaines et du budget, le secrétariat général, le service du personnel, la surveillance générale, le service social, les archives, la sécurité hospitalière et le service de la statistique sanitaire.

Les services financiers effectuent les opérations financières, assurent l'exécution et la gestion du budget. Ils sont composés des sections qui sont : la direction financière et comptable, l'Admission, la Facturation, l'ordonnancement, l'économat, le recouvrement interne, la régie des recettes et l'agence comptable.

Les services généraux sont chargés de l'exécution de la maintenance des équipements biomédicaux et des travaux de construction et d'assainissement. Ils comprennent : le service biomédical, les ateliers (maçonnerie, menuiserie, plomberie, mécanique,

soudure), le service d'Hygiène et assainissement, le parc-autos, la cuisine, la lingerie et la morgue.

Les services de médecine et de spécialités médicales rassemblent les services en charge des patients adultes (patients âgés de plus de 15 ans) dont la pathologie requiert un traitement médical. Ce sont les services des urgences médicales, des soins intensifs, de la médecine interne avec une réanimation, de l'hépto-gastro-entérologie, la cardiologie et néphrologies avec une unité de dialyse, de la dermatologie-vénérologie. On y trouve également la clinique médicale, la neurologie et la rhumatologie, la pneumo-ptysiologie et des maladies infectieuses, la clinique universitaire de psychiatrie et de psychologique Médicale.

Les services de chirurgie et de spécialités chirurgicales s'occupent des patients présentant une affection chirurgicale ou traumatologique. Ils se composent du service des urgences chirurgicales, du bloc opératoire central, de la réanimation polyvalente, de la chirurgie viscérale, de l'Urologie, de la traumatologie avec son unité de brûlés, plaies et cicatrisation. Il y a aussi le service de la Chirurgie pédiatrique, de l'odontostomatologie, de l'oto-rhino-laryngologie, de la clinique médico-chirurgicale et de l'ophtalmologie ainsi que certaines unités connexes telles que la réadaptation fonctionnelle.

Le service de Gynécologie obstétrique est le département de référence nationale en matière de gynécologie et d'obstétrique. Il comprend la maternité, le bloc opératoire gynécologique, de la réanimation de la gynécologie et les suites de couches.

Les services de la pédiatrie comprennent la pédiatrie et la néonatalogie. La pédiatrie accueille les enfants de 0 à 15 ans. Elle a en son sein deux réanimations, dont l'une, pour les nouveau-nés de 0 à 28 jours et l'autre pour enfants de plus de 28 jours. La néonatalogie s'occupe des enfants prématurés ou de faible poids de naissance.

Les services de Laboratoire aident les Médecins à aiguïser les diagnostics avec des examens complémentaires. Ils comprennent le laboratoire de la biochimie, le laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique et de toxicologie, le laboratoire d'histologie et d'embryologie et le laboratoire de microbiologie. Ce dernier laboratoire a quatre unités ; la parasitologie et mycologie, la bactériologie et virologie, l'hématologie et la sérologie.

Les services de Radiologie et Imagerie médicale comprennent le pavillon de Scanner, service de la radiologie avec la radiographie conventionnelle, l'échographie et l'écho mammographie.

3.6.5 Le personnel

Selon les documents reçus, le CHU-SO emploie au 15 juin 2014, 1418 salariés répartis en quatre catégories socioprofessionnelles : le personnel médical, le personnel paramédical, le personnel administratif et financier, le personnel d'appui. L'effectif du personnel médical est de 187. Il est composé de professeurs titulaires ou agrégés des médecins et des internes. Le personnel paramédical est au nombre de 494. Il est composé des Sages-femmes, des Infirmiers diplômés d'État, des Techniciens supérieurs d'Anesthésie Réanimation, des Techniciens supérieurs d'Instrumentation chirurgicale, des Techniciens supérieurs de Radiologie et d'Imagerie médicale. Le personnel administratif et financier est au nombre de 351 ce sont des agents tels que les Directeurs, les Secrétaires, les Employés de Bureau, les Comptables les opérateurs de saisie, les employés de bureau et autres. Le Personnel d'appui est au nombre de 386. Ils sont chargés d'assister les prestataires de soins dans leurs pratiques. Les techniciens chacun dans son domaine, les gardes-malades, les manœuvres les brancardiers et autres concourent à la prise en charge des patients et au fonctionnement du CHU-SO.

Au CHU-SO, le personnel paramédical constitue la catégorie socioprofessionnelle la plus importante en termes d'effectifs. Elle représente 35 % de l'effectif total. Par contre, le personnel médical constitue la catégorie socioprofessionnelle la moins importante et ne représente que 13 % de l'effectif total du personnel.

Tableau 3.1 Effectif du personnel selon les catégories socio professionnelles en juin 2014

| CATÉGORIES | EFFECTIFS | POURCENTAGE (%) |
|--------------------------------------|-----------|-----------------|
| Personnel médical | 187 | 13 |
| Personnel paramédical | 494 | 35 |
| Personnel administratif et financier | 351 | 25 |
| Personnel d'appui | 386 | 27 |
| TOTAL | 1 418 | 100 |

Source : Secrétariat du Personnel

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre présente les résultats issus d'entrevues avec le personnel soignant du CHU-SO. La première partie consiste à donner la définition de l'éthique selon les interviewés puis à décrire les comportements éthiques et les écarts de conduite observés, leurs causes et leurs conséquences. La deuxième partie présente les propositions d'amélioration émises par le personnel soignant.

4.1 L'éthique

La première partie des données recueillies va définir l'éthique telle que les répondants le comprennent, un nuage d'expressions utilisées pour le désigner sera présenté. La description des comportements éthiques et non éthiques présents à l'hôpital suivra et enfin les variables organisationnelles, socio-économiques et politiques qui entraînent les comportements non éthiques, les variables individuelles de ces comportements et les conséquences aussi bien sur les usagers, les soignants et l'hôpital seront présentées.

4.1.1 La définition de l'éthique

Les répondants ont fait référence à plusieurs expressions pour définir et expliquer l'éthique et les comportements éthiques. La figure 4.1 conçue grâce aux fonctionnalités du logiciel NVivo montre la fréquence d'apparition des mots et expressions utilisés dans le verbatim pour définir l'éthique et les comportements éthiques observés au CHU-SO.



Figure 4.1 Nuage de mots et expressions définissant l'éthique selon les répondants à l'entretien

Pour 6 des 15 répondants, l'éthique est définie comme des règles morales, le consentement, la confidentialité, le secret médical, le respect, la déontologie, l'honnêteté envers lui-même et envers les autres. Ces valeurs régissent le fonctionnement de la profession à laquelle appartient un individu et l'individu est tenu de le respecter (PM3). L'éthique cherche à « mettre l'humain au centre de toute

activité» (GRH2) autrement dit, elle permet de « valoriser l'être humain et sa dignité » (GRH2), elle amène l'homme à « être vertueux » (GRH2). Il définit un homme vertueux comme étant « celui qui prend des décisions pour faire de plus en plus de choses de façon bien ». Pour lui, le fait d'observer les valeurs éthiques permet « une cohabitation pacifique»

PM5 définit l'éthique dans le domaine de la santé comme une obligation pour le prestataire à l'endroit du patient, il affirme que le prestataire doit observer un ensemble de comportements moraux vis-à-vis du patient. M2 réitère la même pensée en disant que l'éthique « c'est toute cette morale-là qui entoure tout ce que vous faites pour le patient » (M2).

Aussi, l'éthique est un questionnement, une réflexion ou une recherche sur les valeurs humaines (GRH1 et GRH2). Comme valeur, il y a « la vie et la mort, le respect de la personne, la liberté, la confidentialité » (GRH1). GRH2 montre l'importance de l'éthique dans la santé, en la comparant à la démocratie.

L'éthique pour le domaine de la santé, c'est comme la démocratie pour la politique. Si la démocratie permet à la politique d'avoir une vitalité, un dynamisme qui met en valeur les droits des citoyens, en fait, l'éthique dans le domaine de la santé devrait être la même chose pour faire valoir les droits des patients, puisque, dans le domaine de la santé, il faut faire valoir les droits du patient et les bons comportements qui suivent (GRH2).

L'importance de l'éthique dans la performance d'une organisation a été soulevée au cours d'une entrevue « l'adoption des valeurs éthiques dans nos structures de santé est un passage obligatoire pour la meilleure performance de notre système de santé »

(GRH2). Pour lui, parmi les valeurs éthiques citées dans le domaine de la santé, « le consentement est le premier à respecter », « le premier des comportements éthiques c'est vraiment la recherche du consentement du patient dans tout acte ». La confidentialité quant à elle « est la première chose qui met la confiance entre le praticien et son client ou son patient » et la deuxième règle à respecter. Il précise que la confidentialité est plus large et inclut le secret médical.

La distinction de l'éthique et de la morale sont faites par GSS2. Contrairement à la morale qui ordonne, l'éthique recommande en s'appuyant sur des principes comme la justice, l'autonomie, l'indépendance. Elle s'appuie sur des valeurs de droits, religieuses, morales, etc. Selon un médecin (M1), les normes éthiques ne sont pas des standards applicables dans toutes les organisations; dans son élaboration, elles doivent tenir compte des habitudes du milieu, des coutumes du milieu et des comportements des gens de ce milieu.

Il faut écrire des normes éthiques au CHU-SO, vu que c'est notre seul centre de référence, ça veut dire que tous ceux qui sont au nord, depuis Dapaong, Cinkassé jusqu'à Aného et Kpalimé, quand ils sont limités dans la prise en charge, c'est ici qu'on les évacue. Donc, on doit tenir compte de leurs habitudes du milieu avant de définir les normes (M1).

La majorité des répondants ont préféré donner des exemples de comportements éthiques que de définir l'éthique. Le paragraphe suivant présente les exemples de ces comportements décrits.

4.1.2 Les comportements éthiques observés

Pour quatre répondants, un comportement éthique, c'est la capacité à agir de façon morale (GP1, PM4, PM5, M2). GSS1 va plus loin que les règles morales et pense que « c'est un comportement qui respecte les règles de déontologie, les règles morales, les règles d'équité, les règles de partialité, les règles objectives ». Ces exemples de comportements sont présentés sous les catégories suivantes : le respect de la dignité, la confidentialité, le consentement, la bienfaisance et l'honnêteté.

4.1.2.1 Le respect de la dignité

Commençant par le respect des usagers, GP1 pense qu'il peut se faire par la salutation et le respect de l'ordre d'arrivée des malades : « un médecin, il arrive de la maison, il vient, il voit des patients assis, il salue tout le monde, bonjour, bonjour, il finit avant de rentrer dans son bureau pour commencer le travail » (GP1). Le respect de l'ordre d'arrivée est aussi partagé par GP2. « Vous avez quelqu'un que vous voulez recevoir d'urgence, il faut venir expliquer aux patients pourquoi vous voulez prendre telle personne en termes d'urgence parce que vous, vous voyez que c'est urgent de prendre celui-ci, mais chacun regarde son ordre d'arrivée ». Les 15 répondants ont mentionné le bon accueil ou bien la courtoisie dans la relation soignant-usager. PM6 précise que l'agent de santé doit être respectueux et avoir un sourire lorsqu'il s'adresse aux usagers. Pour PM5, la courtoisie fait partie des soins prodigués aux usagers « si quelqu'un vient au CHU, et il est bien reçu, il est à moitié guéri », GRH1 renchérit que le bon accueil est le premier médicament, il reconforte et il y a une confiance qui naît entre le soignant et l'utilisateur. Certains soignants sont proactifs dans la courtoisie affirme PM1 « un patient qui est là pour prendre les résultats qu'on croise même si tu n'es pas secrétaire, chargé de l'accueil, il y en a qui les accueillent. Ah ! qu'est-ce que je peux faire pour vous ». Le fait de renseigner et d'orienter un usager perdu ou bien

même l'accompagner jusqu'au service dans lequel il voulait se rendre est une façon de traiter l'autre avec courtoisie selon M2. En résumé pour les répondants, le respect de la dignité de la personne c'est le bon accueil, la salutation des usagers au début de la consultation, le respect de l'ordre d'arrivée des usagers, l'explication claire des actes à poser aux usagers.

4.1.2.2 La confidentialité

GP2 souligne que la confidentialité passe par le respect de la personne et peut être respectée dans la façon de parler à l'utilisateur « quand vous avez un patient, vous ne pouvez pas interroger un patient devant les autres, ou bien quand vous l'examinez, vous voulez demander à quelqu'un de se déshabiller, il faut lui dire de façon, avec tact ». Pour PM3, c'est garder secret ce dont souffre le malade, même à la famille du malade il faut protéger le malade. GRH2 parle du secret médical et PM4 du secret professionnel, pour ce dernier, « ce n'est pas parce que telle personne a eu telle pathologie et quelqu'un vient dire il a quoi et vous commencez par raconter ce qu'il a ». Il pense que c'est le bon sens qui guide le soignant dans ses décisions à informer un proche parent.

C'est à vous de juger, vraiment si ça vaut la peine de lui en parler ou pas...il y a des informations que vous pouvez donner qui peut-être peut aider le patient à vite recouvrer sa santé. Si vous savez que l'apport de l'information à la personne indiquée peut valoir, mais si ça ne peut pas, vous ne le devez pas (PM4).

Pour PM5, « on ne peut pas se lever comme ça pour transmettre un résultat à la famille du malade » (PM5). Il pense que c'est au malade d'informer sa famille de sa maladie et c'est lorsqu'il se trouve dans des situations d'incapacité que lui-même peut demander au soignant d'en informer sa famille.

4.1.2.3 Le consentement

GRH2 met notamment l'accent sur l'importance du consentement (respect du libre choix des patients) dans la relation soignant-usager. Pour lui, la relation de confiance naît à travers le respect de la confidentialité et le respect du consentement à l'égard du patient. Le consentement doit être « systématique », « a priori la prestation c'est dans le sens de lui faire du bien. Mais ce n'est pas au nom de ce bien là qu'il ne doit pas au préalable avoir son consentement » (GSS2). PM5 donne des exemples de situations où il faut nécessairement avoir le consentement du patient.

Si par exemple, je vais dans un service d'hospitalisation, il y a certains traitements qu'on donne aux patients, il faudrait qu'ils soient d'accord. On diagnostique quelque chose et l'on dit, je dois vous opérer pour telle chose, la personne doit être d'accord d'abord avant qu'on ne vous fasse l'opération parce qu'il y a certaines personnes, ils n'acceptent pas cela, ils refusent, donc, il faudrait avoir son accord d'abord, avant de lui faire cette opération. Peut-être une chimiothérapie ou bien quelque chose du genre. Ou bien, s'il y a des recherches, quelqu'un veut aller faire dans un service par exemple, il y a des patients qui sont là et vous voulez interroger des patients, vous devez d'abord avoir leur consentement éclairé avant de le faire et si c'est des enfants, peut-être on prend le consentement de leur parent et puis on peut mener des enquêtes avec l'accord du comité éthique (PM5).

4.1.2.4 La bienfaisance

Comme comportement éthique, c'est réfléchir sur la qualité du soin à prodiguer et poser le bon acte. « Il s'agit de s'assurer que le médicament que vous allez utiliser pour le patient ne va pas lui créer des problèmes après, c'est, s'assurer que quand vous faites le prélèvement pour un patient c'est pour le but pour lequel vous le faites » (M2). Parlant de la qualité des soins, les actes ne doivent pas être imposés, ils doivent plutôt être justifiés dans le seul intérêt du patient.

Je suis peut-être enseignant du rang A, donc professeur d'université. Je n'ai pas à imposer mes prescriptions à ceux qui sont moins gradés que moi, non. Chaque prescripteur devrait justifier sa prescription par rapport à l'indication qui se pose devant lui sans aucun autre intérêt. Le seul intérêt devrait être ce qui est bien pour le patient, ce qui est efficace (GSS2).

C'est ce qui lui fait dire qu'un comportement éthique, c'est un comportement acceptable par la communauté et chaque soignant devrait rechercher une certaine sagesse dans son action.

4.1.2.5 Autres comportements : l'honnêteté, la justice sociale, l'équité

D'autres comportements éthiques cités sont « l'honnêteté » (PM4) (ex. : « la garde malade qui se fait croire qu'il est le docteur »), « la justice sociale » (GSS2). (ex. : « Quiconque entre ici devrait être traité de la même façon, pauvre ou bien riche » (GSS2)), l'équité (ex. : « détecter les cas urgents et les aider, au lieu de mettre tout le monde dans un même panier et de les trimbalier comme on veut » (PM6)).

La définition de M2 vient clarifier le comportement éthique. Pour lui, « c'est un comportement qui ne discrédite pas la classe professionnelle à laquelle vous appartenez. C'est tout comportement qui ne va pas à l'encontre des valeurs d'une classe professionnelle donnée » (M2). Quels sont alors les comportements qui discréditent la classe professionnelle d'appartenance. Le paragraphe suivant va décrire les comportements non éthiques observés au CHU-SO.

4.1.3 Les comportements non éthiques présents au CHU-SO

Tous les répondants ont affirmé l'existence des comportements non éthiques au CHU-SO. Les plus observés sont entre autres le Programme d'Aide aux Malades (jargon utilisé entre soignants pour faire croire aux malades qu'on leur apporte de l'assistance en leur vendant de façon illicite une partie des soins et produits). Dans ce programme on note la vente de produits, le racket des usagers, le vol des usagers, l'antipathie, l'irrespect, le détournement de malades et le manque de disponibilité. Le tableau 4.1 dresse la liste des comportements non éthiques et les présente en ordre d'importance décroissant.

Tableau 4.1 Les comportements non éthiques observés au CHU-SO

| Comportements non éthiques (fréquence) | Extraits de verbatim |
|--|--|
| Le programme d'aide aux malades (PAM) (12) | <i>Le PAM c'est « ... quand un malade vient, au lieu de lui prescrire tous les médicaments, on lui vend certains et puis, c'est fait pour aider le malade » PM1;</i> |
| -Le fonctionnement du PAM (3) | <i>« Les sages-femmes m'ont demandé d'aller payer 2 litres d'eau de javel, je voudrais aller en ville, elles m'ont dit qu'elles en ont à leur niveau et je leur ai remis de l'argent » (GSS1);</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • La vente de médicaments et du service (6) • Le racket des malades (2) • Le vol (1) | <i>Le racket c'est quand un patient arrive à l'hôpital ... un professionnel de la santé veut imposer lui-même un comportement au patient, de sorte qu'il paie des services qu'il n'aurait pas dû payer ou bien on lui propose des médicaments hors système qu'il achète, alors qu'il n'aurait pas dû acheter... » (GRH2).</i> |
| L'antipathie : le manque de courtoisie et le non-respect de la personne (7) | <p><i>« J'étais à la caisse quand la caissière a insulté le patient devant moi. Elle l'a insulté imbécile et j'ai réagi en même temps et ça n'a pas été facile. Quand je réagissais, elle me demande si ça me regarde » (GP2);</i></p> <p><i>« Elle n'a pas trouvé un lit sur lequel se coucher, elle se couche à même le sol, mais, elle a quand même eu son bébé, ou bien peut-être elle est en travail, on ne sait pas vite occuper d'elle » (PM5).</i></p> |
| Le manque de disponibilité (5) | <i>« Vous êtes dans la queue, sans avertissement, on vous dit, moi je suis fatigué, allez ailleurs, allez ailleurs et on ferme le guichet alors que ce n'est pas l'heure de fermeture. On vous laisse comme ça ! on ne vous dit rien, la personne ferme et vous-même, vous, vous cherchez. Peut-être vous recommencez encore une queue ailleurs » (PM6).</i> |

| Comportements non éthiques (fréquence) | Extraits de verbatim |
|---|---|
| Le non-respect du consentement (4) | « Les praticiens pensent généralement que le malade ne comprend rien, qu'est-ce qu'il a à comprendre dedans, il n'a qu'à accepter, il est obligé, même s'il n'accepte pas, c'est ça, on doit lui faire » (GRH2). |
| Le non-respect de la confidentialité (3) | « Quand on parle de confidentialité, si l'on prend le cas du laboratoire, toutes les analyses doivent être sous plis fermés, mais ce n'est pas fait. Donc, au niveau de la réception, tout le monde peut regarder. Les gens viennent, quand ils prennent le résultat, ils peuvent ouvrir en même temps. Ou bien, c'est l'accompagnant qui vient, peut-être un résultat qu'il ne doit pas voir, quand il prend, puisque ce n'est pas sous pli fermé, il peut ouvrir et regarder. Il peut prendre et peut le mettre dans le sac. Il rentre à la maison et c'est d'autres personnes qui vont voir » (PM5). |
| Le détournement des malades vers les structures privées (2) | « Lorsqu'un malade arrive dans les structures publiques, pour la plupart du temps, on l'oriente vers une structure privée, alors que, la structure publique à laquelle, le patient est allé, le prestataire pouvait vraiment le prendre en charge » (GRH1). |
| L'abus sexuel (2) | « Il a endormi un accompagnant d'un malade et après, il a abusé de l'accompagnante, c'est la nuit » (GSS1). |
| La durée d'attente longue (1) | « On te donne des rendez-vous sur trois mois, quatre mois, cinq mois, six mois. Certains soupçonnent que, dès fois on fait ça pour qu'on puisse aller dans leur clinique » (GSS1). |
| Le non-respect du code vestimentaire (1) | « Un infirmier ou bien même un médecin peut être en bigarré. Vous le voyez, il fait des soins, mais, il est en bigarré. Donc, déjà, quand c'est comme ça, ça ne met pas vraiment en confiance les malades » (GRH1). |

4.1.3.1 Le programme d'aide aux malades (PAM)

On note l'emploi d'un jargon au CHU, le « PAM ». Il est défini comme un « Programme d'aide aux malades ». Son fonctionnement est expliqué par trois répondants (GP2, M2, PM1). Au fait, le PAM n'est pas un programme élaboré par le ministère. Les soignants eux-mêmes disposent à leur niveau des produits pour vendre de façon illicite aux usagers en leur faisant croire qu'ils leur portent assistance et les aide à gagner du temps. Pour GP2, le PAM est « une façon de dire quand un malade vient, au lieu de lui prescrire tous les médicaments, on lui vend certains et puis c'est fait pour aider le malade » et pour PM1, c'est fait dans le but « d'assister le malade ». M2 explique que le PAM peut se faire par « prélèvement arrangé »; c'est-à-dire que lorsque le patient pense qu'aller à l'institut d'hygiène pour faire l'analyse va lui demander du temps, il va accepter l'offre du soignant qui est de faire le prélèvement chez lui dans sa maison et faire les courses à sa place moyennant un coût.

C'est que vous êtes venu au lieu d'aller faire l'analyse à l'institut d'hygiène par exemple, vous allez dire que l'institut d'hygiène, c'est la queue vous allez prendre toute une journée après vous allez retourner pour récupérer les résultats. Maintenant aux sorties du bureau quelqu'un vous court-circuite et vous dit ah, le docteur vous a demandé telle analyse et il vous a dit d'aller faire la faire à l'institut d'hygiène. Si vous allez à l'institut d'hygiène, c'est bon, mais vous allez perdre du temps, normalement à l'institut d'hygiène pour ces analyses c'est 15000F CFA, mais si vous me donnez 17000F CFA, je vais me charger de faire les courses pour vous. Donc vous patients vous allez trouver que c'est bien, donc le prélèvement peut se faire à la maison, celui qui te propose le service il passe chez toi pour te faire le prélèvement et il peut aller dans un laboratoire privé pour faire l'analyse (M2).

M2 pense qu'au départ, le PAM est fait pour aider et ce n'est qu'après que les gens en abusent et c'est ça qui n'est pas éthique; aussi les soignants prennent l'argent chez les patients, ils prennent plus que ce qu'il en faut chez les patients sous couvert qu'ils veulent leur faciliter la tâche. Dans le programme d'aide au malade, on retrouve la vente des médicaments ou de prestation, le vol et le racket des usagers.

4.1.3.2 La vente de médicaments et de service

La vente de médicaments ou de service par les soignants est soulevée par six répondants. Elle est utilisée sous des termes variés : « les ventes parallèles » (PM4) et aussi « les ventes illicites » (PM7). Normalement, le soignant devrait établir une ordonnance dans lequel il prescrit les produits nécessaires au rétablissement du patient, quitte à lui d'aller payer ces produits à la pharmacie et de les ramener au soignant afin qu'il puisse les utiliser pour soigner ce dernier. Mais dans la pratique, ce n'est pas ce qui est observé.

L'on vous prescrit les médicaments et l'on vous dit d'acheter une partie et ça là vous laissez, venez, on vous vend ça. Dès fois même, c'est systématique, on vous prescrit les médicaments, il y a certaines choses, c'est systématique. Tout ce qui est perfuseur, gant, accessoires, c'est systématique quoi, on ne met même pas ça dans l'ordonnance, on vend ses choses (GP2).

GSS1 confirme cela et partage son expérience personnelle qu'il a vécue à l'hôpital.
« Les sages-femmes m'ont demandé d'aller payer 2 litres d'eau de javel, je voudrais

aller en ville, elles m'ont dit qu'elles en ont à leur niveau et je leur ai remis de l'argent » (GSS1).

Pour les répondants, c'est l'hôpital seul qui a habileté à vendre la prestation. Autrement dit, les prestataires n'ont pas le droit de percevoir de l'argent auprès des usagers après la prestation.

Normalement c'est l'hôpital qui doit vendre le service aux malades, mais c'est les agents. Quand le patient arrive, on lui fait la consultation, au lieu que l'argent rentre dans la caisse de l'hôpital, c'est le prestataire qui prend l'argent. Dès fois même le patient ne paie pas à la caisse. Il y a certains prestataires qui sont devant la caisse et demandent aux patients qu'est-ce que vous êtes venus faire. En fait, c'est un réseau et il amène la personne directement chez le prestataire et le prestataire, il soigne et il prend l'argent (GRH1).

GP2 renchérit que la vente de la prestation est répandue à l'hôpital, « vous arrivez en consultation et puis on vous dit de payer de l'argent alors que c'est à la caisse il faut payer. Vous arrivez et puis on vous fait l'ordonnance, on vous fait les soins et puis on dit vous payez tel montant, c'est un phénomène répandu » (GP2).

Les délégués médicaux offrent certains échantillons de produits aux médecins qui les revendent sous couvert des infirmiers ou gardes malades (PM4). D'autres produits vendus sont des produits soutirés à d'autres usagers « dès fois même, ils prennent des produits qui restent auprès de certains patients pour revendre à d'autres patients » (GSS1).

4.1.3.3 Le racket des usagers

Lorsque la vente est forcée, ça prend le nom de « racket de malade » (GRH1 et GRH2) qui est un phénomène « répandu » au CHU. GRH2 affirme l'existence de ce comportement et cette explication.

Le racket des patients, ça existe, puisque moi-même j'ai été victime. Le racket c'est quand un patient arrive à l'hôpital, en principe, lorsque le diagnostic est fait, on l'oriente pour les soins, pour les médicaments, etc. Il arrive des moments où un professionnel de la santé veut imposer lui-même un comportement au patient, de sorte qu'il paie des services qu'il n'aurait pas dû payer ou bien on lui propose des médicaments hors système qu'il achète, alors qu'il n'aurait pas dû acheter, ou bien qu'il aurait dû acheter ailleurs à un autre coût, ou bien, on fait en sorte que, il achète des médicaments qui ne sont pas utilisés et que, on ne lui rend pas (GRH2).

4.1.3.4 L'antipathie

Sept répondants sur 15 ont noté l'existence des comportements d'antipathie dans les relations soignants-usagers. PM3 parle du « manque de courtoisie et du non-respect » de l'autre. L'antipathie peut être observable par des insultes des soignants à l'égard des usagers. Les usagers sont « écrasés » (GRH2) et « insultés » (GRH2) par les prestataires. « J'étais à la caisse quand la caissière a insulté le patient devant moi. Elle l'a insulté d'imbécile et j'ai réagi en même temps et ça n'a pas été facile. Quand je réagissais, elle me demande si ça me regarde » (GP2). Pour GRH2, l'accueil est « décrié ». À titre illustratif, des exemples sont donnés par les répondants : « ne me gêne pas » (GP2), « monsieur vous nous gênez ici » (GRH2), « si ton mari veut, il n'a qu'à venir t'accoucher lui-même » (M1).

Les soignants crient aussi sur les usagers « Certains, les patients sont là, ils crient, le médecin peut être amené à crier sur le patient. Ou bien, c'est l'infirmier, ou bien c'est la garde malade » (PM5). « La sage-femme crie sur la femme enceinte, couche-toi, pousse, ne mets pas ton pied là-bas » (PM3). « Les sages-femmes crient, il faut pousser. Il arrive que les sages-femmes aient des écarts de conduite, dès fois même, taper, ou bien gronder la femme » (GP2). « La dame vient, elle saignait avant de venir, elle vient en même temps, elle rentre dans la salle d'accueil des urgences maternité, la sage-femme crie sur elle, tu ne sais pas qu'il y a quelqu'un dedans, tu rentres comme ça! Tu crois que tu es chez toi » (M1). Par son expérience personnelle à la maternité, PM5 imagine ce que subissent les femmes. « Moi-même je dis, je suis personnel, je vais là-bas, on crie sur moi, qu'est-ce que les autres femmes qui ne sont pas du personnel, imaginez un peu, le traitement qu'on leur réserve » (PM5). Ces comportements créent de la frustration aux usagers, ils hésitent à poser de questions et à demander des informations sur les comportements à adopter pour un meilleur rétablissement « s'il veut posez une question, il hésite à poser une question, ou bien, la façon dont on lui répond, ça fait que, vous sentez qu'il y a un sentiment de frustration, les gens se retiennent » (PM5).

Pour d'autres, les soignants accueillent les usagers dans des conditions malsaines. La femme accoucheuse qui est accueillie à même le sol « elle est venue, elle n'a pas trouvé un lit sur lequel se coucher, elle se couche à même le sol, mais, elle a quand même eu son bébé, ou bien peut-être elle est en travail, on ne sait pas vite occuper d'elle » (PM5). Ou bien c'est le patient ou son accompagnant qui fait le nettoyage « quand les patients viennent, c'est eux, votre enfant est dans une réa, c'est vous-même, ou bien votre patient est dans une salle, c'est vous-même qui serez obligé de balayer et de nettoyer».

4.1.3.5 Le vol

La vente de médicaments est parfois associée au vol. Un répondant ne croyait pas à cela et c'est quand il a vu lui-même qu'il a cru.

Voler le médicament du malade ce n'est pas faux. Avant je niais ça parce que je ne pouvais pas comprendre que quelqu'un qui veut soigner quelqu'un lui prend ses médicaments, parce que je pose cette question de savoir comment cette personne pourrait être guérie. Donc ça fait que quand on me dit ça en même temps je dis c'est faux. Tu es en train de te soigner on te prend tes médicaments comment tu peux être guéri, par quel moyen jusqu'à ce que moi-même je le constate, moi-même j'ai vu. Je n'arrivais pas à accepter que les gens volent les médicaments, mais quand j'en ai vu, et c'est tardivement, j'ai commencé par croire (PM2).

Pour lui, c'est criminel. Et il partage ses expériences vécues.

Quand on prescrivait deux pénicillines à injecter, il injectait un et gardait l'autre. Je lui ai dit que quand tu prends un alors que la posologie dit que c'est deux, si c'est que tu as dit que c'est cassé et tu as empoché pour que le parent achète un second, volontiers son malade est là, il est obligé d'aller acheter. Maintenant, tu empoches un et tu vas juste injecter un, ce n'est pas un bon traitement. C'est pourquoi je dis que c'est vraiment criminel...dès fois on prescrit plus, moi-même on m'a déjà prescrit plus. Il a prescrit abusivement à un de mes protégés et il en a piqué dedans (PM2).

4.1.3.6 Le manque de disponibilité

Le manque de disponibilité et d'attention à l'égard de l'utilisateur est évoqué par 5 des 15 répondants comme des comportements non éthiques. Les prestataires de soins

manquent de disponibilité à l'égard des usagers. Les temps d'attente durent trop longtemps. Ils sont occupés par d'autres choses et ne prennent pas attention aux usagers. « La sage-femme est assise en train de tailler les ongles alors que la femme est en train de souffrir, les prestataires sont en train de suivre la télé, un feuilleton » (GP1).

Le manque de disponibilité s'observe aussi bien dans les autres services que dans les urgences et est interprété comme un problème de programmation.

Le fait de laisser les patients attendre trop longtemps pour une prestation qui n'aurait pas dû prendre du temps. Donc, je ne sais pas si c'est une question de programmation, mais il n'est pas exclu de voir que, des malades qui sont là, même pour des urgences attendre des heures avant d'être pris en charge (GRH2).

Pour expliquer cela, il relate une expérience vécue dans le service d'urgence.

Un jour, j'étais au bureau, un cousin m'appelait, j'étais tellement concentré sur mon temps que je n'avais pas décroché après j'ai vu qu'il a appelé, et je l'ai rappelé. Malheureusement, lui-même n'a pas pu décrocher. J'ai appelé un autre qui m'a dit qu'il a fait un accident, il est admis aux urgences. Il faisait déjà plus de trois heures de temps. Donc, je me suis pointée aux urgences et je vois mon cousin qui est ensanglanté et qui est toujours là, et qu'il n'a pas encore reçu les premiers soins. J'ai interpellé un des infirmiers pour lui dire, mais! Est-ce qu'ils sont en train de voir le patient qui est là-bas? Je n'ai pas dit que c'est mon cousin. Je n'ai pas affiché ma relation avec le patient. Et à une infirmière de me répondre. Mais, monsieur, il n'a rien! Il y a d'autres cas plus graves que nous gérons! Je dis, mais ça fait trois heures de temps que ce patient est là-bas. Je le sais parce que je peux vous donner des preuves et vous n'avez pas pris soin de lui et vous me répondez qu'il y a d'autres cas plus graves! Ces cas sont où. L'infirmière m'a laissé sur le carreau et elle est partie (GRH2).

L'exemple suivant illustre bien que l'attente est due entre autres à un problème de programmation de ceux qui sont chargés d'introduire les patients dans les salles de consultation. « Bons nombres de patients se plaignent. Quand ils voient un médecin, ils disent j'ai attendu, mais ils n'ont pas regardé, mais après on a pris quelqu'un, on l'a mis devant moi, même quand je lui demandais » (M1).

Pour sa part, PM5 et PM6 mettent notamment l'accent sur le manque de volonté à se rendre disponible pour les soins à la maternité. Elles ont partagé leurs expériences vécues dans deux services différents pour expliquer cette situation.

Si je prends le cas de la maternité, moi-même j'ai été là-bas pour accoucher, je n'ai pas été bien accueilli. Les dames étaient toutes bonnement assises là-bas et il a fallu que quelqu'un me reconnaisse en tant que personnel avant qu'elles ne se lèvent pour venir me prendre puisque j'étais en train d'avancer, la tête de l'enfant était en train de descendre. Elles étaient assises sur le banc en train de causer tranquillement, et moi j'étais là-bas arrêtée debout elles me regardent comme ça jusqu'à ce que, une me reconnaisse et commence par courir de gauche à droite, m'installer pour que je puisse accoucher, sinon, l'enfant pouvait tomber et vraiment, ça m'a fait très mal (PM5).

PM6 pour sa part décrit ce comportement à la caisse du CHU.

J'ai un enfant qui fait la fièvre, qui chauffe, mais je dois payer la consultation et avoir le bon, avant d'aller voir le pédiatre. Maintenant, je viens à la caisse, on me dit, il n'y a pas la monnaie, vas dehors chez les bonnes dames, vas chercher la monnaie avant de revenir. Or, je sais que vu ceux qui sont passés avant moi, vu ce qu'ils ont donné, sûrement, il doit avoir la monnaie. (PM6).

Une autre situation est aussi présentée.

Vous êtes dans la queue, sans avertissement, on vous dit, bon ! Moi je suis fatigué, allez ailleurs, allez ailleurs et l'on ferme le guichet alors que ce n'est pas l'heure de fermeture. On vous laisse comme ça ! On ne vous dit rien, la personne ferme et vous-même, vous, vous cherchez. Peut-être, vous recommencez encore une queue ailleurs (PM6).

4.1.3.7 Le non-respect du consentement

Le détournement des malades ne se fait pas avec le consentement de l'utilisateur. Il se sent obligé de faire la volonté du prestataire. Le prestataire ne reçoit pas le consentement éclairé de l'utilisateur avant de le détourner dans d'autres centres de soin.

Si je me suis bien orienté et que le professionnel dit non, on ne peut pas vous recevoir ici, aller dans une autre structure, moi je trouve que c'est un écart et l'on oblige le patient à aller ailleurs. Peut-être à des coûts beaucoup plus élevés que le centre qu'il a choisi selon ses moyens (GRH1).

Il arrive aussi que la thérapie se fasse sans une réelle explication afin d'amener le malade à l'accepter. Le malade est considéré comme un ignorant du domaine de la médecine. « Les praticiens pensent généralement que le malade ne comprend rien, qu'est-ce qu'il a à comprendre dedans, il n'a qu'à accepter, il est obligé, même s'il n'accepte pas, c'est ça, on doit lui faire » (GRH2). GP2 parle « d'une asymétrie d'information entre le personnel de santé et le patient ». GRH2 pense que c'est inadmissible de faire des soins sans toutefois communiquer la thérapie avec le patient. « Vous pouvez avoir mis au point la meilleure thérapeutique au monde, si vous

n'amenez pas votre patient à comprendre et à accepter, ce n'est pas possible! Si vous lui imposez ça, ce n'est pas possible » (GRH2). GSS2 préconise que « chaque prescripteur doit justifier sa prescription par rapport à l'indication qui se pose devant lui. Avant de poser une perfusion, monsieur on va vous injecter, c'est pour prélever du sang pour faire telle analyse, on avait déjà fait, mais c'est juste un contrôle » (GSS2).

4.1.3.8 Le non-respect de la confidentialité

Trois des répondants ont noté que les dossiers personnels des patients ne sont pas toujours protégés (GRH1, GRH2, PM5). « Il arrive des fois des choses se passent et puis au dehors, l'information est sortie. Ou bien un patient qui arrive, il souffre de telle pathologie et en même temps on divulgue ça » (GRH1).

Les résultats des tests du VIH Sida devraient être remis dans une enveloppe fermée, mais au laboratoire ces résultats sont remis aux usagers sans les protéger dans une enveloppe, a déclaré PM5.

Quand on parle de confidentialité, si l'on prend le cas du laboratoire, toutes les analyses doivent être sous plis fermés, mais ce n'est pas fait. Donc, au niveau de la réception, tout le monde peut regarder. Les gens viennent, quand ils prennent le résultat, ils peuvent ouvrir en même temps. Ou bien, c'est l'accompagnant qui vient, peut-être un résultat qu'il ne doit pas voir, quand il prend, puisque ce n'est pas sous pli fermé, il peut ouvrir et regarder. Il peut prendre et le mettre dans le sac. Il rentre à la maison et c'est d'autres personnes qui vont voir (PM5).

Un cas concret a été évoqué par GRH2 où le secrétaire a donné inconsciemment le résultat au test de VIH Sida à un patient au téléphone parce qu'il se dit que le patient le dérange. « Vous avez appelé, vous êtes venus on vous a dit que le médecin n'est pas là pour vous donner votre résultat et même, vous gênez les gens alors que même vous êtes négatif ».

4.1.3.9 Le détournement des patients vers les centres privés

On note également d'autres comportements comme le détournement de malades vers les cabinets privés. « Lorsqu'un malade arrive dans les structures publiques, pour la plupart du temps, on l'oriente vers une structure privée, alors que, la structure publique à laquelle, le patient est allé, le prestataire pouvait vraiment le prendre en charge » (GRH1). À titre d'exemple : « il y a un chirurgien qui doit opérer un malade, le malade est déjà hospitalisé dans la structure, il l'a pris nuitamment, il est parti l'opérer quelque part et il le ramène et il a soutiré de l'argent auprès des accompagnants du patient » (GSS1). Le malade devrait être orienté par le praticien lorsqu'il est mal orienté, ou bien « le patient a le libre choix de son centre de santé et de son professionnel de santé » (GRH1).

4.1.3.10 La durée d'attente longue

Les rendez-vous pour voir un spécialiste sont donnés sur de longues dates, certains pensent que c'est fait pour détourner les patients vers les cabinets privés où les médecins spécialistes interviennent : « on te donne des rendez-vous sur trois mois, quatre mois, cinq mois, six mois. Certains soupçonnent que, dès fois on fait ça pour qu'on puisse aller dans leur clinique » (GSS1).

4.1.3.11 Le non-respect du code vestimentaire

Des comportements qui ne rassurent pas l'utilisateur « le non-respect du code vestimentaire » sont également notés : « un infirmier ou bien même un médecin peut être en bigarré. Vous le voyez, il fait des soins, mais il est en bigarré. Donc, déjà, quand c'est comme ça, ça ne met pas vraiment en confiance les malades » (GRH1).

4.1.4 Les causes des comportements non éthiques

Les causes évoquées par les répondants sur les comportements éthiques ou non éthiques sont variées. Il s'agit des variables organisationnelles, des variables socio-économiques et politiques ainsi que des variables individuelles. Cette section fait une description détaillée des causes. Le tableau 4.2 présente le résumé des variables organisationnelles et celles socio-économiques et politiques, avec des exemples d'extraits de verbatim recueillis.

Tableau 4.2 Les causes organisationnelles et socio-économiques des comportements non éthiques

| | Variables (fréquence) | Exemples de verbatim |
|---|---|---|
| Variables organisationnelles (tous les 15 répondants) | Système de gestion inefficace (7) | « Est-ce qu'il y a un organe ou des gens qui veillent à l'application et qui éventuellement peuvent les sanctionner si c'est mal fait! Pas à coup sûr » (GSS2); |
| | Absence de formation sur les valeurs éthiques (7) | |
| | Surcharge de travail (7) | |
| | Non-redevabilité (4) | « Tout le monde fait ce qu'il veut, personne n'est sous pression, personne ne sait si je fais mal qui va me faire quoi? Si je fais bien, qui va me faire quoi? On n'est pas évalué sur ça » (M1); |
| | Iniquité dans la rémunération (4) | |
| | Le service d'affectation (4) | |
| | Retard dans le paiement des salaires (3) | |
| | Absence de médicaments à proximité (2) | « Quelqu'un qui est engagé ¹³ et qui fait 10 mois sans salaire alors qu'on recrute d'autres personnes comme contractuel qui perçoit leur salaire, il ne peut pas être content » (GP1). |
| | Insuffisance de local de soin (2) | |
| | Absence de dispositif de communication (1) | |
| Système de recrutement biaisé (1) | | |

¹³ Engagé est un thème utilisé dans la fonction publique togolaise pour désigner un agent qui a fini son année de probation et qui est maintenant fonctionnaire.

| | Variables (fréquence) | Exemples de verbatim |
|--|--|---|
| Variables socio-économiques et politiques (6 répondants) | Pauvreté (3) Chômage (1) Ignorance des usagers sur leurs droits (1) Niveau social des usagers bas (1) Apparition et popularité des réseaux sociaux (WhatsApp) sur les lieux de travail (1) | <i>« Il y a d'autres c'est parce qu'ils n'ont pas de moyens qu'on leur parle mal » (PM5);</i> <i>« Avec l'histoire de WhatsApp, la rigueur n'est plus comme avant. Des stagiaires qui viennent maintenant, il y a des choses à faire, mais, tu les vois sur le WhatsApp et quand tu leur demandes, ils disent qu'ils sont en train de faire les recherches ... Ils sont dans leurs coins attroupés et ils s'envoient des messages alors qu'il y a des soins à faire » (PM4).</i> |

4.1.4.1 Les variables organisationnelles

4.1.4.1.1 Un système de gestion inefficace

La gouvernance et le pilotage du système de santé au Togo sont « un goulot d'étranglement » (GP1). Autrement dit, il s'agit d'un problème difficile à gérer dans le milieu de la santé au Togo. La mauvaise gouvernance fait que le personnel de santé est « démotivé », « C'est ça qui fait qu'au niveau du ministère, les choses ne marchent pas » (GP1). Comme exemple de mauvaise gouvernance, GP1 explique que l'affectation au poste n'est pas liée à la compétence. Par peur de perdre leurs postes, les responsables n'encouragent pas la promotion de ceux qui ont la compétence ou bien de ceux qui reviennent des formations professionnelles. Ceux qui ont la compétence ne sont pas utilisés et ceux qui ne l'ont pas, sont ceux qui sont promus.

Dans une direction, le premier responsable, compte tenu de son intérêt, telle personne est allée en formation, il a telle compétence, si je le mets à côté de moi, il risque de prendre ma place. On l'affecte par exemple dans une direction dans laquelle le monsieur ou la dame n'a aucune relation, ne se retrouve pas (GP1).

GSS1, pour expliquer la différence de comportements des médecins du public comparés à ceux du privé qui sont plus éthiques, affirme que cette différence de comportement est due à la démotivation des médecins du public.

Le « système de gestion » comme l'une des causes des comportements déviants observés au CHU-SO est évoqué dans le discours des répondants. Pour GRH1, le problème, « c'est le système de gestion » et plus précisément « l'absence de référentiels ». Pour GRH2 et GSS2, il y a « une mauvaise organisation du service ». Elle peut entraîner le laxisme à l'hôpital et se traduire par la présence de comportements non éthiques.

Si la garde malade ne fait pas bien son travail, ça veut dire que le médecin, s'il organise bien son service et ses soins, il devait s'en rendre compte. S'il ne s'en rend pas compte, c'est qu'il y a un problème. Ça va jusqu'à la direction, parce que la direction, c'est elle qui gère le système, c'est elle qui pilote le système, si aujourd'hui, ça ne va pas, demain, il faut que ça aille mieux. Donc si la direction aussi essayait de voir et de faire des staffs pour dire que, vous ne respectez pas ci, vous ne respectez pas ça, je crois que les gens changeraient leur comportement. (GRH2)

Il pense en outre qu'il faut faire des débats dans les équipes de travail. GSS2 adopte un point de vue plus large de la mauvaise organisation du service : c'est « la façon de traiter les gens à la fin du mois tu as un salaire standard que tu as travaillé ou tu n'as pas travaillé, que tu aies bien travaillé ou pas, que tu aies volé ou pas, que tu aies triché ou pas, c'est le même salaire voilà ce à quoi ça amène, facilement à des écarts de conduite » (GSS2).

Le personnel soignant a une perception négative du système de gestion. « Ceux qui font les soins accusent l'administration qu'eux soignants, ils font rentrer l'argent et les gens bouffent¹⁴ » (GRH1). Au GSS2 de renchérir « les médecins et autres pensent que c'est eux qui travaillent et ceux qui sont au niveau de l'administration tirent bénéfice de leur travail. À partir de ce moment, chacun voudrait se servir en même temps ». De même, les prescripteurs (médecins, infirmiers et sages-femmes) ne veulent pas prescrire, car ils perçoivent que ceux qui sont au service de la pharmacie aillent en profiter pour vendre leurs produits et s'enrichir. Les prescripteurs veulent avoir dans leurs boîtes à pharmacie tous les produits à prescrire et vendent directement une fois prescrit, renchérie PM2. Ce qui fait que les prescripteurs font des ventes illicites.

La centralisation de la caisse et de la pharmacie de tout l'hôpital en un endroit alourdit considérablement les soins. Les usagers qui ne peuvent pas attendre longtemps dans la queue pour acheter les bons de caisse de consultation font appel aux soignants, plus précisément les gardes malades de leur porter assistance. Des demandes qui sont souvent contre les valeurs éthiques des soignants puisque des pourboires leur sont souvent donnés en retour, et aussi les soignants profitent pour

¹⁴ Bouffer veut dire manger

vendre leurs produits. Les soignants s'adonnent aux ventes illicites. « Les patients disent oh ! Vous n'avez pas de seringue pour me faire les soins! Ils voient les va-et-vient qu'ils vont faire pour une seringue de 100F, la queue qu'ils vont faire » (PM4).

4.1.4.1.2 L'absence de formation ou de communication sur les valeurs éthiques

Il est à remarquer les professionnels de santé, à part les garde-malades, ont reçu dans leurs formations des notions sur l'éthique.

Plusieurs catégories de professionnel qui interviennent ici. Il y en a qui ont été formés dans des institutions officielles et dans leurs parcours de formation, il y a des enseignements en matière de déontologie, en matière d'éthique de plus en plus qui sont faits. Il y en a également qui ne sont pas passés par des institutions de formation dédiées aux hôpitaux (GSS2).

Mais comment se fait-il que « ceux qui sont formés dans ces institutions où on parle de l'homme, qui ont appris la déontologie, qui ont appris l'éthique et sur le terrain ils font autre chose », s'interroge GSS2. Il pense alors qu'au cours du recrutement, il n'y a pas eu « l'induction » c'est-à-dire « on ne les a pas préparés avant de les affecter à des postes spécifiques. Donc, on ne doit pas être surpris lorsqu'il y a des écarts de conduite » (GSS2). Pour PM2, la première personne qui reçoit l'utilisateur est le garde-malade alors qu'il a été « recruté de fait » sans une réelle « formation sur les valeurs éthiques », il n'y a « aucun critère pour le recruter, aujourd'hui on te recrute et le lendemain on te donne le balai et l'on te dit prends, commence par travailler ».

Pour GRH1, les comportements déviants sont dus à « l'absence de principes bien établis ». Pour lui, lors du recrutement, on affecte directement dans les services sans information sur le règlement qui régit le fonctionnement de l'hôpital. Ce qui fait que « le règlement intérieur n'est pas appliqué, ce n'est pas effectif. En fait, c'est ça qui crée ces genres de comportements déviants ».

PM4 et PM5 ont déploré la non-communication des textes réglementant l'hôpital et les conséquences qui en découlent.

L'hôpital ne met rien à notre disposition. Il n'y a pas de textes vraiment édictés. Ça fait qu'on tombe dans des erreurs sans le savoir, il y a des choses que je vais faire pensant que je suis en train de faire de bonnes choses, mais je suis en faute, parce que je n'ai pas de textes. C'est un jour qu'on va te sortir un document que tu ne connais pas qui t'a frappé et l'on te dit que nul n'est censé ignorer la loi, alors que les gens se comportent de cette façon-là et un jour toi tu as la malchance, on te sort la règle qui va te sanctionner (PM2).

Pour PM6, c'est « le manque d'information » ou « l'ignorance » qui font que les soignants ne respectent pas la confidentialité et le consentement.

4.1.4.1.3 La surcharge du travail et l'insuffisance d'effectifs

La charge de travail est un élément considéré dans les causes des comportements déviants des soignants. Considérant les valeurs comme l'antipathie et l'irrespect de la personne, GSS2, PM2 et PM3 pensent que « la surcharge du travail » peut en être la cause. Allant dans le même sens, PM6 parle du « débordement » dans le travail des

soignants qui fait qu'ils sont souvent fatigués. « Lorsque la charge de travail est très importante et vous demandez au personnel d'avoir la même attitude tout le long de son temps, ça devient difficile », a mentionné GSS2. « La norme en termes d'effectif du personnel n'est pas respectée, plus nous durons dans ces conditions, plus le personnel perd sa qualité d'accueil » (PM3). De même pour M1, il est difficile de bien traiter les gens lorsque tu as à consulter 20 personnes seules. Les sages-femmes du CHU-SO vivent des situations de surcharge de travail les amenant à adopter des comportements non éthiques (GRH1, GP2). « Il arrive que sous pression avec l'accouchement, sous l'effet de la charge de travail les sages-femmes lancent des mots » (GP2). Cet avis est partagé par GRH1. Étant surchargées et stressées, elles peuvent perdre leur sens éthique et ainsi, à chaque moment, quand quelqu'un les aborde, elles sont sur les nerfs.

Au niveau de la maternité où il devrait avoir peut-être cinq ou six sages-femmes, certaines doivent travailler le jour, faire la permanence du jour, se reposer, et faire la garde. Mais, c'est peut-être trois ou quatre personnes, ça fait que le travail est à la charge de ces personnes, elles sont vraiment surchargées (GRH1).

4.1.4.1.4 La non-redevabilité

GSS2 s'exclame sur l'inexistence d'organes de contrôle, « est-ce qu'il y a un organe ou des gens qui veillent à l'application et qui éventuellement peuvent sanctionner si c'est mal fait! Pas à coup sûr » (GSS2). Pour répondre, « Il n'y a aucune mesure de contrôle et de suivi toutes les portes sont ouvertes à la mauvaise pratique » (GRH1). GSS2 affirme que tant que l'homme n'est pas « redevable », il fait ce qu'il veut. Ce qui fait que « les soignants fixent par eux-mêmes le montant à ramener à la maison » (GRH1). Autrement dit, les soignants se fixent une somme liée aux ventes illicites

des produits et services pour ramener à la maison en fin de journée de travail. Pour remédier à ces comportements, il faut des mesures de contrôle.

Si les gens connaissent leur droit et sont en mesure de porter plainte pour qu'on situe les responsabilités, attention ceux qui ont des écarts de conduite seront amenés à réfléchir plusieurs fois à leur action avant de le faire. Donc, dès lors qu'il n'y a pas de contraintes, il n'y a pas de contrôle, c'est ce à quoi ça peut arriver (GSS2).

GSS2 situe alors les responsabilités à plusieurs niveaux. « L'autorité administrative ou bien judiciaire qui ne fait pas ce qu'il faut, la société au travers des victimes qui sont tolérantes, donc s'il n'y a pas de plaintes, naturellement la justice ne va pas s'auto saisir à tous les coups. Il n'y a pas aussi d'organes de recours » (GSS2). L'administration a perdu sa force de contrôle parce qu'elle ne respecte pas ses obligations envers les soignants.

Au niveau de l'administration, les obligations ne sont pas totalement remplies, donc, ça diminue un peu sa force de contrôle. Par exemple, si tu es mon responsable, ce que tu dois faire à mon endroit, tu ne le fais pas, ça va diminuer ta force de contrôle sur mon travail. Si je dis que nous devons être à ce nombre pour faire ce travail, mais tu ne l'as pas donné, tu ne peux pas exiger aussi de moi d'adopter un comportement moral (PM3).

M1 et PM3 font ressortir l'inefficacité du système d'évaluation. Ceux qui font bien ne sont pas encouragés et ceux qui font mal ne sont pas punis. « Tout le monde fait ce qu'il veut, personne n'est sous pression, personne ne sait si je fais mal qui va me faire

quoi. Si je fais bien, qui va me faire quoi? On n'est pas évalué sur ça » (M1).
L'évaluation ne mesure pas la compétence.

Ici, on n'évalue pas les gens selon les normes de pratiques, ou selon les techniques. Par exemple, je suis ici, c'est la fonction publique qui m'évalue à travers le ministère de la Santé et la fonction publique a un critère, une fiche de notation, et c'est la même fiche pour un enseignant, un médecin, comme pour un mécanicien. Ça veut dire que, on ne t'évalue pas selon ta spécialité, non! On va voir si tu viens à l'heure, est-ce que tu respectes la hiérarchie, ainsi de suite, c'est tout. Est-ce que je m'habille bien au service, mon chef de service va me noter sur ça. On n'évalue pas la compétence (M1).

4.1.4.1.5 L'iniquité dans la rémunération

GP2 estime que le salaire des professionnels du CHU-SO est « dérisoire ». Lorsque les soignants du Togo comparent leurs rétributions à ceux de leurs homologues ghanéens ou bien de la sous-région, ils se sentent frustrés et s'adonnent à des pratiques illicites a déclaré PM2. Selon GRH1, « la rémunération n'est pas ce que ça devrait être ». Ainsi le soignant est « obligé de faire des pratiques parallèles pour pouvoir arrondir les salaires » (GP2). « Quand on a un problème financier à la maison, on transpose, on déverse ça sur les malades » (GRH1). PM7 pense que la rémunération étant insuffisante, elle peut causer des écarts de conduite. « Si le personnel, malgré les efforts qu'il fournit, on n'arrive pas à le récompenser comme cela se doit, ça peut être une des causes, supposons à la réanimation par exemple, tout ce que nous assistons, il faut encourager les gens à travailler, il faut des primes pour ça » (PM7). GP2 pense que c'est une variable qui a une grande influence sur les valeurs éthiques. « Je pense que ça contribue énormément à ces comportements ».

4.1.4.1.6 Le service

L'environnement ou bien le service du soignant influence son comportement. « L'environnement peut jouer aussi. Tu es dans un service, dans une équipe, on affiche des mauvais comportements, tu peux être imprégné par ses comportements » (PM7). Les comportements non éthiques s'observent dans les « milieux chirurgicaux » a affirmé M2.

« Il y a un problème mental qui est né au niveau du service maternité » (PM2) qui embrase « quelques médecins, gynécologues ». Il explique qu'avant d'être affectées à la maternité certaines personnes se comportaient très bien dans d'autres services du CHU-SO, mais une fois à la maternité leurs comportements changent. « On dirait qu'il y a un syndrome là-bas qui emballe tout le monde » (PM2). PM5 affirme que quand elle va à la « maternité », elle est « déçue » par le comportement des soignants alors que dans le service « ophtalmologique » « j'ai vraiment apprécié » (PM5).

4.1.4.1.7 Le retard dans le paiement des salaires des nouvelles recrues

Les contractuels du CHU-SO deviennent fonctionnaires par concours de recrutement. Or chaque personne aspire à devenir fonctionnaire pour la sécurité dans le travail. Il arrive que certains nouveaux fonctionnaires affectés à l'hôpital aient travaillé auparavant en tant que contractuel dans ledit hôpital et percevaient régulièrement leurs salaires. Pour qu'un nouveau fonctionnaire commence par percevoir le salaire, la lourdeur administrative fait qu'il doit travailler sans salaire pendant des mois et c'est après qu'il est payé rétroactivement, c'est-à-dire qu'on lui fait un rappel de salaire sur les mois passés sans salaire. Face aux dilemmes éthiques, les personnes qui sont dans ces situations se comportent de manière non éthique. « Quelqu'un qui est engagé et qui fait 10 mois sans salaire alors qu'on recrute d'autres personnes

comme contractuel qui perçoit leur salaire, il ne peut pas être content » (GP1). En évoquant les conditions de travail déplorable, GSS2 a mentionné le retard dans les salaires qui contribue à l'adoption des valeurs non éthiques.

Avouons que les conditions de travail peuvent amener les gens à adopter des comportements déviants. Il y a ceux qui sont admis au dernier concours de recrutement de la fonction publique, il y a plus de douze mois qu'ils n'ont pas encore de salaire lorsque tu n'as pas de quoi régler tes problèmes de base physiologiques, quelle que soit ta moralité, tu seras tenté de passer par des voies qui ne sont pas correctes pour régler ces problèmes de base. Ce n'est pas une invitation ou un encouragement à la mauvaise pratique, mais ça peut arriver (GSS2).

Selon GP1, la direction encourage d'une façon ou d'une autre le vol des soignants par le fait que les salaires ne sont pas versés à temps. On peut aussi comprendre cela dans le discours de PM1.

Quelqu'un qui est recruté depuis treize mois sans salaire lors du dernier concours, treize mois sans salaire, la personne a une famille à nourrir, une femme à entretenir, il doit se déplacer, il doit se vêtir pour venir au service. Treize mois sur le budget de l'État. Et cette personne, même si elle ne veut pas être amoral, elle est obligée, à cause de la situation dans laquelle elle est. Je ne l'encourage pas, mais je pense que c'est un truc qui est entretenu par la manière dont l'administration traite son personnel (PM1).

Il pense en outre que « l'homme a l'instinct de survie qui le pousse à braver les interdits, si possible à braver la mort ».

4.1.4.1.8 L'absence de médicaments à proximité

La pharmacie du CHU-SO manque continuellement de produits de bases nécessaires. Les soignants dans le souci de sauver des vies avec de simples produits difficilement trouvés dans la pharmacie du CHU se procurent sur le marché ces produits pour revendre aux usagers.

Un malade fait la crise et tu as le valium par exemple, tu as le gardéнал dans la trousse et tu sais qu'à quelques secondes tu peux le prendre pour sauver la personne, et c'est maintenant qu'on va prescrire on va aller à la pharmacie du CHU et l'on va dire qu'il n'y en a pas. Gardéнал, c'est à peine 300 F CFA, c'est maintenant qu'on va chercher la pharmacie de garde pour aller chercher le produit. La vie que tu ne peux sauver pour un rien du tout, tu vas dire que j'attends le produit, si ça ne vient pas je ne travaille pas; et peut-être que la mort s'ensuit. C'est par ce manquement que l'on va vouloir débloquent la situation, et dans ma trousse j'ai le gardéнал. Si le service avait mis à disposition, je n'aurais pas à chercher pour mettre dans ma trousse. Si c'est à cause du manque de gardéнал que je vais enregistrer un décès aujourd'hui, je préfère l'avoir dans ma trousse (PM4).

4.1.4.1.9 Insuffisance de local pour contenir les usagers

Un élément qui fait que les usagers ne se sentent pas respectés est l'environnement physique dans lequel l'utilisateur est accueilli. Les locaux sont insuffisants. « On est obligé d'accueillir les gens dans le couloir, les gens sont dans les allées » (PM4).

Là où il faut installer les gens. Quand on vient pour accoucher, là où les accompagnants doivent garder leurs bagages, il n'y en a pas tellement, là où ils vont s'asseoir, il n'y en a pas aussi. Ce n'est pas à nous de créer ça, c'est à l'administration de prévoir tout ça. Il n'y en a pas, les gens sont obligés de s'asseoir par terre, n'importe où (PM3).

PM4 démontre que les conditions défavorables dans lesquelles les soignants accueillent les usagers ont des conséquences négatives sur la qualité de la prestation et spécifiquement sur leurs comportements envers les usagers.

Ça met très mal à l'aise le patient qui vient, qui est mis au sol. L'infirmier est obligé de s'accroupir pour prendre les constantes et le médecin aussi est obligé de consulter ce patient-là dans cette condition. Franchement, si vous êtes amené à consulter dix ou vingt malades, l'engouement que vous allez avoir pour consulter le premier ne serait pas le même pour les autres (PM4).

4.1.4.1.10 Absence de dispositifs de communication et d'information

L'absence de dispositifs de communication et d'information sur l'hôpital et ses services fait dire au PM1 que le CHU-SO est « un gros village dans lequel, il n'y a pas d'éléments d'orientation pour le patient ». C'est « le gros problème », car les soignants sont souvent fatigués d'informer et d'orienter à longueur de journée.

4.1.4.1.11 Un système de recrutement biaisé

Le système de recrutement du personnel soignant n'étant pas toujours objectif. Certaines personnes sont recrutées sur le budget du CHU au travers des relations (familiale, groupe d'appartenance, amicale, politique, religieuse...). Lorsque le réseau de connaissance de l'agent porte sur les responsables du CHU ou du ministère, il n'obéit pas à sa hiérarchie directe. Un surveillant montre la difficulté qu'il rencontre dans la gestion du personnel. « La personne même, quand tu le vois, tu n'oseras même pas lui demander ce qu'il doit faire, parce que, c'est ton chef. C'est ton chef

parce que, c'est ton chef qui l'a mis là-bas, donc, indirectement, c'est ton chef. Tu ne peux rien dire » (PM4).

4.1.4.2 Les variables socio-économiques et politiques

Pour M2, « Ces genres de problèmes sont causés par l'environnement c'est-à-dire la pauvreté, un problème socio-économique. Par environnement, je parle de l'environnement socio-économique du Togo qui fait ça, la pauvreté ». Pour PM2, c'est « la précarité » c'est-à-dire « le manque d'argent » qui explique le racket des usagers. M2 explique que le profil d'utilisateur qui vient se faire consulter dans le public est un profil pauvre qui n'encourage pas le soignant à exercer véritablement son art. « Mais, dans le privé, c'est des gens qui sont assurés, c'est des gens qui sont de certains niveaux, tu vis ton art, parce que tu sais que quand tu leur expliques, ils comprennent, quand tu leur prescribes des produits, ils achètent » (M2). La pauvreté amène les usagers à vouloir vendre le reste des produits non utilisés après l'hospitalisation. Les usagers prient les soignants de leur vendre leurs produits restants.

Les patients mêmes en partant, ils disent oh! on n'a plus rien pour faire le transport, ou bien l'argent est totalement fini, mais on nous a prescrit ça, on a payé, mais, on n'a pas pu utiliser. Est-ce que vous pouvez trouver quelqu'un qui en a besoin, qui peut prendre ça, et nous restituer un peu de sous (GP2).

Le chômage amène des gens à embrasser le métier du soignant alors qu'il devrait être une vocation, mais les gens le choisissent pour « gagner son pain » et le comportement qui en découle « n'est pas vraiment ce qui devrait être » pense GP1.

Aussi « Les anciens ne véhiculent pas de comportements exemplaires à cause de la situation sociale » (GP1).

L'avènement des technologies de l'information et de la communication, les réseaux sociaux plongent les soignants dans le regard permanent de leurs téléphones.

Avec l'histoire de WhatsApp, la rigueur n'est plus comme avant. Des stagiaires qui viennent maintenant, il y a des choses à faire, mais, tu les vois sur WhatsApp et quand tu leur demandes, ils disent qu'ils sont en train de faire des recherches alors qu'ils sont venus pour faire la pratique. Ils sont dans leurs coins attroupés et ils s'envoient des messages alors qu'il y a des soins à faire (PM4).

Les patients ignorent leurs droits en matière des soins de santé. Les soignants profitent de l'ignorance de la population pour abuser des patients (GRH1). Pour lui « la population n'est pas suffisamment sensibilisée ». Les organes comme la Commission médicale consultative (CMC) doivent donner des orientations dans le domaine des soins. Aussi, le comité d'hygiène et de sécurité au travail ne joue pas pleinement ses rôles. À la question pourquoi la présence des comportements non éthiques au CHU-SO, GP2 pense que « c'est parce que les patients ne sont pas souvent au courant de leur droit ou bien ne maîtrisent pas comment les choses devraient se passer ».

La classe sociale influence le comportement des soignants à l'égard des usagers. Ceux qui appartiennent à une classe sociale de niveau bas ne sont pas bien traités. Les soignants ne les respectent pas comme ceux qui ont les moyens financiers. « Il y a d'autres c'est parce qu'ils n'ont pas de moyens qu'on leur parle mal » (PM5).

Les comportements non éthiques des soignants sont ainsi liés à des variables organisationnelles comme la non-redevabilité, l'absence de formation, la surcharge de travail, ainsi qu'à des variables socio-économiques et politiques comme la pauvreté, l'ignorance des usagers sur leurs droits en matière des soins de santé et l'appartenance à des niveaux sociaux bas. La figure 4.2 présente les causes des comportements non éthiques des soignants du CHU-SO selon les répondants.



Figure 4.2 Les variables organisationnelles et socio-économiques entraînant les comportements non éthiques

Au cours des entretiens, les répondants ont montré aussi l'importance de certains facteurs individuels qui soutiennent ou facilitent les comportements décrits. Le paragraphe suivant va présenter ces facteurs.

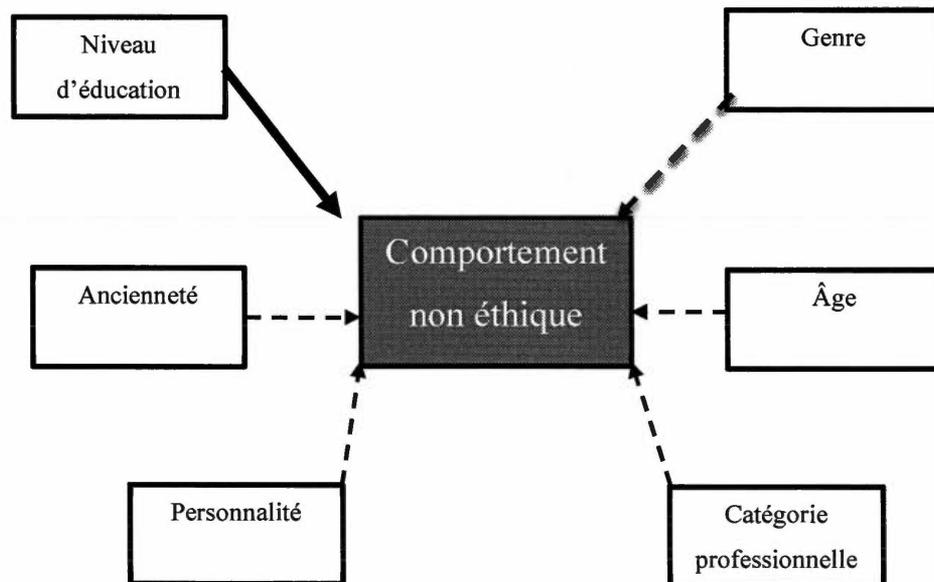
4.1.4.3 Les variables individuelles aux comportements non éthiques

La figure 4.3 présente six variables individuelles influençant les comportements non éthiques des soignants. Il s'agit de variables individuelles comme le niveau d'éducation, la catégorie professionnelle des soignants, l'ancienneté, l'âge, le genre et la personnalité. Au niveau de la catégorie professionnelle, il était question de préciser les différents comportements observés selon la profession.

4.1.4.3.1 L'ancienneté

Selon dix des quinze répondants, l'ancienneté dans le service influence les comportements éthiques.

Dans les discours de GP1, GP2 et GSS1, ils font référence à l'apprentissage. Pour eux, les anciens ne véhiculent pas de comportements exemplaires. « Les nouveaux copient ce que font les anciens » (GP1). Les anciens influencent de par leurs comportements les nouveaux.



—————→ Les répondants qui se sont prononcés ont tous montré que le comportement non éthique est causé par le niveau d'éducation.

- - - - - → Les avis sont partagés entre les répondants qui se sont prononcés

Figure 4.3 Les six variables individuelles influençant les comportements non éthiques

Les nouveaux qui arrivent, tout ce qu'ils ont comme comportements déviants, ils le copient auprès des anciens. Quand vous arrivez en tant que stagiaire, a priori, vous ne savez pas qu'on vend les médicaments. C'est quand vous voyez faire que vous le faites. C'est beaucoup plus les anciens qui inculquent ce comportement-là aux nouveaux (GP2).

GSS1 de renchérir « Le nouveau qui arrive maintenant, lorsqu'il est voleur, il ne peut pas commencer par voler en même temps. Il va observer à côté de lui, donc si les

anciens qui sont là volent, donc lui aussi il peut voler ». Par analogie à l'éducation donnée dans l'environnement familial, GSS1 démontre comment l'éducation par apprentissage peut influencer le comportement.

C'est l'environnement dans lequel tu es, quand tu as un enfant à la maison, quand tu es voleur à côté de lui, l'enfant va apprendre à voler, mais si dans la famille, il n'y a pas de voleur, il n'y a pas de voleur à côté, l'enfant ne volera pas. Tu as un enfant à côté, tu lui as appris à insulter ton mari, l'enfant aussi va insulter les gens. C'est pour vous dire que ces comportements-là, effectivement souvent c'est les collègues qui inculquent ses mauvais comportements aux nouveaux recrues (GSS1).

Il arrive aussi que les anciens donnent de mauvais conseils aux nouveaux.

Quand on envoie de nouveaux personnels, ceux qui sont là, faisant la mauvaise pratique, disent aux gens, c'est comme ça nous avons l'habitude de faire, parce que l'autre qui arrive, il arrive avec de bonnes intentions et on lui dit, c'est ce que nous avons l'habitude de faire et en même temps les gens sont moulés ils font ce qu'ils veulent (GRH1).

GRH2 et M1 ont mis l'accent sur la culture d'entreprise qui est véhiculée et partagée par les anciens.

Le comportement, généralement, est enseigné à la pratique. Pour avoir un bon comportement, il faut l'avoir appris, à part les connaissances théoriques que vous avez, il faut l'avoir appris de vos anciens. Si vous arrivez, vous voyez un aîné qui est en train de faire quelque chose, si vous ne faites pas attention, vous nouveaux, vous allez le copier et comme quoi, c'est comme ça, ça se passe ici. Lorsque vous arrivez dans une structure, si les anciens ont toujours affiché un bon comportement, les jeunes sont obligés d'afficher le bon comportement. Par contre si vous arrivez, et vous voyez les anciens qui se comportent mal, ça va

être très difficile pour le jeune recrue, de se comporter autrement, ça va être très difficile (GRH2).

Pour lui, la culture d'entreprise est très forte et impacte la culture individuelle.

Le nouveau peut être vraiment bien consciencieux et bien pointu sur ses valeurs morales, mais, le fait d'être dans une équipe, ça va noyer son bon comportement et finalement, c'est la valeur dégagee, c'est le comportement dégage par l'équipe, qui va primer sur le comportement de l'individu. L'individu, n'étant qu'un élément dans l'équipe. Donc, généralement, dans les hôpitaux, c'est le comportement d'équipe qu'il faut valoriser (GRH2).

Pour M2, une culture au départ anormale, devient normale par le temps et ceux qui ne se conformeront pas à la nouvelle culture seront rejetés par leurs pairs.

C'est une culture qui est là, c'est une anormalité qui est devenue normale. Quand toi nouveau, tu arrives, tu n'es pas moulé dedans, on te trouve anormal, ou bien tout le monde se méfie de toi, parce qu'on se dit que, toi tu peux vendre la mèche. Donc si toi tu ne veux pas te retrouver discrédité, toi aussi tu fais semblant. Au finish, tu finis par faire comme eux, c'est un peu ça quoi (M2).

L'orgueil s'installe auprès des soignants avec l'expérience « plus les gens trainent dans les services, plus ils deviennent mauvais, parce qu'ils se disent qu'ils connaissent tout, ils sont habitués et l'orgueil rentre dedans parce que, ils maîtrisent tout » renchérie M1. « Le nouveau ne peut pas échapper à ce que fait l'ancien » (GP1).

A priori, quelqu'un qui a duré dans la boîte doit avoir été confronté à beaucoup de situations qui devraient l'amener à humaniser sa pratique. Mais le contraire également est possible. J'ai vu plusieurs fois, des gens mourir au point que la mort ne me dit plus rien. On commence par traiter les malades comme on veut. C'est le revers de la médaille. On devient insensible, il n'y a plus la compassion. Quelqu'un décède, on n'a pas besoin de pleurer, il y a une façon d'aborder, mais à force d'avoir vu plusieurs situations comme ça, c'est un long évènement, ça peut amener à des déformations (GSS2).

GP2 et M1 ont nuancé leur point de vue. Quand bien même ils défendent l'argument selon lequel les anciens influencent les nouveaux de par leur comportement non éthique, ils affirment que les comportements non éthiques s'observent aussi auprès de certains nouveaux. Pour M1 « toutes catégories de personnes se comportent de cette façon ».

Vous allez à l'hôpital, vous voyez les sages-femmes stagiaires qui commencent par avoir les mêmes comportements que les anciens. On se pose la question, qu'elles sont à l'école, et sur le terrain, naturellement elles sont censées appliquer, parce qu'elles sont là pour être notées, mais bizarrement, on a l'impression qu'elles agissent comme les anciens (GP2).

PM1 et PM3 contredisent l'influence de l'ancienneté sur le comportement des soignants. Pour eux les comportements éthiques et non éthiques s'observent aussi bien chez les nouveaux que chez les anciens. Pour PM3 il n'y a pas de différence entre les jeunes recrues et les anciens.

Il y a des anciens qui accueillent très bien, qui sont très courtois avec les patients, il y a des nouveaux aussi qui le sont, mais aussi il y a des anciens qui

accueillent mal, qui ont des positions vraiment très négatives par rapport à l'autre. Chez les nouveaux également, j'ai constaté la même chose (PM1).

4.1.4.3.2 La catégorie professionnelle

La catégorie professionnelle entraîne les comportements déviants. 9 des 15 répondants pensent que les comportements varient selon la profession.

Les types de fraudes dépendent de la catégorie professionnelle. Lorsque nous parlons de vente de thermomètre, un médecin ne vendra pas de thermomètre. Donc, ce sont les gardes malades, le personnel d'appui. Lorsque je parle du détournement de patient, ça, c'est les médecins qui le feront. La vente de médicaments, c'est ceux qui en font usage, c'est les infirmiers qui injectent, qui administrent, qui peuvent être coupables de ces pratiques (GSS2).

PM4 adopte un point de vue plus large tout en mettant l'accent sur le niveau de formation qui est lié en même temps à la catégorie professionnelle.

Le comportement éthique peut-être lié à la catégorie professionnelle si vous ne savez pas que ce que vous faites c'est une mauvaise chose. Par ignorance ça peut se faire, si vous n'avez pas une information, vous êtes plus habilités à tomber. Donc, ceux qui sont formés sont mieux outillés ou bien sont mieux avisés à ne pas divulguer le secret professionnel, mais ceux qui ne sont pas formés, ils ne savent même pas qu'ils font du mal. Pour eux, ils ne font que rendre service (PM4).

Les répondants ont précisé les comportements observés par chaque catégorie professionnelle. Les écarts de conduite sont décrits suivant les catégories professionnelles à savoir les médicaux, les paramédicaux et le personnel d'appui.

Chez les médicaux, on observe couramment le détournement des malades vers les centres privés, les ventes illicites de médicaments et de services ainsi que l'abus du pouvoir.

Pour PM2, le détournement des malades s'observe beaucoup plus chez les médecins. Pour donner une explication à ce comportement des médecins, GSS2 affirme qu'ils ont des intérêts dans les centres privés, soit ils interviennent eux-mêmes, ou bien ils obtiennent des ristournes dans ces centres.

On voit des médecins qui demandent des analyses et qui orientent vers des cabinets privés alors que le matériel pour ces analyses est dans le public où ils travaillent. Prends le chirurgien qui prescrit du matériel d'ostéosynthèse qui indique une pharmacie spécifique lorsque vous fouillez c'est qu'il a des ristournes qui lui viennent de là. Prenez un médecin qui prescrit des médicaments et qui indique une pharmacie, vous fouillez, c'est qu'il a des ristournes (GSS2).

Pour PM6, il est rare de trouver le personnel médical vendre des produits qu'ils prescrivent, « c'est rare de voir les médecins adoptés ces comportements. On ne va pas dire zéro, mais, c'est rare. Ils ne sont pas aussi nombreux ». GSS1 montre par une expérience vécue qu'il y a des cas de vente de médicaments par les médecins.

En 2015, j'avais un petit frère qui avait fait un accident, il sentait mal au niveau du cou et on l'avait amené aux urgences chirurgicales. Il y a un médecin, un jeune médecin là-bas qui nous a prescrit un produit et nous a dit qu'on peut aller vérifier le prix à la pharmacie, mais que lui, il peut nous vendre ça, qu'il l'a. J'ai réfléchi, mais, je me dis, c'est lui va administrer ce produit à mon petit frère. Or, au même moment, la personne me dit qu'elle a le produit. Si je vais en pharmacie, je l'achète, je ramène, est-ce qu'il va bien administrer ce produit à mon petit frère. J'ai dû lui remettre l'argent pour qu'il vende le produit à mon petit frère (GSS1).

Il arrive aussi des cas où le médecin se cache derrière les prestataires qui font les soins (infirmier, garde-malades) pour vendre ses produits. « Si un médecin doit être associé à la vente, il se cache derrière ce personnel qui doit faire des soins » (PM4). Habituellement, les médecins vendent des produits de valeur. « Un médecin ne va pas « pamer¹⁵ » du valium, par exemple, s'il y a un produit de grand prix qu'il veut « pamer », pour cacher sa personnalité, il peut remettre à l'infirmier, le médecin pour vendre un produit de grande valeur, va passer par son subordonné, puisque c'est lui qui a prescrit » (PM4). Des exemples de vente de la prestation sont aussi donnés. On peut prendre le cas « d'un médecin qui, après avoir opéré un patient lui a réclamé de payer 500 000 F CFA » (GSS1).

GP2 et PM2 ont notamment mis l'accent sur l'abus du pouvoir des médecins vis-à-vis des usagers. « Il faut comprendre que pendant longtemps les professionnels médicaux, ont tendance à écraser les patients, c'est-à-dire à les dominer en fait. Quand vous arrivez au départ, vous vous sentez que vous êtes dominés et ça fait que, il y en a qui abusent de leur niveau ou position » (GP2). Cela peut s'observer aussi dans la façon

¹⁵ Verbe « pamer » provenant de l'expression « Programme d'aide aux malades ».

dont ils accueillent les usagers, « il faut dire que certains médecins accueillent aussi très mal, ils accueillent très mal du fait de leur rang » (PM2).

Les dix répondants ont montré que la catégorie professionnelle est l'une des causes des comportements non éthiques affirment que la majorité des comportements déviants énumérés plus haut s'observent chez les paramédicaux, car ce sont eux qui sont davantage en contact avec les usagers. Selon plusieurs répondants, la fréquence des ventes chez les paramédicaux est largement supérieure à celle des médicaux. Les comportements non éthiques ne s'observeraient que chez les infirmiers, c'est eux qui sont habilités à faire des soins (PM4, PM7). « Les comportements non éthiques s'observent surtout chez les infirmiers, les sages-femmes » (PM6). Il est important de noter que les produits vendus par les paramédicaux ne sont pas à comparer à ceux vendus par les médecins.

L'infirmier vend c'est vrai que les choses ne sont pas incomparables. Quand l'infirmier vend 20 seringues au bout de la journée, il a combien, peut-être 3000 F CFA. Mais un médecin qui vend par exemple un clou (appareil orthopédique), combien il a, il a peut-être 300 000 F CFA. Lui il ne vend que peut-être rarement, mais on crie que l'infirmier vend, alors qu'au finish, il en sort avec quoi, rien du tout (PM6).

De tous les comportements déviants évoqués ci-dessus, il est à noter que les gardes malades sont fort spécialisés dans le mauvais accueil et dans la vente illicite des produits (GSS2, PM3, PM4). Et cela constitue un problème crucial pour leur gestion du fait qu'ils n'ont pas reçu de formation spécialisée dans le domaine. « Mais là où on a souvent des problèmes, c'est beaucoup plus avec ceux qui n'ont pas été formés dans les institutions officialisées. Les gardes malades par exemple » (GSS2). PM3

partage le même point de vue que GSS2. « Dans nos catégories, il y a les gardes malades qui ne sont pas formées et parfois, il faut leur rappeler tout ça là, quand il y a une situation qui nous interpelle, tu les rappelles rapidement, pour leur dire qu'est-ce qu'il faut faire, qu'est-ce qu'il ne faut pas faire, il faut de temps en temps leur rappeler ». Souvent, ce sont les gardes malades qui introduisent les usagers dans les salles de consultation et exigent d'eux des paiements ou des dessous de table. « Les médecins ne peuvent pas demander à être payés, mais c'est plutôt ceux qui accueillent: les gardes malades. Excusez-moi si je le dis, parce que ce sont eux qui reçoivent les malades, qui prennent les constantes (PM4) ». PM7 renchérit « Si l'on prescrit un produit et l'intéressé veut aller acheter, les gardes malades demandent quoi on vous a prescrit ». Pour PM6, il n'y a pas que les gardes malades qui se comportent de la sorte, il y a le personnel d'appui, les aides-soignants et ceux qui sont au niveau de la caisse.

PM2 note la naissance d'un « syndrome » auprès des intervenants du service de maternité qui peut être engendré par « le stress » ou bien « la peur de perdre la mère et l'enfant ». Conséquemment, « les sages-femmes ne ménagent pas beaucoup les femmes ». Pour expliquer l'antipathie des sages-femmes à l'égard des patientes, il ajoute « qu'entre femmes, il y a toujours des conflits », l'entente n'est toujours pas facile. La « mauvaise humeur » est aussi considérée comme un facteur explicatif des comportements déviants. Les soignants sont souvent « aigris » (PM5).

Les répondants ont démontré en outre que ces comportements non éthiques ont des conséquences aussi bien sur les usagers de l'hôpital que sur les soignants et l'hôpital.

4.1.4.3.3 La personnalité

Huit répondants sur quinze ont mentionné dans leurs discours que la personnalité influence le comportement des soignants à se comporter de manière éthique. On peut trouver dans un même service des personnes éthiques et des personnes non éthiques. Le comportement non éthique de certaines personnes est expliqué par les collègues comme ceci : « celle-là c'est comme ça qu'elle est, elle insulte les gens » (GP2). PM5 nuance l'influence du service sur le comportement. Pour elle, parlant des sages-femmes « C'est elles-mêmes qui sont un peu dures de caractère ».

Pour expliquer les causes des comportements déviants, GRH1 pense que les variables psychologiques comme la conscience les influencent. « On dirait que la conscience est morte ». GSS2 renchérit que les problèmes personnels peuvent amener les soignants à ne pas être éthiques. M1 et PM2 affirment que « l'orgueil » du soignant né du fait qu'il est en blouse et le patient « dépend de lui », et « ne maîtrise rien » (M1), l'amène à se comporter de manière non éthique. Pour PM6, c'est « l'arrogance personnelle » c'est-à-dire, « j'ai un poste, je suis le chef chez moi, c'est mon bureau, voilà, si tu veux te plier, tu plies, si tu ne veux pas, il faut aller ailleurs » (PM6). PM7 quant à lui parle de « l'intérêt personnel », « On considère son intérêt plus que celui du patient ».

4.1.4.3.4 L'âge

Six répondants ont relevé dans leurs discours l'influence de l'âge sur le comportement des soignants. Les points de vue sont aussi partagés en ce qui concerne l'âge. PM2 et PM4 affirment que les jeunes sont moins éthiques que les anciens. « Les jeunes ont des comportements déviants parce qu'il y a l'inexpérience, la personne n'a pas encore vécu des choses, si par exemple, la personne a fait un acte et

elle a été punie une fois, deux fois, ça va changer un peu son comportement » (PM2). L'expérience des plus expérimentés les amène à prendre conscience et à bien se comporter. L'âge permet aussi de prendre conscience et de changer de comportement.

Je pense que les âgés respectent l'éthique plus que les jeunes, parce que vous voyez même la génération de maintenant même, elle n'est pas tellement comme l'ancienne génération. Donc, si l'on prend le cas du respect de la personne, les âgés respectent beaucoup plus cela que les jeunes (PM5).

De leur côté, GSS2, PM3 et PM5 pensent le contraire. Pour GSS2, les jeunes stagiaires sont dynamiques et observent l'éthique, car ils « sont en quête d'emploi » alors que PM3 considère que les jeunes n'ont pas de responsabilité familiale et devant des situations de dilemme éthique, ils ont tendance à être éthiques. « Quand on est jeune, on n'a pas encore d'enfants, on n'a pas trop de charge, d'occupation, on essaie d'être honnête, respectueux, on est à l'heure, on est réglo dans le service. Quand les gens commencent par avoir des enfants, la famille, on change de comportement ». Pour PM5, les âgés sont plus respectueux que les jeunes « je pense que les âgés respectent l'éthique plus que les jeunes, parce que la génération de maintenant même, elle n'est pas tellement comme l'ancienne génération. Donc, si l'on prend le cas du respect de la personne, les âgés respectent beaucoup plus cela que les jeunes ». Bref, les avis sont très partagés quant à l'influence de l'âge.

4.1.4.3.5 Le niveau d'éducation sociale

Selon quatre répondants, l'éducation influence le comportement des soignants à l'égard de l'éthique. Pour deux d'entre eux, plus les soignants ont un niveau élevé

dans l'éducation plus, ils se comportent de manière éthique (GP2 et PM1). PM1 et PM4 mettent notamment l'accent sur l'éducation de base qui influence le comportement. « Chacun a eu une éducation qui l'aide à mieux se comporter dans la vie, dans la société et autre » (PM1). Pour GSS2 le groupe d'appartenance influence le comportement.

Moi par exemple pour édicter mes règles de conduite, ce n'est pas seulement ce que j'ai lu ou j'ai appris à l'université qui fait qu'aujourd'hui, je vais me comporter comme ceci plutôt que comme cela. Il y a l'éducation reçue dans la famille même qui me donne des valeurs. Donc, chacun a des influences telles religieuses, influence selon le groupe social auquel on appartient, là où on a été formé. Il y a ces influences qui sans forcément être prescrites vont pouvoir amener un tel à se conduire plutôt comme ceci que d'une autre façon (GSS2).

4.1.4.3.6 Le genre

En ce qui concerne le genre, la majorité des répondants ne voient pas de liens. Trois répondants sur quinze pensent que le comportement éthique n'est pas lié au sexe. Autant les hommes et les femmes se comportent de manière non éthique. Pour M2, « c'est des petites équipes contenant aussi bien les hommes que les femmes. C'est quasiment une culture, ce n'est pas lié au sexe ». La plupart affirment par contre que par rapport à la valeur de bienveillance, les hommes traitent mieux les gens que les femmes. Les hommes sont accueillants. PM3 constate qu'entre femmes « on ne se parle pas bien », les femmes « ne se respectent pas entre elles ». PM5 renchérit en disant que les femmes « sont aigries en elles-mêmes vis-à-vis de certaines choses et quand elles viennent au travail, il faudrait qu'elles se défoulent, elles déversent leurs problèmes sur les patients ».

4.1.5 Les conséquences des comportements non éthique

4.1.5.1 Les conséquences sur les usagers de l'hôpital

Lors des entrevues, les conséquences mentionnées par les répondants sont la frustration des usagers due aux pratiques non éthiques des soignants. Les usagers préfèrent faire « l'automédication » (GRH1) à la place d'aller dans un centre de santé pour se faire soigner en cas de problème de santé. Les malades vont chercher par eux-mêmes des médicaments sur le marché pour se faire traiter. « Le malade achète le médicament sans chercher à savoir si le médicament acheté est de qualité, ou bien les conditions de sa conservation sont bonnes » (GRH1). L'individu « doute » (PM4) en la qualité des produits achetés illicitement auprès des soignants.

4.1.5.2 Les conséquences sur les soignants

Les soignants ne sont pas protégés, leurs compétences sont critiquées par la population.

Tu n'es pas du tout protégé si c'est un produit que tu sors, tu soignes et il y a un problème. Un jour, une scène s'est passée où un médecin, dans l'incapacité pour que le parent puisse procurer le produit, a offert le produit à la dame, ça a tourné mal. Heureusement pour elle que, ce n'est pas un produit qu'elle a vendu. Heureusement pour elle, mais ça n'a pas été facile, si vous voyez les propos des parents, vous allez regretter (PM4).

4.1.5.3 Les conséquences sur l'hôpital

La population « redoute sur le système de santé publique » (GRH2). Le CHU-SO a perdu sa réputation auprès de la population « actuellement, on crie sur les toits que le

CHU-SO n'accueille pas bien, ou bien si je n'ai pas quelqu'un au CHU, on ne va pas vite s'occuper de moi » (PM5).

La figure 4.4 montre que les comportements non éthiques des soignants du CHU-SO semblent liés aux variables organisationnelles et socio-économiques et individuelles. Ils ont pour conséquences l'automédication de la population, le doute de la compétence des soignants, le doute de la qualité des soins et la perte de la réputation de l'hôpital.

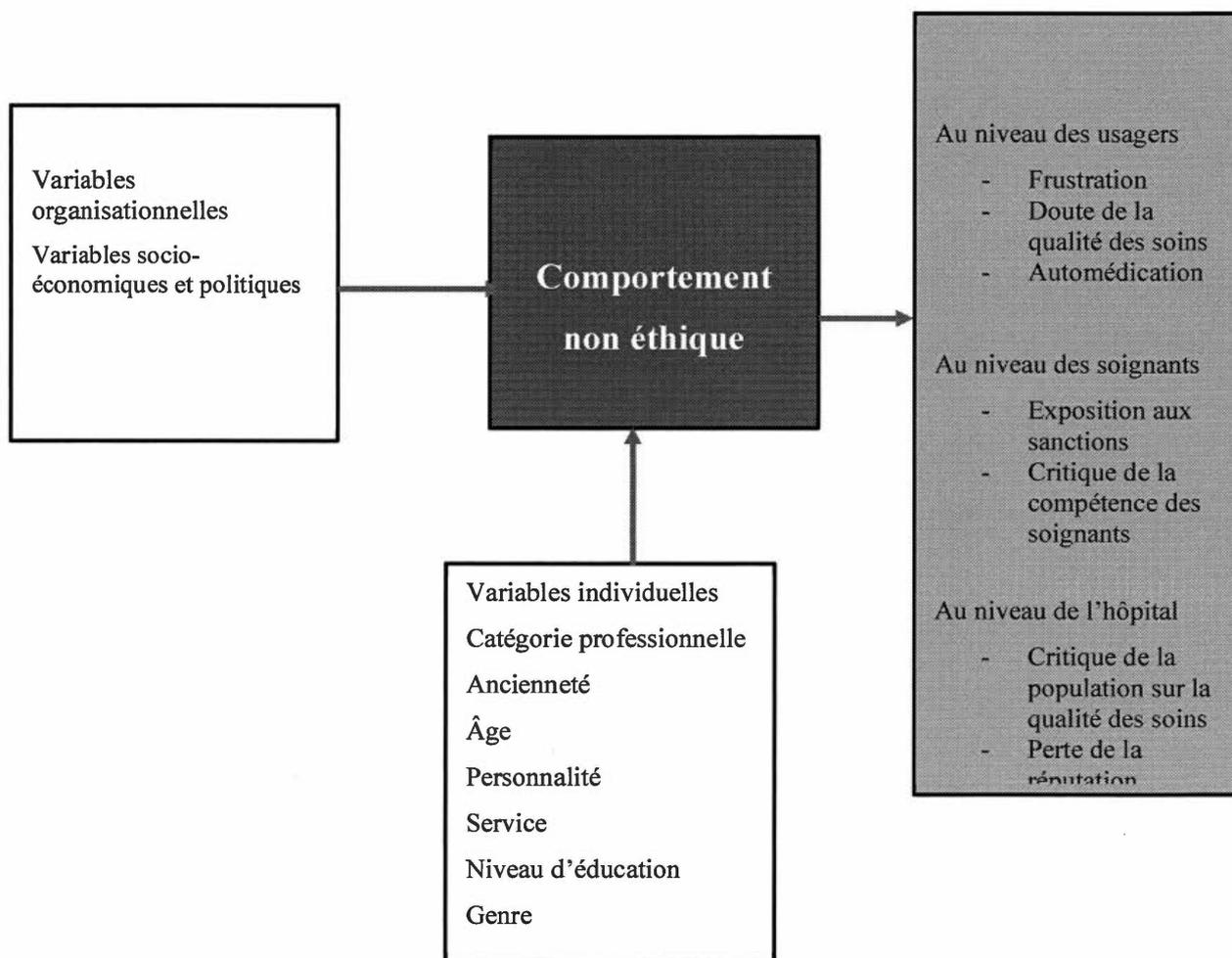


Figure 4.4 Modèle des causes et des conséquences relatives aux comportements non éthiques

À partir des données recueillies sur l'éthique, les comportements éthiques et non éthiques, ses causes et ses conséquences, un modèle émerge afin de démontrer la relation dynamique de l'éthique avec les autres variables. Ce qui permet d'amorcer la deuxième partie du chapitre qui consiste à présenter les recommandations émises par les répondants pour promouvoir des comportements éthiques et ainsi favoriser un changement culturel.

4.2 Le changement : implantation de l'éthique au CHU-SO

La réputation du centre de référence en matière des soins de santé au Togo étant mise en jeu, la chercheuse a continué son investigation, pour qu'ensemble avec les soignants, afin de trouver des solutions au problème. Comment faire adopter des standards de comportement, puis leur appropriation dans le milieu de la santé du Togo? Dans cette partie consacrée au changement, les conditions nécessaires au changement seront présentées, elles seront suivies des activités à réaliser pour l'implantation d'une culture éthique au sein de l'hôpital et enfin l'accent sera mis sur le rôle prépondérant des différents acteurs au changement afin de réussir le changement culturel qu'est l'appropriation d'une culture éthique.

4.2.1 Les conditions nécessaires au changement

Comme l'a montré la partie précédente, tous les répondants à l'entretien ont démontré l'impact considérable des variables organisationnelles sur le développement des comportements non éthiques. Ils estiment ainsi qu'il faut réviser les conditions organisationnelles afin d'implanter une culture éthique au sein de l'hôpital. Le tableau 5 résume les éléments favorisant le changement. PM3 a démontré par un

exemple que si l'administration ne remplit pas ses obligations envers ses employés, il serait difficile pour elle de réclamer les devoirs des soignants.

Si tu es mon responsable, ce que tu dois faire à mon endroit, tu ne le fais pas, ça va diminuer ta force de contrôle sur mon travail. Si je dis que nous devons être à ce nombre pour faire ce travail, mais tu ne l'as pas donné, tu ne peux pas exiger aussi de moi un travail de qualité, et parfois il y a trop de défaillance de la part de l'administration (PM3).

De même, PM1 propose qu'on satisfasse la réclamation du personnel avant de former les soignants à l'éthique. PM1 mentionnait les revendications du personnel soignant non tenues par l'administration.

Les paragraphes suivants décrivent les propositions des répondants sur le processus du changement tout en précisant les contenus du changement. Mais avant cela, certaines conditions sont nécessaires pour favoriser ce changement, il s'agit de la révision du système de recrutement, du système de gestion, de la réorganisation de l'hôpital, la mise en place de dispositifs de communication et de surveillance et de l'amélioration des conditions de travail.

4.2.1.1 La révision du système de recrutement

Des propositions d'amélioration ont été formulées sur le processus de recrutement des soignants. Les répondants suggèrent que le recrutement se fasse dans la transparence

et dans l'objectivité. Pour PM1, le recrutement des soignants doit être objectif : « Le recrutement des gens, il ne faut pas que ça se passe parce que c'est ma famille, c'est mon ami, c'est le fils de tel, ou bien parce qu'on est du même village ». Il décrit comment un agent recruté peut évoluer dans sa carrière sans nécessairement mériter le poste : « On le prend, on l'initie un peu, il apprend, il se fait le chef, il devient ton chef même s'il n'a pas la compétence d'être ton chef » (PM1).

En parallèle, M1 souligne que le métier de garde-malade est un métier à valoriser et dont le recrutement doit définir un certain nombre de critères plus précisément des traits de personnalité que des « tests psychotechniques » (M1) doivent déceler. Le recrutement du personnel soignant a été proposé par PM4 pour réduire la surcharge du travail. Puisque, il est noté que la surcharge du travail amène les soignants à maltraiter les patients.

4.2.1.2 La révision du système de gestion

Cinq répondants ont suggéré qu'il y ait de la transparence dans la gestion de l'hôpital. « Il suffit que la partie administrative soit réglo, c'est-à-dire que la partie administrative aussi doit jouer le franc jeu. Elle doit faire de sorte que ce qui rentre, que ça soit utiliser correctement, il ne faut pas que les gens se les mettent dans les poches » (PM1). GRH1 propose que des rapports de gestion de l'hôpital soient présentés régulièrement aux soignants. De même PM1 l'a exprimé dans son discours « nous voulons qu'on nous fasse des feedbacks de ce que nous produisons, comment est-ce qu'elle est répartie » (PM1). La transparence du système de gestion peut amener les soignants à comprendre le fonctionnement de l'hôpital et les règles de gestion.

Il faut associer les agents au moment de l'élaboration du budget. Lorsque vous êtes associé dans le pilotage, à la fin du mois on vous fait le rapport de ce qui est rentré, comment va-t-on pouvoir le répartir pour organiser les dépenses ? Lorsqu'ils ont compris comment fonctionne l'administration. Ce n'est pas parce que, j'ai demandé que l'on m'achète un portable, de telle marque, que forcément je l'aurai. Ça ne fonctionne pas comme ça. Il y a des règles du marché public. Tu ne devrais normalement pas dire, je veux un portable de marque infini, non, je veux un portable de telle caractéristique, voilà comment ça fonctionne (GSS2).

4.2.1.3 La réorganisation de l'hôpital

La création d'un service de médecine légale pour traiter les questions d'éthique et assurer la formation et l'appropriation de l'éthique par les soignants a été suggérée par GSS2. Pour lui, « lorsqu'on parle de la médecine légale, c'est une spécialité qui est au carrefour de toutes les disciplines de la médecine, des sciences humaines. Lorsque ce service prendra forme, c'est par là où les étudiants feront des stages obligatoires, c'est là où au-delà de ce qu'ils ont appris à la faculté, ils verront les aspects pratiques sur le terrain, où on aura des staffs pour rappeler les règles prescrites dans le code de déontologie et ceux qui ne le sont pas et qui vont se retrouver dans les principes de l'éthique. C'est le service le plus habileté à faire ces rappels, à faire ces formations, à renforcer la capacité du personnel en la matière » (GSS2). Pour démontrer le rôle important du service de médecine légale, il explique que c'est l'absence de ce service qui fait que l'on observe des écarts de conduite auprès des soignants.

Ce service de médecine légale où on parlera d'éthique va beaucoup plus agir dans le domaine de la recherche ou de la prise de décision en cas de situation difficile. Lorsqu'on veut amputer quelqu'un par exemple, ce n'est pas un geste

banal, ça doit être discuté en comité éthique. On mettra en jeu, des valeurs religieuses, des valeurs culturelles, etc. avant d'arriver à prendre la bonne décision (GSS2).

En ce qui concerne la composition du service de médecine légale, il propose qu'il y ait « ceux qui soignent et également ceux qui ont autres approches de la pratique » (GSS2).

4.2.1.4 La mise en place de dispositifs de communication

PM1 propose la création d'un service accueil à l'entrée de l'hôpital. Un service où les informations de tout l'hôpital seraient centralisées et qui doit pouvoir être capable de donner les informations nécessaires à tous les usagers de l'hôpital. Au niveau de chaque service, M1 pense que les services accueils sont essentiels. Toujours selon M1, il serait souhaitable que ces services permettent d'accueillir les usagers, de les informer sur ce qu'ils doivent faire et de les introduire auprès des soignants.

Dans un autre ordre d'idées, l'orientation des services peut se faire par des « panneaux d'indication » (PM1). Les dispositifs de communication comme les affiches publicitaires vont renseigner les usagers sur le fonctionnement de l'hôpital. « Normalement, quand tu rentres dans un hôpital, tu dois avoir le plan de l'hôpital. Dès l'entrée, tu dois avoir le plan de l'hôpital et à chaque couloir, il y a le plan qui continue pour faciliter l'orientation. C'est horrible, si vous voyez comment les gens se perdent ici » (M1). Les dispositifs de communication vont également informer sur les droits et devoirs des usagers et les obligations des soignants. « Il faut faire peut-être des affiches publicitaires au sein de l'hôpital, pour dire n'acheter pas des produits auprès des prestataires ou bien, seule la pharmacie est habilitée à vendre des médicaments ou encore ne donner pas d'argent aux prestataires » (GSS1). PM6

mentionne qu'il faut aussi faire des affiches imagées pour attirer l'attention de tous à comprendre l'information à passer. GSS2 propose en plus des affiches, des prospectus d'information. « Dans le hall, c'est écrit et affiché le droit de l'utilisateur qui vient, il peut l'avoir en prospectus. Il a une kyrielle d'informations en termes de renseignement, lorsqu'il vient à l'hôpital. Voici ce à quoi il a droit lorsque c'est mal fait, voici vers qui il peut recourir » (GSS2). M1 montre l'importance d'une ligne téléphonique et d'un site internet pour l'hôpital et aussi le relai des informations de l'hôpital par les médias comme les presses, les télévisions, les radios.

Le port strict des badges est un élément important de renseignement de l'utilisateur sur l'identité du soignant. Ainsi les badges doivent être accrochés à la blouse de sorte qu'on puisse bien voir les informations d'identification.

La direction a fait les badges, on doit exiger que chacun porte ses badges. Sur le badge, il y a le nom, il y a le service, il y a tout. Si je l'accroche à ma blouse, toute personne qui vient à moi, il peut lire mon nom, il peut lire ce qu'il y a dessus pour savoir que ce n'est tel personne qui m'a mal reçu, ou bien qui m'a mal parlé. On va insister sur le port de badge pour que ça puisse identifier les agents et proposer de faire les badges de sorte qu'on puisse les accrocher à la blouse, car avec la corde, ça se renverse dès fois. Les badges que nous avons, il y a deux façons de les mettre, chacun met ça à sa façon. Mais, pour faire réussir un tel projet, il faudrait qu'on puisse accrocher (PM5).

4.2.1.5 La mise en place de dispositifs de surveillance

Les répondants ont proposé de mettre en place des caméras au sein de l'hôpital « pour éradiquer ces comportements, on pourra mettre des caméras par endroit dans les structures de soin » (GSS1). PM5 partage la même idée : « Il faut aussi mettre des dispositifs de caméra de surveillance. Si vous savez que vous êtes surveillés, vous

n'allez pas vous comporter d'une mauvaise manière envers les patients » (PM5). Les dispositifs de surveillance sont importants et peuvent « voir en temps réel les comportements et interpeller les gens qui ont des écarts de conduite à l'hôpital » a expliqué GSS2.

4.2.1.6 L'amélioration des conditions de travail

Les conditions de travail des soignants sont perçues comme « déplorables » (M1). Ils ont exprimé le désir ardent d'une « amélioration des conditions de travail » (GSS1, M1). « La motivation passe par l'amélioration du cadre de travail » (M1). Pour lui, « si vous voulez aujourd'hui qu'on ait une structure éthique dans notre centre, il faut commencer par mettre de bonnes conditions de travail pour le personnel ».

M1 et PM4 précisent qu'il faut améliorer « les infrastructures et équipements », construire des salles d'eau (w.c. et douches) aussi bien pour les usagers que les soignants afin tous aient un environnement adéquat. L'utilisateur aura un bon accueil et dorénavant ne va plus satisfaire ses besoins dans des « pots » (M1) et le soignant aura de l'enthousiasme à faire son travail. La propreté du lieu de travail et son aération sont soulevées par M2 qui montre son importance dans la qualité de la prestation. M1 ajoute que le délabrement du matériel fatigue les soignants et ils défoulent leur colère sur les usagers. PM2 renchérit que « quand le matériel n'est pas bon, le travail devient lourd pour la personne ». M2 affirme aussi que la lenteur du traitement est souvent due au fait que les produits ne sont pas mis à disposition dans les services de soin et que ce sont les usagers qui doivent en acheter pour faire les soins. Certains répondants ont aussi soulevé l'importance de l'amélioration des conditions de travail et de « la restauration » (M1, PM3, PM6). Pour PM6, « l'amélioration du cadre aussi peut influencer positivement les comportements. Que les structures d'accueil soient bien propres, que les bâtiments soient bien propres, bien rénovés. Il faut que quand tu

rentres dans un pavillon, que tu sois heureux, que tu sois fier de travailler dans une grande boîte » (PM6).

4.2.1.7 L'approvisionnement des services et de la pharmacie du CHU-SO en produits de soins

PM1 pense qu'en mettant des outils pour limiter le contact du soignant avec l'argent va réduire considérablement le PAM. GP1 et PM2 proposent de mettre les produits à disposition des soignants et lorsque les usagers viennent à l'hôpital, ils vont payer la facture de la consultation et de tout le traitement à la caisse. M2 et PM2 mettent l'accent sur l'approvisionnement du service des urgences en matériels et médicaments nécessaires aux soins. PM2 ajoute de constituer des kits de soins dans le service d'urgence comme le cas de la césarienne dans le service de maternité. Une autre proposition est l'élargissement des mutuels de santé à tous les usagers de l'hôpital afin d'éradiquer le racket de malades.

Quand chaque patient arrive à l'hôpital par exemple, avec l'INAM¹⁶ le prestataire ne peut plus le tricher. C'est parce que les gens viennent à l'hôpital avec de l'argent, que ça se passe comme ça. Quand tu as ton livret d'assurance, tu arrives, on ne peut pas te tricher, le prestataire est obligé de te prescrire le médicament pour que tu ailles en pharmacie pour acheter le médicament. Donc si l'assurance maladie est devenue universelle pour tout le monde, ça va réduire sensiblement le racket des usagers dans les structures (GSS1).

¹⁶ Institut National d'Assurance maladie

4.2.1.8 La révision des salaires

GP2 explique que les soignants font des ventes illicites parce qu'ils ont un besoin vital à satisfaire et une solution serait de revoir leur salaire. La révision à la hausse du salaire est suggérée par sept répondants. GSS2 parle de salaire décent et il explique la situation de certaines personnes en disant :

Lorsque je prends celui-là dont le salaire ne permet pas de s'offrir les trois repas de la journée, mais qui a des charges au niveau de la famille. Peut-être, c'est lui seul qui travaille. Il ne travaille pas seulement pour sa famille nucléaire, mais il y a la famille élargie qui dépend de lui. Il doit pouvoir soutenir la famille. Au finish, il ne lui restera plus rien pour lui-même. Il a l'obligation de venir travailler, il doit se déplacer, il doit manger lorsqu'il arrive au travail. Est-ce qu'on lui en voudra foncièrement d'avoir vendu un ou deux thermomètres pour pouvoir se payer la bouillie ? Il l'aurait fait probablement parce qu'il n'a rien, s'il ne le fait pas, il va crever (GSS2).

4.3 Le processus de changement

Il ressort de l'analyse du discours trois phases du processus de changement : la phase de préparation du changement, la phase d'implantation du changement et la phase du suivi de l'implantation. Le rôle des différents acteurs au travers la communication, la sensibilisation et la formation sont aussi expliquées par les répondants.

Tableau 4.3 Les éléments favorables au changement

| |
|---|
| • La révision du système de recrutement |
| • La révision du système de gestion |
| • La réorganisation de l'hôpital |
| • La mise en place de dispositifs de communication |
| • La mise en place de dispositifs de surveillance |
| • L'amélioration des conditions de travail |
| • L'approvisionnement des services et de la pharmacie de l'hôpital en produits de soins |
| • La révision du salaire |

4.3.1 La phase de préparation du changement

Pour GRH1, un changement de comportement peut se réaliser comme un « projet » et pour le réaliser, il va falloir mettre en place une équipe qui doit piloter le projet. L'implication des agents et l'appropriation du projet amènent l'équipe projet à faire l'analyse situationnelle pour « essayer de voir au niveau de cette structure, comment est-ce que les acteurs doivent s'approprier des objectifs de ce projet-là qui me semble-t-il devraient être mise en œuvre » (GRH1).

L'équipe projet doit faire un diagnostic situationnel par rapport à la thématique. C'est par rapport à l'analyse situationnelle qu'on peut dégager le problème, dégager les forces et puis les faiblesses et l'analyse de ce problème. Après tout, on dégage les axes d'interventions pour le pilotage du projet (GRH1).

De même pour PM1, il faut faire l'état des lieux pour avoir une appréhension de manière générale de toute la situation du CHU et après cela mettre en place des stratégies de priorisation pour voir par où commencer.

Pour M1, le comité peut être constitué d'un professeur d'université et des représentants des différents corps professionnels. M2 de son côté, propose de mettre en place une commission qui va élaborer un code d'éthique et voir dans quelle mesure on peut mettre en place un système de formation à l'endroit des agents. La commission serait composée des représentants de l'ordre des médecins, les représentants des différentes associations des paramédicaux, les juristes et les représentants étatiques. PM5 ajoute les psychologues à la liste, car pour lui ils sont plus outillés à recenser les comportements et les valeurs à prôner par l'hôpital. GRH1 ajoute à l'équipe projet des spécialistes de l'assurance qualité des soins et précise que soit constitué un comité de pilotage du projet devant qui, l'équipe projet doit régulièrement rendre compte.

4.3.2 La phase d'implantation : un système de redevabilité

La phase d'implantation consiste à mettre en place le contenu du changement. Comme le dit GHR1, il s'agit de mettre en place « les référentiels », autrement dit un système de redevabilité basé sur les valeurs et normes à véhiculer par les soignants du CHU Sylvanus Olympio.

4.3.2.1 L'édiction des textes

Tous les répondants à l'entretien affirment qu'ils n'ont pas connaissance des valeurs de l'hôpital. « Il y a des dispositions générales que l'on connaît de manière tacite. Donc, il n'y a pas un document qu'on a donné à tous les services que ce sont les valeurs que nous prônons ». (PM1) Ils ont alors émis le vœu que s'il y a des valeurs, que l'administration de l'hôpital les leur communique ou bien s'il n'y en a pas que

des énoncés de valeurs soient édictés et communiqués à tous les agents. Les textes de loi en vigueur à l'hôpital devraient être communiqués et mis à disposition de tout employé de l'hôpital. GRH1 pense que « dans une administration, on doit édicter des règles et faire en sorte que ces règles soient respectées ». Pour GP1, « c'est le devoir de la structure de mettre en lumière tous les règlements intérieurs, toutes les chartes qui existent ». Les soignants sont bien sûr au courant de l'existence de certains textes harmonisés de la Communauté Économique des États de l'Afrique de Ouest qui contiennent des valeurs, mais pour eux, il faut que l'hôpital leur explique clairement les valeurs auxquelles il adhère. « L'OOAS¹⁷ a mené des activités pour amener les pays à harmoniser les pratiques. Mais par rapport à chaque pays, et chaque institution, il y a aussi des aspects spécifiques ». (GP2)

Pour GRH2, l'hôpital doit avoir une « charte » inspirée du code de la santé du Togo. « L'hôpital devait reprendre ces valeurs, ces normes qui sont contenues dans le code de la santé pour les traduire en termes de charte, j'insiste là-dessus, en termes de charte, à respecter aussi bien par les professionnels que par les usagers qui arrivent à l'hôpital » (GRH2). GSS2 pense que le code de la santé du Togo étant volumineux, il est important de faire des extraits et de les expliquer pour faciliter la compréhension. Pour sa part GRH1 parle de gouvernance éthique.

L'hôpital doit avoir par exemple ce qu'on appelle la gouvernance éthique. La gouvernance éthique c'est que, dans l'élaboration de tout ce qui est politique, tout ce qui est norme, on doit avoir des valeurs. Quand on arrive dans un hôpital, on doit voir des missions, la vision, des valeurs comme la justice, l'équité, la transparence, la responsabilité, ce sont des éléments qui doivent rentrer dans la gouvernance éthique (GRH1).

¹⁷ Organisation Ouest Africaine de la Santé

GRH2 suggère, pour sa part, de créer l'observatoire de l'éthique afin d'amener les soignants aux comportements éthiques. GRH1 pense que « le ministère a élaboré un plan national de développement sanitaire, mais quand vous descendez au niveau des hôpitaux, ils n'ont pas de projets d'établissement alors que ce sont des éléments importants qui participent à la planification des activités dans un hôpital » (GRH1). PM2 s'interroge sur la non-application de ces valeurs contenues dans le Plan de Développement sanitaire. « Il y a sûrement des documents qui parlent des valeurs, dans le PNDS. Beaucoup de gens se sont réunis, toutes les corporations, tous les acteurs pour le confectionner, mais est-ce qu'il est appliqué ? » (PM2). C'est pour cette raison que GRH1 propose que l'hôpital doive se servir des valeurs et principes contenus dans la politique nationale de la santé pour édicter des énoncés de valeurs et des projets d'établissement que tout agent doit respecter.

En ce qui concerne la norme, douze répondants ont suggéré que les textes de loi et, plus précisément, le règlement intérieur soient révisés et communiqués à tous les agents. Selon eux, c'est la norme qui va servir de base à l'évaluation. « À partir de la norme, maintenant, toi-même, tu regardes. Tu dis, j'ai telle sanction si je pose telle chose. Si je pose un acte de bravoure, j'ai telle motivation, j'ai tel avantage. Ça pourrait faire marcher les choses » (GP1).

Le tableau 4.4 résume les textes à édicter et à communiquer pour la mise en place d'un système de redevabilité pour amener les soignants à comprendre et à se conformer aux normes éthiques et politiques du CHU-SO.

Tableau 4.4 Les textes

| |
|---------------------------------------|
| • Les énoncés de valeurs |
| • Les règles |
| • Le code d'éthique |
| • La charte de l'hôpital |
| • La gouvernance éthique de l'hôpital |
| • Le projet d'établissement |

4.3.2.2 La révision du système d'évaluation

La révision du système d'évaluation du personnel incluant l'évaluation des prestations est suggérée par sept répondants. Pour PM4, l'évaluation telle que ça se passe à l'hôpital est à revoir puisqu'elle ne permet pas aux soignants d'adopter des comportements citoyens. Pour lui, c'est comme l'évaluateur « a une obligation de donner seulement une bonne note, et une mauvaise note à celui dont sa tête ne lui plaît pas ».

Pour GRH2, l'évaluation « comporte plusieurs étapes. Une étape où les deux parties remplissent le formulaire, une deuxième étape où les deux, le responsable et l'agent viennent à discuter du cahier de charge de l'agent, et dans ce cahier de charge, une véritable discussion autour de l'atteinte des différents objectifs fixés à l'agent ».

Pour d'autres, l'évaluation est un moment de souligner les points positifs et les éléments à améliorer.

L'évaluation doit permettre de dire, vous avez fait bien pour ça, mais par contre, vous avez mal fait pour l'autre et on vous formule des recommandations pour améliorer. Elle un moyen de sensibilisation des patients et des professionnels de santé sur leur comportement à l'hôpital (GRH2).

C'est l'occasion pour le responsable qui évalue de fixer avec le soignant les objectifs à atteindre.

Il faudra arriver à un véritable système d'évaluation où l'agent et son responsable programment une séance au cours de laquelle, les différents objectifs sont parcourus et se disent franchement si les objectifs sont atteints, si les comportements sont corrects, etc., et à la fin, la dernière étape, c'est la formulation des recommandations pour que l'agent s'améliore, ou bien, sanctionner son comportement, s'il n'est pas performant. L'évaluation va aboutir à proposer des promotions, ou bien des sanctions pour l'agent (GRH2).

M2 propose qu'il faille « mettre en place des normes d'évaluation puisque la reconnaissance va découler de l'évaluation ». Pour GSS2, la définition des critères d'évaluation va se faire ensemble avec les soignants et que le système d'évaluation reconnaisse les travailleurs méritants et les gratifie.

GSS2 pense que l'évaluation peut se faire comme cela se passe dans l'armée où l'on évalue le groupe et non l'individu. Pour lui, ce type d'évaluation peut amener les membres du groupe à adopter des comportements responsables dus à la cohésion du groupe. « La notion de la culture d'entreprise, ça marche bien dans l'armée. Il y a des situations où lorsque toi individu tu commets une faute, l'on punit le groupe, l'on punit la promotion, parce que c'est les autres qui ne t'ont pas conseillé. La prochaine

fois, lorsque quelqu'un a des écarts de comportement, les autres le conseillent » (GSS2).

L'évaluation des soignants peut se faire par des enquêtes de satisfaction des usagers (GRH1, PM5, PM1). On peut se servir des observations des usagers pour noter les soignants. « L'évaluation des soignants peut se faire aussi par le dépouillement des messages de la boîte à suggestions et faire le suivi pour la mise en application » (GRH1).

4.3.2.3 Les mesures incitatives : La motivation et les sanctions

GRH1 suggère qu'il soit mis en place des mesures incitatives afin de motiver les soignants qui adoptent de comportements exemplaires par des prix, des voyages d'études. GSS2 ajoute qu'il faut aussi encourager par des phrases d'encouragement. Pour M1, la motivation peut se faire par des promotions dans le service à des postes de responsabilité. Pour PM1 et PM7, il faut motiver par des primes. « Les primes peuvent être en termes pécuniaires ou bien d'un signe distinctif qu'on peut mettre en place pour créer l'émulation. C'est des choses comme ça qui peuvent motiver les gens à abandonner les mauvaises habitudes ». PM3 pense qu'il faut valoriser le soignant. « L'homme, il suffit seulement qu'il se sente considéré, il peut faire des sacrifices, sinon l'effort qu'il pouvait faire, il ne le fera pas ». M2 pense que les ristournes devraient être basées sur les comportements et le travail fourni et non distribué à tous les agents comme ça se fait à l'hôpital.

Tous les répondants ont démontré l'importance de la mise en place des « mesures disciplinaires » ou des « mesures de coercition » (GRH1) à l'hôpital. Pour se faire, il faut édicter des règles de droit claires, objectives et équitables et les communiquer à

l'ensemble du personnel. La clarté des règles est importante pour que son interprétation soit facile, mentionne PM2. Pour M1, « vous avez beau poser des normes, s'il n'y a rien qui fait peur, comment il va respecter ces normes ». De même pour GSS1, une loi sans contrainte n'est pas digne de lois. GSS1 propose alors de mettre en place des « mesures draconiennes objectives » et d'« alourdir les sanctions » contre les comportements non éthiques. Il faut de « l'équité » (PM1, PM2, PM3, PM4) dans les sanctions, autrement dit applicable sans distinction à tout le monde. « Quand tu voles, tu es soumis à des mesures correctionnaires. Il ne faut pas que demain, si ça arrive à quelqu'un, qu'on dise que celui-là c'est un proche, c'est un membre de mon parti, je ne peux pas le sanctionner, ou bien un membre de mon église. Il faut que ça soit des sanctions impersonnelles et objectives » (GSS1). M2 pense que ceux qui ne veulent pas adopter des comportements éthiques doivent être sanctionnés. PM1 explique que la sanction seule ne peut pas faire changer de comportement « on a sanctionné des gens, mais ils n'ont jamais cessé » (PM1). Pour lui, la sanction va inciter à l'action une fois que les dispositions ont été prises pour éviter les dérives. Parmi ces dispositions, il cite de meilleures conditions de travail.

PM1 et PM2 ont notamment mis l'accent sur la progression des sanctions disciplinaires. « Modérées au début, et plus accrues par la suite. C'est-à-dire au début, faire des avertissements verbaux et si ça continue, faire la suspension de salaire, tu restes à la maison sans salaire pendant un temps. Le temps, ça dépend des dispositions de la fonction publique et si ça continue, on te licencie carrément » (PM1).

Les sanctions doivent être graduelles parce qu'une première fois on t'attrape, on va t'avertir, on peut aussi procéder de cette façon, quand on attrape une personne, elle est blâmée, mais quand on va attraper une deuxième personne, elle va passer à

la sanction supérieure au blâme parce que la sanction du premier est connue de tous et lui va avoir une sanction plus supérieure qu'au premier (PM2).

4.3.2.4 Le recours des usagers

GRH1, GSS1, M1, PM5 proposent de mettre en place au sein de l'hôpital des boîtes à suggestions pour recueillir les plaintes des usagers. « Les clients qui n'ont pas trouvé satisfaction ou bien qui ont été arnaqués vont se plaindre auprès de la direction » (GSS1). Pour GP2, on retrouve dans certains services de boîtes de suggestions, il s'interroge si tous les usagers sont vraiment au courant de ces boîtes et si elles sont traitées. C'est pour cette raison que PM5 propose de faire périodiquement des enquêtes de satisfaction et de recueillir les données des boîtes de suggestions pour dépouiller avec des logiciels spécialisés.

Lorsqu'on fait le dépouillement, on essaie de traiter ça avec les différents logiciels, et ce qui va en ressortir, il faudrait l'étudier puis trouver des approches de solution face aux problèmes qui ont été énumérés. Ou bien, si ce sont des suggestions vis-à-vis de l'amélioration de notre prestation, là, il faudrait l'étudier et on doit donner des délais vis-à-vis de cela (PM5).

M2 suggère aussi de mettre en place un numéro vert à appel gratuit pour dénoncer les mauvais comportements des soignants. GSS1 propose que des audits soient faits chaque fois que des décès surviennent à l'hôpital. « Quand une femme perd la vie en voulant donner naissance à un enfant dans un hôpital, on doit auditer cette femme-là pour situer les responsabilités ».

4.3.3 La phase du suivi de l'implantation du changement

La dernière phase du processus de changement est le « suivi de l'implantation ». GP2 propose de faire le suivi des formations sur le terrain afin d'accompagner ceux qui n'arrivent pas à se conformer. GRH1 propose aussi de faire régulièrement le suivi et l'évaluation des actions en sorte que ce soit un processus continu.

4.3.4 Les activités de communication, de sensibilisation et de formation

Les différentes phases sont réalisées au travers d'activités de sensibilisation, de communication, d'éducation, et de formation.

4.3.4.1 La communication/sensibilisation

Plusieurs répondants soulignent l'importance de la communication et de la sensibilisation. Pour certains, l'objectif de la sensibilisation est d'amener tous les acteurs à une prise de conscience et les amener à adhérer au projet de changement (GSS2, GP2). Pour PM4, le changement étant un changement de comportement; ainsi, avant qu'une personne ne change de comportement « il faudra qu'il sache que ce qu'il fait n'est pas bon ». Alors « il faut la sensibiliser ».

Il ressort des entrevues que les activités de communication et de diffusion ne sont pas souvent intégrées dans les projets de changement du ministère de la Santé. La méconnaissance des contenus du PNDS et autres documents importants par les soignants serait due au fait ces projets ne donnent pas l'importance aux activités de divulgation. L'équipe de rédaction et quelques personnages invités à la validation sont les seuls qui connaissent ces projets. GP1, GSS2, GRH1 suggèrent vivement que

les activités de sensibilisation et de communication soient prises en compte et budgétisées dans la réalisation des projets. Ainsi pour ce projet, le processus de sensibilisation et la communication du projet vont commencer déjà dans la préparation et poursuivre tout au long du processus de changement à tous les membres de l'organisation. Pour GRH2, un projet d'éthique peut mener à des incompréhensions, des mauvaises interprétations et des préjugés sur son implantation, d'où la nécessité de mettre les acteurs en confiance à travers l'appropriation des objectifs du projet par les acteurs et pour le faire, il faut discuter, ouvrir le débat avant le projet.

La sensibilisation va aller aussi vers la population pour expliquer aux usagers leurs droits et devoirs ainsi que le projet d'éthique au CHU (GRH2, GSS2). GSS2 lance ainsi un appel aux organisations de la société civile et des droits des patients à œuvrer par la communication, la sensibilisation dans l'éducation des usagers.

La sensibilisation peut se faire selon les répondants par les médias comme la télévision, les radios privées et publiques et aussi par la division de la promotion de la santé (GSS1, GP2, M1). Il est également suggéré de procéder à la « sensibilisation ciblée » (GP2) ou utiliser des dépliants comme les « bulletins éthiques » (GRH2). Des phrases simples à afficher sont proposées « n'acheter pas les médicaments chez le personnel, acheter à la pharmacie » (GP2). Il propose que ces phrases puissent s'adresser aux usagers alors qu'indirectement ils interdisent aux soignants les ventes illicites des produits. L'affichage peut être fait dans les halls de l'hôpital, les couloirs, devant la direction (GP2). Des affiches imagées sont proposées pour capter l'attention des usagers et toucher aussi à la population analphabète (GP2). Il a été précisé que la sensibilisation peut se faire aussi dans « toutes les langues du pays » (GSS1).

Pour GRH2, la communication est très importante. Elle est l'élément de réussite d'un projet de changement (GSS2). La communication va porter sur les valeurs à

promouvoir, le règlement intérieur. « Il y a des règlements intérieurs qui dorment dans les tiroirs que les agents même ne connaissent pas. Il faudrait vraiment les vulgariser et procéder aux sensibilisations périodiques » (GRH2).

Pour GSS2, l'hôpital était enfermé depuis longtemps dans un schéma de l'administration c'est-à-dire l'application des textes sans une réelle révision de ces textes. Il suggère qu'il faut que l'hôpital change de paradigme qui amènerait à des discussions. La communication peut se faire à travers des affichages de la charte du soignant dans les services de l'hôpital. On peut faire connaître l'éthique et la bioéthique à travers l'édition des bulletins éthiques et procéder périodiquement à des séances de sensibilisation aussi bien pour la direction de l'hôpital, les soignants que les usagers de l'hôpital (GRH2, PM5). Mais, la communication peut aussi se faire par des occasions de discussion « face to face » avec le personnel tout en leur donnant la possibilité de se poser des questions (GSS2).

La communication va durer aussi longtemps que possible selon les répondants. GSS2 et PM1 suggèrent de se donner des occasions de rappel, de discussion et de renforcement de l'existant afin de favoriser l'apprentissage et de réussir le changement.

4.3.4.2 La formation

La formation des membres de l'organisation sur l'appropriation des valeurs est proposée par tous les répondants. Il est suggéré d'intégrer des modules de formation dans les programmes de formation et aussi de faire des formations de façon périodique à l'hôpital dans un langage technique pour la prise de conscience.

GRH2 et PM5 proposent d'intégrer dans la formation des soignants et des gestionnaires de services de santé des cours structurés d'éthique à tous les programmes pour inculquer déjà dans les écoles de formations les bonnes pratiques aux étudiants avant leur diplomation.

Les responsables devraient intégrer ça comme un cours à part entière qui devrait être enseigné à un niveau donné, ou bien à plusieurs niveaux. Sur sept ans, on peut enseigner l'éthique sur deux niveaux, en première année ou bien en troisième année ou en quatrième année. Au moins qu'ils rencontrent l'éthique au moins plusieurs fois. L'éthique générale, et l'éthique de la recherche (GRH2).

Au recrutement de nouveaux employés, GSS2 insiste qu'il soit capital d'instaurer de « l'induction », méthode qui consiste à communiquer les valeurs de l'hôpital aux nouvelles recrues et à les sensibiliser sur les bonnes pratiques avant leur prise de service. C'est une façon d'accompagner leur insertion professionnelle.

Après le recrutement, des séances régulières de formation seront programmées. Comme contenu de formation, les répondants ont proposé des formations sur l'accueil, la qualité des soins, l'assurance qualité des soins (GP1). GP2 pense qu'il faut former autrement en changeant de langage. Pour lui, il ne sert à rien de dire aux gens que cette façon de faire n'est pas bonne. Il s'agit de toucher la conscience des soignants par des modules de formation qui vont les amener à comprendre le financement de la santé, l'évaluation économique en expliquant les coûts liés aux ventes de médicaments par les soignants, sur le fonctionnement des hôpitaux, les coûts liés au temps d'attente, les coûts de l'effet de la maltraitance sur la maladie, les coûts liés au fait que les usagers ne vont plus se faire soigner dans les hôpitaux privés

et montrer l'incidence de ces coûts sur le salaire des soignants. C'est de donner des explications aux agents de façon technique, montrer les coûts à tous les niveaux, depuis l'utilisateur en passant par l'hôpital, les soignants et l'impact sur le développement du pays. Aussi, les modules de formation sur le changement vont amener les agents à comprendre qu'il faut participer à la culture de la richesse, car le salaire permet d'aider la production et c'est le service rendu qui fait payer les agents (GRH1).

Les formations peuvent se faire tous les jours sous forme de débats éthiques, de questionnements par l'hôpital au sein des équipes de travail (GRH2) ou si possible organiser des voyages d'études sur les bonnes pratiques organisationnelles (GRH1). GSS2 soutient que la formation peut être des occasions de partage d'expériences tout comme des conférences menées par des formateurs externes ou internes pour capitaliser les ressources disponibles. Il propose aussi de cibler les personnes qui posent de bons actes, renforcer leur capacité, les encourager à mieux faire pour qu'ils puissent être de bons exemples pour les autres. Puis selon GRH2, pour une nouvelle thérapeutique à adopter, des questionnements suivants peuvent être posés.

Est-ce que c'est la meilleure pour le patient? Est-ce que le processus thérapeutique a été bien suivi? Est-ce que le malade a compris ce qu'on lui propose? Est-ce que, l'on l'a amené à comprendre? Est-ce que, l'on l'a amené à adhérer à ce qu'on lui a proposé? Est-ce qu'il a véritablement adhéré? Est-ce qu'il a accepté librement (GRH2)?

Pour GSS2, il est temps de former sur d'autres domaines de compétences autres que les compétences techniques.

Il faut que, aujourd'hui, on sorte du carcan traditionnel où toutes les formations sont axées sur la technicité. Il faut parler d'autres sujets, parler de droit, parler de déontologie. C'est ça qui peut véritablement révolutionner la pratique dans nos hôpitaux (GSS2).

La formation se donne aussi bien aux soignants qu'aux usagers et va toucher aussi la population autrement dit les usagers de l'hôpital. GP2 propose de former tout le personnel de l'hôpital et GRH2 met l'accent sur l'éducation thérapeutique des patients.

Dans le cadre de ce projet, c'est tout le monde qu'il faut former, tous ceux qui travaillent dans le service qu'on va répartir par groupe, car quand le surveillant va seul et il est formé, s'il retourne, et s'il ne fait pas la restitution, personne ne sait qu'il a été formé. Le groupe sera mélangé : médecin, sage-femme, infirmier, garde malade... et comme ça, l'infirmier est au courant, tous sont au courant. Quand le médecin ou le chef de service a un comportement donné, le subordonné sait que ce qu'il est en train de faire-là, ce n'est pas bon (GP2).

Pour lui, lorsqu'une personne dans le groupe est formée et ne fait pas la restitution aux autres qui n'ont pas reçu de formation, le problème va persister. GSS2 et PM4 proposent de former par groupe professionnel. Autrement dit, faire des groupes de médecins, d'infirmiers, sages-femmes, garde-malade, etc. parce que « le langage qu'on va tenir devant les gardes malades sera différent de ce qu'on va tenir devant un professeur » (PM4).

Outre la formation, la réussite du changement implique également que les soignants se sentent véritablement responsables, c'est d'avoir une responsabilité morale qui fait appel à la conscience personnelle (GSS2).

4.3.5 Le rôle des acteurs

4.3.5.1 L'implication de la direction

Pour réussir le projet, GRH2 pense qu'il est important que la vision du changement s'insère dans la stratégie de l'hôpital. Il faut faire accepter le projet d'abord par « les plus hautes autorités sanitaires ». Autrement dit, « le directeur de l'hôpital et ses proches collaborateurs » (PM3). Pour GP2, l'administration de l'hôpital, la direction qui s'occupe des établissements de soins au niveau du ministère ainsi que la direction des ressources humaines doivent être impliquées pour jouer un rôle de relai, d'appui politique et du soutien du ministère. Pour eux, l'appropriation du projet de changement par la direction est essentielle.

Que les tous premiers responsables s'imprègnent de cette notion de responsabilité et justement morale qui va au-delà de la responsabilité juridique. Qu'ils soient animés de ce désir de bien faire. Lorsque ça se passe ainsi, le premier responsable qui s'engage à bien faire naturellement, le reste suit. Ça ne doit pas se limiter à l'engagement, mais les actes également on le voit (GSS2).

4.3.5.2 Le leadership de la direction et des chefs de service

Selon GSS2, « l'administration a un rôle a joué en matière d'implémentation des valeurs éthiques c'est la communication des valeurs, c'est de donner de bons

exemples, c'est également féliciter celui qui fait bien et celui qui ne le fait pas ». De même pour GRH1, le rôle de l'administration est d'amener les agents à s'approprier les valeurs de l'hôpital par la sensibilisation et la formation. GP2 suggère que les chefs de services vont également jouer le rôle de relai du changement par leur leadership. « En tant que manager, quand tu es en possession des documents de politique et autres, tu dois les divulguer, même s'il faut multiplier à ton niveau pour donner à chaque acteur, tu dois le faire » (GSS1). Ils peuvent inciter les soignants à bien se comporter par des paroles d'encouragement. PM3 qui est un surveillant déplore l'attitude de certains responsables qui n'encouragent pas, mais qui ne font que faire des reproches.

Neuf réunions sur dix sont faites pour sermonner, c'est pour gronder, c'est pour dire que, vous n'avez pas bien fait ceci, vous n'avez pas bien fait cela, et une réunion, pour vous donner certaines informations. On ne m'a jamais appelé pour dire vous avez bien fait ceci, tout ce que vous donnez c'est bon. Maintenant, nous voulons que notre service fasse plus. Moi, je vois que, ce n'est pas bon. (PM3)

Pour lui, « ce serait mieux si, le chef de service, ou bien le directeur, ne serait-ce qu'une minute le matin, pour dire félicitations pour tout ce que vous faites, merci et continuer » (PM3). C'est d'ailleurs justement pour cette raison que GSS2 démontre le style de leader qui peut amener ses collaborateurs à l'adhésion d'une nouvelle culture.

Le temps de la morale est révolu, je ne peux plus rassembler les gens et leur dire tu ne dois pas faire ceci, tu ne dois pas faire cela. Ce qui peut mieux passer aujourd'hui, c'est d'améliorer ma communication dans le sens de faire des

suggestions auxquelles les gens vont adhérer, c'est justement ça la nouvelle culture de l'éthique (GSS2).

Le leader influence les membres par sa volonté d'insuffler le changement en impliquant ses collaborateurs. PM2 donne l'exemple d'un chef service au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Campus qui a pu mettre en place de bonnes pratiques dans son service.

Je connais un service au CHU Campus, il y a quelqu'un qui se déploie seul, il a fait en sorte que dans son service personne ne fait des pratiques déviantes. Donc il y a aussi le management. Un bon manager ce n'est pas nécessairement le plus gradé c'est savoir manager (PM2).

Le leader peut aussi par son comportement donner de bons exemples.

Qu'il y ait de la transparence ce que les tout premiers responsables font. Ils doivent être eux-mêmes des modèles. Lorsque moi [...] je viens dire aux gens que ce n'est pas une bonne pratique d'être ici et d'être en privé alors que tous les jours, l'on se croise en privé. Je ne peux pas donner de leçon à quelqu'un, ça suppose que nous, premiers responsables, nous sommes des exemples, et il faut vraiment se donner des contraintes, des limites, des « guide lines » à ne pas franchir (GSS2).

4.3.5.3 Le rôle des organes de gestion

Les répondants ont également suggéré des recommandations pour les organes de gestion telles que le conseil d'administration, la commission médicale consultative, la commission d'hygiène de sécurité de santé au travail et les syndicats. Pour GRH1, les « organes de gestion » de l'hôpital doivent connaître leurs rôles.

Très souvent, vous allez constater que certaines personnes qui sont à la tête et qui sont membres du conseil d'administration ne savent pas pourquoi ils sont là-bas. Dès fois ils font des réunions pour adopter le budget et autres, alors qu'ils ont des missions qui doivent aller au-delà, par exemple, participer à la qualité des soins (GRH1).

Il suggère que certains organes doivent remplir pleinement leur mission. « Le conseil d'administration, la commission médicale consultative, la commission d'hygiène de sécurité de santé au travail. Il faut que ces organes travaillent et arrivent à aider l'hôpital à mettre en application la politique de l'hôpital » (GRH1). GSS1 a suggéré que l'information, l'éducation et la communication peuvent être renforcées par la division de la promotion de la santé.

GSS2 et PM3 pensent qu'il faut identifier des gens qui vont comprendre la vision du changement de comportement pour leur parler et les amener « à booster le restant du personnel » (GSS2). Ils seront considérés comme des leaders d'opinion qui vont inciter les autres au changement. « Les syndicalistes sont mieux placés pour amener un changement, car ils sont des leaders d'opinion pour influencer le personnel »

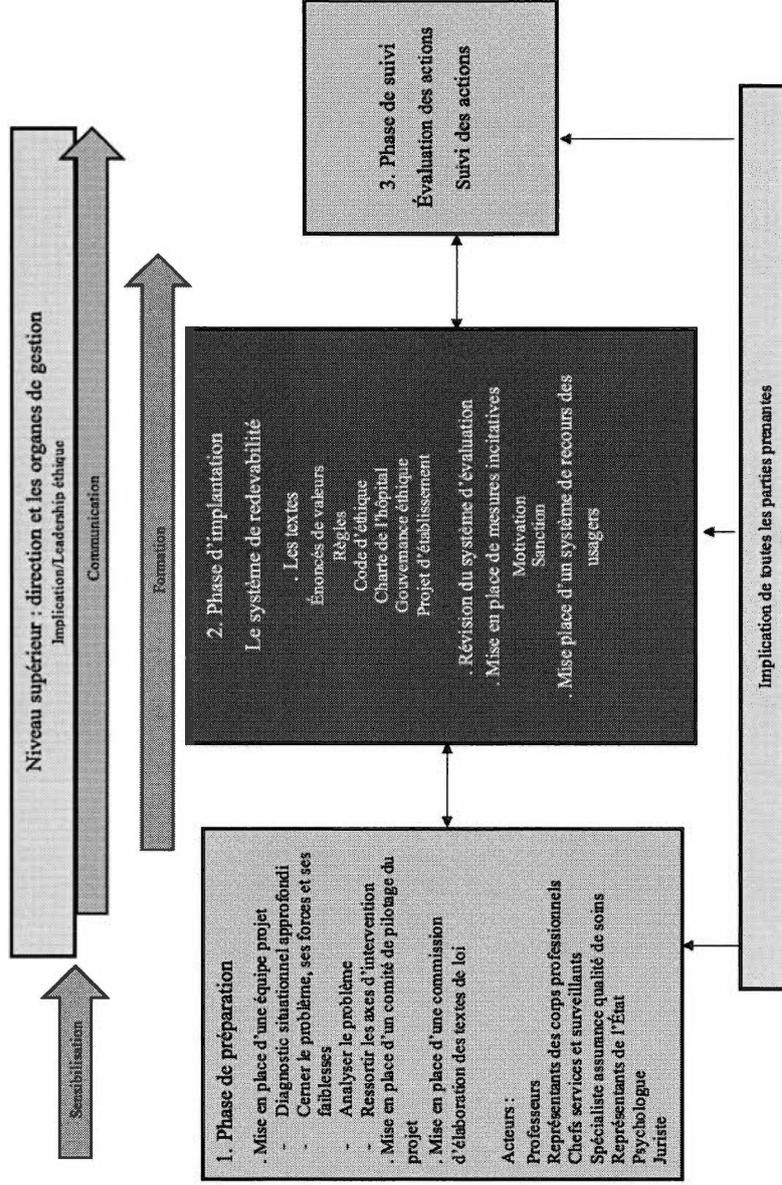
(PM2). Certaines personnes par leur comportement exemplaire peuvent changer les autres. Cet exemple d'un médecin relaté par PM2 explique bien cela.

Il y a un médecin qui est arrivé dans mon service, il a fait changer le comportement à tous les gens. Il ne vend rien, par son bon comportement, les autres ont copié. Ils ont tous abandonné leurs mauvaises pratiques, le médecin ne parle pas, il ne fait pas de reproches aux autres, c'est juste ce qu'il fait que les gens voient. Quand il fait son ordonnance, il le fait en totalité, il ne permet à personne d'ajouter, il prescrit jusqu'aux seringues. Si on lui donne un produit, lui aussi il le donne, quand tu vois l'autre faire toi aussi tu vas t'inspirer (PM2).

Tous les agents recrutés à l'hôpital sont aussi les messagers et doivent véhiculer le changement. Normalement, dans une entreprise, tout le monde doit être le porteur des valeurs (GRH1). La sensibilisation, si elle est bien faite va permettre l'adhésion des gens et la réussite du changement et donc limiter la résistance au changement. La motivation par des encouragements de ceux qui approprient les valeurs de l'hôpital et mettent en pratiques va amener les autres aussi à emboîter le pas (PM2). La figure 4.5 présente le modèle du processus de changement.

Le chapitre des résultats a présenté les résultats selon la perception des répondants sur les comportements éthiques et non éthiques observables au CHU Sylvanus Olympio et le processus de changement qui peut être mis en place pour soutenir une culture éthique dans ce service. Le chapitre suivant consacré à la discussion va analyser les résultats selon la littérature et dégager des contributions aussi bien pour le CHU-SO que pour les connaissances en vue d'un changement de comportements éthiques et d'une implantation d'une culture éthique en milieu hospitalier et en organisation.

Figure 4.5 Le modèle du processus de changement



CHAPITRE V

DISCUSSION

Le but de cette étude est de mieux comprendre l'éthique, les causes et les conséquences des comportements éthiques et non éthiques au CHU-SO ainsi que le processus d'instauration d'une culture éthique. Sur le plan pratique, elle propose un modèle d'implantation d'une culture éthique dans un contexte de changement organisationnel. Sur le plan théorique, l'étude permet de faire progresser les connaissances en termes de comportements éthiques en milieu de la santé ainsi que sur la conduite et les stratégies du changement culturel.

Ce chapitre est consacré à la discussion des résultats en fonction de la littérature. Les résultats permettent ainsi de dégager deux thèmes de discussion d'une part, le concept de l'éthique, les comportements éthiques, ses causes et ses conséquences et, d'autre part, le processus d'implantation d'une culture éthique. Ce chapitre vise également à présenter les limites de la présente recherche et proposer des pistes pour les recherches futures.

5.1 L'éthique, le comportement éthique et non éthique, ses causes et ses conséquences

5.1.1 La définition de l'éthique

Les résultats de l'étude exploratoire au CHU-SO appuient l'argument de Séguin et Lapalme (2017) selon lequel il y a une pluralité de définitions possibles de l'éthique. Elle est une réflexion sur les valeurs humaines à savoir la vie, la mort, le respect de la personne, la liberté, la confidentialité, etc. L'éthique est également définie comme le respect des règles de conduite à l'instar du consentement, de l'autonomie, de l'honnêteté, de la justice, de la morale. Ses règles sont observées pour soi-même et envers les autres. La valorisation de l'être humain et la recherche d'une harmonie sociale sont des éléments qui rentrent dans la définition de l'éthique.

La distinction de l'éthique avec la morale a également été faite par un répondant. L'éthique recommande alors que la morale ordonne. Il ressort de cette idée que dans la morale, il y a des questions de droits et de justice. La morale contraint l'individu au respect des obligations alors que l'éthique conseille, exhorte par exemple une personne à l'attention bienveillante d'une autre personne. La distinction de l'éthique avec la morale est davantage expliquée par Séguin et Lapalme (2017). Pour eux, l'éthique est la discipline alors que la morale est un domaine d'étude dans lequel les sujets de droits et de justice sont traités.

Pour six des quinze répondants, le respect des valeurs éthiques dans les milieux de travail est important pour une relation harmonieuse entre les membres de l'organisation entre eux et envers les clients. Or d'autres domaines de l'éthique selon Séguin et Lapalme (2017) recherchant une relation harmonieuse entre les hommes sont les conventions. Ceci, pour maintenir la performance de l'organisation, idée partagée par Cadieux et Laflamme (2009). Le respect des valeurs éthiques est encore plus important dans le milieu de la santé pour une relation harmonieuse

soignant/patient. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'un répondant compare l'éthique dans le milieu de la santé à la démocratie dans le domaine politique.

5.1.2 Le comportement éthique et non éthique

Il existe une littérature foisonnante sur les questions éthiques, mais peu de recherches définissent le comportement éthique et le comportement non éthique ou déviant. Il ressort de cette étude qu'un comportement éthique c'est la capacité à respecter les valeurs éthiques telles que la dignité, la confidentialité, la bienfaisance. Un répondant a précisé que les valeurs de la classe professionnelle du travailleur doivent être respectées. Un autre répondant mentionne que ceci étant dit, les actes du professionnel soignant ne devraient pas discréditer la profession d'appartenance. Ces définitions vont dans le même sens que la définition de Lapalme et Séguin (2017) pour qui l'acte éthique est l'acte qui respecte les règles de conduite. Oiry *et al.* (2015) ont plutôt mis l'accent sur la finalité de l'acte. Autrement dit, un comportement est éthique lorsque les conséquences sont jugées comme bonnes. Un comportement non éthique est alors le contraire du comportement éthique, c'est-à-dire, un comportement qui ne respecte pas les valeurs éthiques. Dans le cadre de cette étude, des exemples de comportements éthiques et non éthiques ont été donnés par les répondants suivant les valeurs éthiques à respecter dans la relation soignant/ patient au regard des grands principes éthiques (la bienfaisance, l'autonomie, la non-malfaisance, l'honnêteté); ces comportements étant également mentionnés par Delassus (2017).

5.1.3 Les causes organisationnelles des comportements éthiques

L'analyse des variables organisationnelles décrites par les répondants montre que la situation de travail au CHU-SO est perçue négativement par les soignants (la

surcharge de travail, le système de gestion inefficace, l'iniquité du salaire, l'insuffisance du local pour contenir les usagers, un système de recrutement biaisé, l'absence de dispositif de communication, etc.). Ils adopteraient ainsi des comportements non éthiques. Ces résultats sont cohérents avec les travaux de Colbert et al. (2004) qui ont montré la relation négative entre la perception positive de la situation de travail et la déviance des employés.

Le système de gestion tel qu'expliqué par les répondants montre l'inexistence d'un leadership éthique par les superviseurs. Aussi, on note l'absence de valeurs et de normes éthiques ainsi que l'absence d'organes de contrôle. Ce qui montre l'inexistence d'un climat de travail éthique (ERC, 2014; Hudon, 2014) et par conséquent la présence des comportements déviants. Les travaux de Blome et Paulraj (2013), Huhtala *et al.* (2011) ainsi que Trevino *et al.* (1999) montrant la relation entre l'influence de la culture éthique des organisations et le comportement des membres se trouvent ainsi soulevés par nos répondants.

Les soignants affectés dans certains services comme la gynécologie finissent par adopter des comportements déviants alors qu'ils se comportaient de façon éthique dans d'autres départements avant leurs affectations. Les résultats de la présente étude mettent de l'avant que les échanges entre les employés ont une influence sur leur comportement tel que démontré dans l'étude de Zhang *et al.* (2015). Pour eux, certaines personnes guidées par des croyances négatives influencent le comportement de leurs collaborateurs. Pour éviter l'influence négative de ces personnes, le rôle du leader est prépondérant. Les répondants soutiennent que le leader lui-même doit faire preuve d'un leadership éthique de par ses comportements. Il doit également être capable de développer des compétences communicationnelles afin qu'il soit apte à bien écouter. Ces résultats sur le leadership sont également retrouvés dans la littérature (Grojean *et al.*, 2004; Mayer *et al.*, 2009; Oiry *et al.*, 2015). La présente

étude montre que l'administration, les chefs de service et les surveillants sont des personnes qui doivent incarner les postures de leader au CHU-SO.

5.1.4 Les causes individuelles des comportements non éthiques

Les variables individuelles entraînant les comportements éthiques nommés par les répondants sont l'âge, le genre, l'ancienneté, la catégorie professionnelle, la personnalité, le niveau d'éducation. Toutes ces variables à l'exception de l'âge sont retrouvées dans la littérature de Goff (2000), de Girard (2007) ainsi que de Cadieux et Laflamme (2009). Les travaux de Cadieux et Laflamme (2009) ont permis de comprendre que les variables individuelles telles que le sexe et l'expérience professionnelle influencent le jugement de valeur de l'individu et se traduisent en termes de comportement par des actes éthiques ou non éthiques.

Cinq répondants ont fait référence à l'âge dans les causes possibles des comportements non éthiques. L'étude montre que l'âge est susceptible d'entraîner des comportements éthique ou non éthique. Pour deux des répondants, les personnes âgées agissent de façon éthique plus que les jeunes, l'âge permet la prise de conscience de soi et oriente le jugement de la personne sur les choix éthiques. Pour eux, les personnes âgées et aussi ceux qui ont une ancienneté élevée étant confrontée aux diverses situations sont conscients de leurs comportements et sont plus éthiques. Ceci confirme les études de Johnson et Coyle (2012).

5.1.5 Les causes socio-économiques et politiques des comportements non éthiques

Six des quinze répondants ont expliqué les causes des comportements non éthiques observés par des facteurs socio-économiques et politiques. Du côté des soignants, le

chômage, la pauvreté et l'avènement des technologies de l'information les poussent à adopter des comportements déviants. L'ignorance des droits des patients, la pauvreté des patients et l'appartenance à une classe sociale inférieure font qu'ils sont vulnérables aux abus des soignants. Les études consultées n'ont pas montré le lien des variables socio-économiques et politiques avec le comportement non éthique. Cette étude a expliqué la présence des comportements non éthiques observés à l'hôpital par les conditions organisationnelles, les variables individuelles et les facteurs socio-économiques. Les résultats viennent ajouter à la littérature les variables socio-économiques et politiques que d'autres études ultérieures pourront vérifier.

5.1.6 Le dilemme éthique

Le dilemme éthique est démontré dans cette étude. Les quatre conditions d'un dilemme éthique d'après Séguin et Lapalme (2017) sont présentes. Il s'agit du choix entre plusieurs possibilités, l'unilatéralité de la décision, l'effet négatif du choix sur au moins une personne et la prise en compte dans le choix des considérations éthiques. Par exemple, la relation soignant/patient pose une situation dans laquelle le soignant est le seul à faire un choix entre les actes éthiques évoqués (par exemples : la bienveillance, l'empathie) et les actes non éthiques mentionnés dans les résultats (par exemple : l'antipathie, le vol, le racket). Lorsque la manifestation de l'acte est l'antipathie qui est un choix faisant appel à des considérations éthiques, le patient mal accueilli ne va plus vouloir se faire consulter au CHU-SO. Il pourra alors s'adonner à l'automédication et communiquer à son entourage sa mauvaise expérience vécue avec le soignant. Il y a dans cet exemple l'existence d'un choix à faire entre plusieurs possibilités (la bienveillance, l'empathie, l'antipathie, le vol, le racket. Ces possibilités ont des considérations éthiques d'ordre moral ou conventionnel. Le choix est fait par le soignant seul. Le choix peut entraîner un effet négatif sur le patient, ou même sur la réputation de l'hôpital. Conséquences mentionnées par les répondants

5.1.7 Les principes de primauté de valeurs et d'utilité

Il ressort de l'étude que la satisfaction des besoins vitaux amène les soignants qui ne perçoivent pas de salaires depuis dix mois, voire plus, à vendre des produits ou à voler les usagers. Dans ce cas, on peut parler de la primauté des valeurs. La satisfaction des besoins vitaux est plus essentielle et plus utile pour le soignant que la guérison du malade. La satisfaction du besoin primaire de manger est prioritaire et prime sur les autres obligations qui s'évaporent complètement. L'argument de l'existence de dilemme éthique, de même que les théories de la primauté des valeurs et d'utilité (Séguin et Lapalme, 2017) expliquent les comportements éthiques ou non des soignants dans leurs relations avec les usagers.

5.1.8 Les conséquences des comportements non éthiques

Les répondants se sont prononcés sur d'éventuelles conséquences observées ou bien de conséquences qui peuvent résulter de comportements déviants des professionnels de santé à l'égard des patients. Les résultats montrent que les conséquences sont partagées à tous les niveaux entre les différentes parties prenantes. Les comportements non éthiques des soignants ont des conséquences sur les usagers, sur les soignants eux-mêmes, sur le CHU-SO et sur le ministère de la Santé. Ces résultats confirment les travaux de Cadieux et Laflamme (2009) et de Hudon (2014). Pour Cadieux et Laflamme (2009) les comportements non éthiques ont des conséquences négatives sur la productivité de l'organisation. Quant à Hudon (2014), il voit les conséquences sur les patients et a proposé des mesures correctives d'implantation d'une culture éthique. Les répondants ont également proposé de mettre en place un système de redevabilité basé sur une culture éthique.

5.2 Le changement de culture

Certains répondants ont émis le souhait d'un changement pour que la réputation du ministère du CHU et celle du ministère de la Santé ne soient pas atteintes. Il s'agit d'un défi à relever important. Cadieux et Laflamme (2009) ont également montré que le défi de la productivité amène les organisations à revoir leur code de conduite. Il est essentiel de réveiller les consciences et corriger les pratiques inacceptables par un processus de formulation de règles (Bourgeault, 2000). Le cas du CHU montre qu'un processus de changement éthique ne peut être amorcé sans remplir certaines conditions préalables. Il s'agit de l'amélioration des conditions de travail, la réorganisation de l'hôpital, la révision du système de recrutement et du système de gestion. Il faut également mettre en place des dispositifs de communication et de surveillance. L'approvisionnement en produits de soins, les services et la pharmacie du CHU et surtout la révision des salaires sont autant d'éléments de réussite du changement proposé par les répondants. Snowden et Boone (2007) ont d'ailleurs montré l'importance de l'analyse du contexte afin d'y adapter les actions. Pour eux, un changement culturel étant un changement complexe, ces solutions sont des éléments interreliés. Ainsi, les solutions proposées dans cette étude ne sont pas à négliger dans la mise en œuvre du changement.

5.2.1 Le programme d'éthique

Les répondants étant conscients de l'ampleur des actes non éthiques, tous les quinze proposent ainsi de mettre en place un système de redevabilité. Dans la littérature, le programme d'éthique est le nom donné à l'implantation d'une culture éthique en organisation (Cadieux et Laflamme 2009 ; Ferrell *et al.* 1998 ; Park et Blenkinsopp 2013 ; Proenca 2004). Le programme d'éthique est le facteur susceptible de renforcer

la culture éthique et ainsi faire disparaître l'inconduite des soignants comme l'ont démontré Heungsik et Blenkinsopp (2013).

5.2.2 Le processus de rédaction, d'implantation et de gestion d'un code d'éthique

Le modèle de Durif *et al.* (2009) montre un processus de mise en œuvre d'un code d'éthique en trois étapes : la formation, l'élaboration du contenu et l'implantation avec le contrôle. Le rôle de la direction, du conseil d'administration et du comité d'éthique, tout au long du processus, est important pour la réussite du changement. Le leadership des initiateurs du changement n'est pas à négliger. Les styles démocratique et permissif sont encouragés dans la gestion du changement (Autissier *et al.* 2014). Le leadership éthique du manager et des managers intermédiaires est recommandé dans l'instauration d'une culture éthique en organisation (Grojean *et al.* 2004; Oiry *et al.* 2015).

5.2.3 Le processus de changement proposé par l'étude

5.2.3.1 Le contenu du changement au CHU-SO

Les résultats montrent que le système de redevabilité (les textes de loi, le système d'évaluation, les mesures incitatives et les organes de recours) constitue le contenu du changement. D'après les répondants, tous ces éléments du contenu du changement sont importants et doivent former un tout dans l'instauration d'une culture éthique. Le système de redevabilité prend appui sur les textes de loi qui sont entre autres des règles régissant l'hôpital, l'énoncé de valeurs, le code d'éthique, la charte de l'hôpital, la gouvernance éthique et le projet d'établissement. Ces règles permettent la mise en place des normes et des valeurs à promouvoir pour assoir une culture éthique. Les

travaux d'Autissier *et al.* (2014) sur le changement de culture a montré la mise en place de nouvelles normes organisationnelles. De même pour Morris (2004), le jugement sur le choix éthique se fonde sur les normes.

5.2.3.2 Les phases du processus de changement

À partir des recommandations des répondants, la présente étude propose un processus de changement en trois phases : la préparation du changement, l'implantation et le suivi de l'implantation.

La préparation du changement est l'occasion de mettre en place une équipe projet pour faire l'analyse plus approfondie de la situation afin de cerner le problème, ses causes et ses conséquences. C'est également au cours de cette phase qu'il sera formé le comité de pilotage du projet et la commission d'élaboration des textes de loi. L'implication des acteurs est fortement recommandée durant cette phase pour la réussite du projet de changement. Ces propos sont d'ailleurs avancés par Lauzier *et al.*, (2017).

Au cours de l'implantation du changement, il est suggéré par les répondants que l'hôpital mette en place un système de redevabilité, comprenant les textes régissant le fonctionnement de l'hôpital, la révision du système d'évaluation les mesures incitatives (sanction /récompense) et les recours des usagers. Il est également proposé par les répondants que le changement soit effectif notamment par les activités de communication, de sensibilisation et de formation. Le rôle des différents acteurs tels la direction du CHU, des chefs services, des surveillants et des organes de gestion devient important pour le changement. Cette étude vient confirmer la thèse de Hudon (2014) selon laquelle les règles strictes sont nécessaires, mais, pas suffisantes pour

lutter contre l'auto référencement des soignants. Il ressort de l'étude que l'instauration d'une culture éthique en plus des règles va réduire considérablement les comportements non éthiques dans le secteur de la santé.

Tel que soulevé par les répondants, il importe d'assurer un suivi. La recherche évaluative se fera lors du processus de changement et plus précisément à la préparation du changement et à son implantation. Il permet d'analyser le degré d'adéquation entre les différentes composantes du processus de changement au travers de méthodes scientifiques valides et reconnues (Brousselle *et al.*, 2011).

Déjà lors de l'analyse situationnelle, l'évaluation porte sur l'analyse stratégique et plus précisément la pertinence du changement. L'analyse stratégique vise à vérifier la justesse du lien entre les objectifs explicites du changement et la nature du problème (Brousselle *et al.*, 2011). L'analyse logique suit celle stratégique et détermine l'adéquation entre les différents objectifs du changement et entre les objectifs et les moyens déployés pour les atteindre (Brousselle *et al.*, 2011). Ceci rejoint d'ailleurs les suggestions formulées par les répondants.

Lors de la phase d'implantation, il est important d'analyser le lien entre les ressources utilisées (les moyens) d'une part et la quantité et la qualité des services produites (Brousselle *et al.*, 2011) d'autres part. L'analyse de la production permet de savoir si les ressources sont bien utilisées pour optimiser la quantité et la qualité de services. L'évaluation de l'implantation est nécessaire pour analyser les relations le processus du changement, ses composantes et le contexte de l'hôpital avec les effets sur les soignants, les patients et l'hôpital (Brousselle *et al.*, 2011). Pour les répondants, l'évaluation de l'implantation renseigne sur la réussite du changement.

Toujours en lien avec les résultats, l'évaluation doit se poursuivre après l'implantation pour analyser les effets, c'est-à-dire l'efficacité du changement sur la

relation soignant patient. Il s'agit de l'étude de l'impact du changement à court, à moyen et à long terme (Brousselle *et al.*, 2011). L'analyser de l'efficience est également recommandé, autant par nos répondants que par Brousselle *et al.*, (2011) Cette analyse concerne la relation coût/conséquence (Brousselle *et al.*, 2011). Ces différentes évaluations économiques seront réalisées afin de pouvoir savoir s'il est possible d'obtenir de meilleurs effets à un coût équivalent ou moindre (Brousselle *et al.*, 2011).

Le processus de changement en trois étapes développées dans cette étude correspond plus ou moins au modèle théorique d'implantation d'un programme d'éthique proposé par Durif *et al.* (2009). Le modèle de Durif *et al.* (2009) explique le processus de mise en œuvre d'un code d'éthique. Cependant, il n'explique pas comment le code d'éthique amène le changement culturel d'où la proposition d'un modèle combinant les résultats de la présente étude et les modèles théoriques de la définition de la culture organisationnelle selon Schein (1985) et Hatch (1993).

5.2.3.3 Le modèle d'implantation de la culture éthique au CHU-SO

Le modèle de la culture organisationnelle de Schein (1993) permet de comprendre les constituants de la culture d'une organisation et montre que les comportements des individus dans une organisation se trouvent au niveau supérieur de l'iceberg, ils font partie de ce qui est visible, ce sont les artéfacts. Pour monter un dispositif pour le changer, il faut comprendre tout le système dans son ensemble et savoir comment les comportements naissent, grandissent et se fortifient afin de voir ce qu'il faut faire pour changer les pratiques anciennes. Ainsi pour changer les comportements, des actions doivent être menées sur les niveaux intermédiaire et inférieur de l'iceberg, c'est-à-dire sur les valeurs et normes et sur les hypothèses fondamentales. Le système

de redevabilité alliant la vision éthique de l'hôpital permet d'instaurer des valeurs et des normes éthiques. Ces derniers vont permettre des comportements éthiques.

Avec l'apport de Hatch (1993), le processus de manifestation traduit les hypothèses tangibles en valeurs et normes reconnaissables par les membres de l'organisation. Le processus de réalisation à travers l'édiction des règles au travers d'un programme d'éthique ou d'un système de redevabilité transforme les valeurs et les normes en artéfacts traduits en termes de comportement par des actes non éthiques. La figure 5.1 présente le modèle d'implantation de la culture éthique au CHU-SO. Le processus de symbolisation amènera l'hôpital à symboliser la nouvelle culture véhiculée par des symboles.

Il ressort de l'analyse que le système de redevabilité agit sur les valeurs et les normes pour permettre une culture éthique qui se traduit en termes de comportements éthiques observables. Cette étude suscite des interrogations sur d'éventuelles relations entre d'une part le système de redevabilité (programme éthique) et la culture éthique et d'autre part entre la culture éthique et les comportements éthiques.

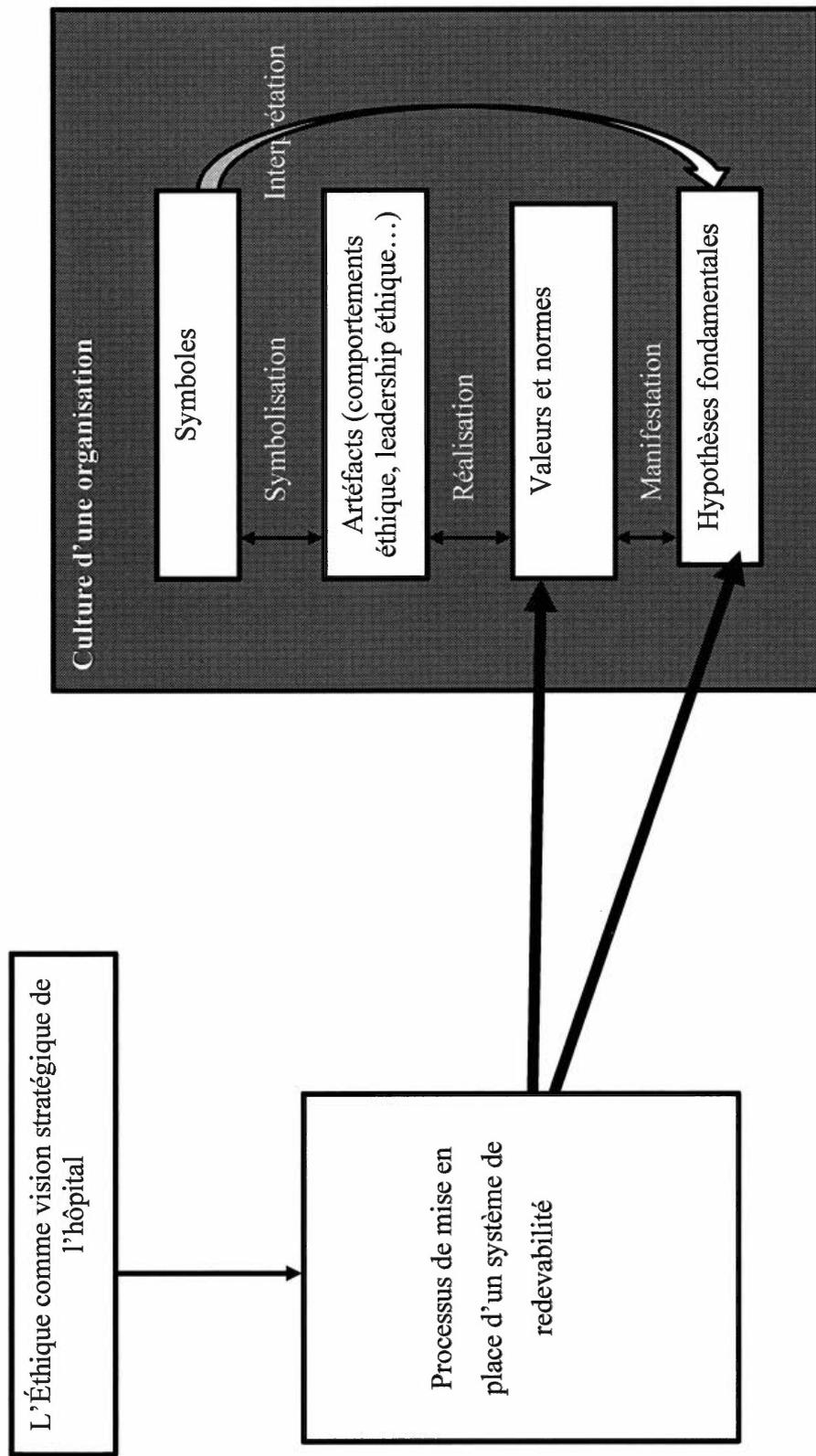


Figure 5.1 Le modèle d'implantation d'une culture éthique

5.3 Les contributions théoriques et pratiques

Cette étude apporte aussi bien des contributions théoriques que pratiques en gestion du changement et en éthique des affaires.

Sur le plan théorique, l'étude permet de montrer que les facteurs socio-économiques et politiques peuvent être à l'origine des comportements déviants observés dans les organisations. Elle ajoute ainsi à la littérature, l'influence des variables socio-économiques sur les comportements non éthiques. La cartographie de la définition de l'éthique permet de connaître les éléments qui rentrent dans sa définition. Elle ajoute aux variables organisationnelles influençant le comportement non éthique la variable « âge ». La présente étude développe également un modèle de processus de changement et un modèle d'implantation d'une culture éthique en milieu organisationnel, modèles susceptibles d'être utilisés en changement de comportement.

Du point de vue pratique, le portrait des comportements non éthiques dans le secteur de la santé permet aux acteurs de prendre conscience du phénomène afin d'agir conséquemment. L'explication donnée par les répondants en ce qui concerne les causes et les conséquences des comportements non éthiques sont un guide de travail pour les éthiciens et les gestionnaires pour prévenir et gérer les pratiques non éthiques en milieu de travail.

5.4 Les limites de la recherche

La recherche étant basée sur une démarche méthodologique qualitative, les causes et les conséquences des comportements non éthiques évoqués ne démontre pas une relation de corrélation entre les différentes variables. Cette recherche étant une étude exploratoire, les modèles du processus de changement et d'implantation de la culture éthique développée n'ont pas été mis en œuvre dans le cadre de l'étude. Aussi cette recherche est une étude de cas avec des particularités propres. Ces modèles ne peuvent pas être généralisables à tous les changements de culture éthique sans vérification empirique.

L'étude a pu ressortir des exemples de comportement éthique et non éthique. Toutefois, elle ne permet pas de donner une définition claire du comportement éthique et non éthique.

5.5 Les avenues de recherche

Au vu des résultats de la présente étude, il serait pertinent de faire des études qualitatives et quantitatives approfondies afin de prouver notamment la relation de corrélation entre les variables individuelles, organisationnelles et socio-économiques présentes dans cette étude. Des études quantitatives peuvent également démontrer la relation entre le programme éthique, la culture éthique et les comportements éthiques. Relation dans laquelle la culture éthique peut être considérée comme une variable médiatrice.

Le modèle d'implantation de la culture éthique développé dans cette étude pourrait servir de modèle pour d'éventuelles études en milieux de travail afin de recueillir plus de données pour une explication détaillée et montrer sa pertinence

CONCLUSION

Dans le souci d'éradiquer les comportements non éthiques en milieu de la santé, la revue de la littérature a guidé la chercheuse dans une recherche empirique au CHU-SO de Lomé Togo. Considérant le lien entre la culture éthique, le programme éthique et les comportements éthiques alors que peu d'études se sont penchées sur le processus de mise en place d'une culture éthique, une recherche qualitative est nécessaire. Ainsi quinze soignants et cadres de la santé ont décrit le processus d'instauration d'une culture éthique au travers d'un guide d'entretien semi-dirigé. Pour une meilleure compréhension du contexte, ils ont également décrit l'éthique, les comportements éthiques et non éthiques observés au CHU-SO ainsi que leurs conséquences. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel *Nvivo*.

Après analyse, les résultats permettent d'avoir une compréhension de l'éthique et des comportements éthiques au travers du nuage de mots et expressions définissant l'éthique. Le portrait des comportements non éthiques ainsi que les causes et les conséquences des comportements non éthiques, le modèle du processus de changement et le modèle d'implantation de la culture éthique ont des apports pratiques et théoriques.

Des études quantitatives peuvent être réalisées afin de montrer les relations de corrélations entre les différentes variables. Bien qu'ayant des limites et des avenues de recherche, cette étude est un guide de prise de décision pour les gestionnaires sur les questions éthiques et les questions relatives à la gestion du changement culturelle.

ANNEXE A

LISTE DES DOCUMENTS

1. Décret N°2012-006/PR du 07 mars 2012 portant organisation des départements ministériels
2. Arrêté N°0021/2013/MS/CAB du 27 février 2013 portant organisation des services du ministère de la Santé
3. Constitution de la IVème République togolaise du 14 octobre 1992
4. Loi-cadre de 2001 sur la Pharmacie et le Médicament au Togo
5. Loi de 2001 relative à l'exercice de la médecine traditionnelle
6. Loi n°2006-010 du 13 décembre 2006, portant Code du Travail
7. Loi n° 2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction
8. Loi n°2009-007 du 15 mai 2009 portant Code de la Santé Publique de la République togolaise. Le Code de la santé publique promulgué le 15 mai 2009 sert de cadre réglementaire de référence en matière de prestations de soins.
9. Loi n°2010-017 du 31 décembre 2010 relative à la commercialisation, à la consommation des cigarettes et autres produits du tabac
10. Loi n°2010-018 du 31 décembre 2010 modifiant la loi N°2005 portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA

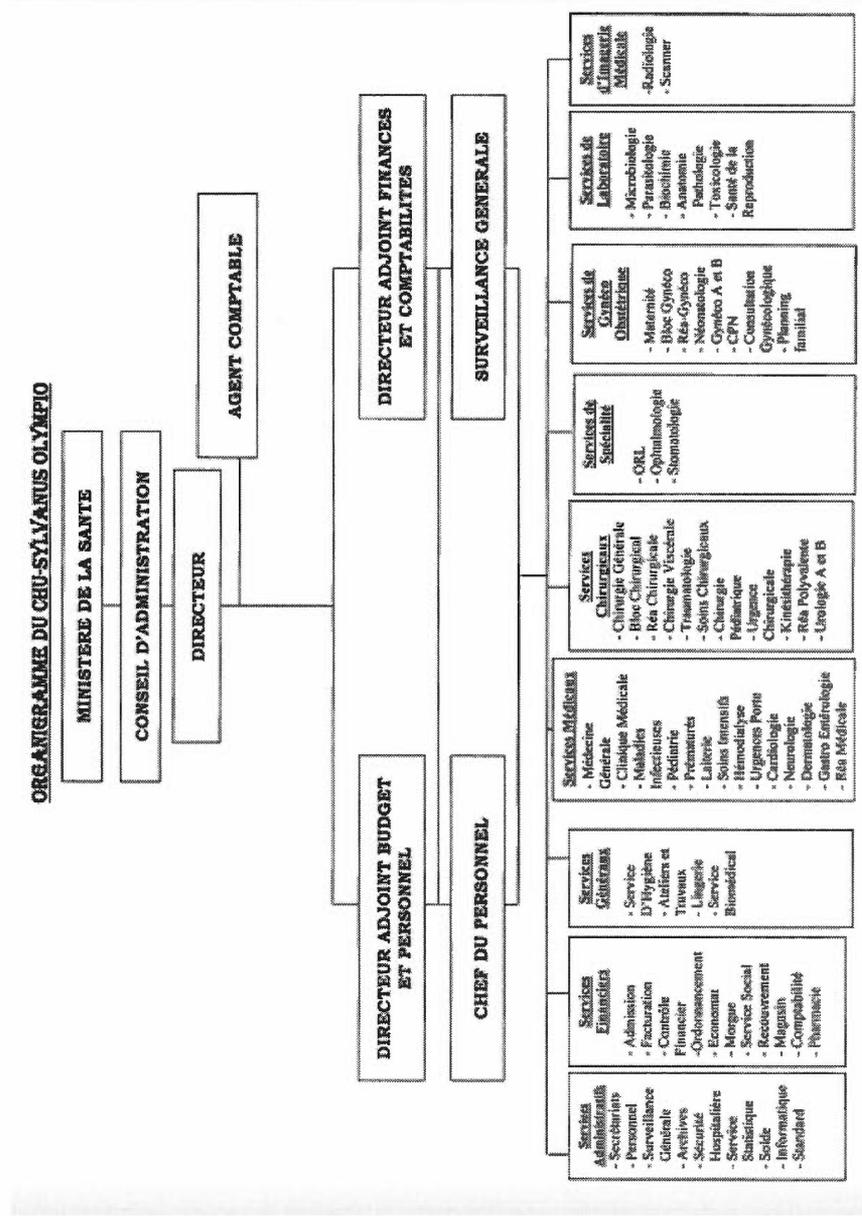
11. Loi n° 2011-003 de mars 2011 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés
12. Déclaration du Millénaire relative à l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement par l'ONU pour 2015, New York, 2000
13. Engagement du sommet des Chefs d'État et de Gouvernement de l'OUA de porter le budget de la santé à au moins 15% du budget des États (Déclaration d'Abuja 2001)
14. Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, Paris, France, février à mars 2005
15. Règlement sanitaire international révisé du 23 mai 2005
16. Plan d'Action de MAPUTO, septembre 2006
17. Priorités du Programme Mondial d'Action sanitaire, OMS 2006-2015
18. Partenariat international pour la Santé et initiatives apparentées (IHP+), septembre 2007
19. Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement des Systèmes de Santé en Afrique, Ouagadougou, Burkina Faso, avril 2008
20. Déclaration d'Alger, Algérie à l'occasion de la Conférence ministérielle sur la recherche en santé dans la Région africaine ; juin 2008
21. Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique, Libreville, Gabon, août 2008
22. Programme d'action d'Accra sur l'efficacité de l'aide au développement, 2008
23. Déclaration d'eThekwini en matière d'hygiène et assainissement, eThekwini, Afrique du Sud, février 2008
24. Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, Brazzaville, Congo, avril 2011

25. Initiative Africaine pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), Addis-Abeba, Éthiopie, mai 2009
26. Orientations stratégiques 2010-2015, Région Africaine de l'OMS
27. Convention relative aux droits des personnes handicapées ratifiée en mars 2011
28. Politique de la Santé pour Tous dans la région Africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020, AFR/RC50/8 Rév.1
29. Programme d'action d'Istanbul en faveur des pays les moins avancés, Istanbul, Turquie, mai 2011
30. Politique Nationale de la santé de 2011
31. Plan national de développement sanitaire 2017-2022 adopté le 8 février 2017
32. Plan de développement de la Gestion des Ressources Humaines de 2009
33. Plan de formation de 2012
34. Décret No 2012-256/PR portant approbation du plan national de développement sanitaire 2012-2015
35. Loi No 2009-007 du 15 mai 2009 portant code de la santé publique de la République togolaise
36. Analyse de la situation du secteur de la santé validée le 10 mai 2011 par le comité des partenaires du secteur de la santé au Togo
37. Plan National de développement sanitaire du février 2017
38. Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (2015) - Note circulaire à l'attention de mesdames/messieurs les chefs de service et du personnel du CHU-SO. No1386/2015/CHU-SO/D

39. Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (2017) - Note portant sur les mauvaises pratiques. N°144/2017/MSPS/CHU-SO/Dir
40. Note circulaire N°1386/2015/CHU-SO/D à l'attention des chefs de service et du personnel du CHU-SO
41. Note de service N°0144/17/MSPS/CHU-SO/Dir du Directeur aux chefs de service du CHU Sylvanus Olympio portant sur les mauvaises pratiques

ANNEXE B

ORGANIGRAMME DU CHU SYLVANUS OLYMPIO



Source : secrétariat du CHU-SO

ANNEXE C

LE GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entrevue

Nous nous intéressons aux comportements éthiques et non éthiques au sein du Centre Hospitalier Sylvanus Olympio (CHSO) dans la prestation des services de soin aux patients.

Identification du répondant

Date :

Nom du participant :

Âge :

Sexe :

Poste occupé :

Ancienneté dans le poste :

Ancienneté au ministère de la Santé :

I. Description de la culture au CHSO

1. Décrivez-nous la culture du Centre Hospitalier Sylvanus Olympio ?

Sous-questions

- Pouvez-vous nous décrire le logo de l'hôpital ?
- Pouvez-vous nous décrire les vêtements des professionnels de la santé ?
- Quelle est la signification de la blouse des professionnels de la santé ?
- Décrivez-nous une journée type de travail ?
- Comment se fait l'accueil des patients ?
- Quel est le mode de prestation de service ?
- Pouvez-vous partager quelques anecdotes du travail avec nous ?
- Quelles sont les valeurs auxquelles le CHSO adhère ?
- Quelles sont les normes (les règles implicites) qui régissent le fonctionnement de l'hôpital ? est-ce implicite ? ou explicites

II. L'éthique de quoi s'agit-il ?

2. Dans le cadre de votre travail, pouvez-vous me donner des exemples de comportements éthiques (moral) au sein du personnel soignant dans les soins de santé offerts aux patients ?

Sous- questions

- De la part de qui ? (Poste, ancienneté)

- Auprès de qui ?
- Quelle est la fréquence du comportement ?
- Selon vous, la personne qui a adopté ces comportements pratiquait son métier depuis combien d'années ? Était-elle en début de carrière, à mi- carrière ou vers la fin de sa carrière ?
- Comment percevez-vous habituellement ces comportements ?

3. Dans le cadre de votre travail, avez-vous été témoin de comportements non éthiques ?

Sous- questions

- Pouvez-vous me décrire ces situations ?
- De la part de qui ? (Poste, ancienneté)
- Auprès de qui ?
- Quelle est la fréquence du comportement ?
- Selon vous, la personne qui a adopté ces comportements pratiquait son métier depuis combien d'années ?
- Était-elle en début de carrière, à mi- carrière ou vers la fin de sa carrière ?
- Comment percevez-vous habituellement ces comportements ?

qu'est-ce vous fait dire que ce sont des comportements éthiques

III. Processus d'instauration d'une culture éthique

4. Selon vous, comment peut-on favoriser le développement de l'éthique au CHSO (les instruments organisationnels qui peuvent être mis en place) ?

Sous-questions

- Qui peut intervenir ?
- Qui devrait intervenir ?
- Quoi mettre en place ?
- Comment faire ?
- Est-ce que cela s'applique aux différents comportements cités précédemment ?

5. Selon vous, comment peut-on promouvoir les comportements éthiques et réduire les comportements non éthiques ?

6. Quelles sont les stratégies pour affronter une situation dans laquelle on vous incite à agir de façon contraire à l'éthique ?

7. Y a-t-il des questions auxquelles vous aimeriez répondre et que je n'ai pas demandées ?

Clôture

Remerciements

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, A. M., & Rachman-Moore, D. (2004). The methods used to implement an ethical code of conduct and employee attitudes. *Journal of Business Ethics*, 54(3), 225-244.
- Autissier, D., Vandangeon, I., & Vas, A. (2014). *Conduite du changement: concepts-clés-2e éd: 50 ans de pratiques issues des travaux des auteurs fondateurs*. Dunod.
- Bareil, C., & Savoie, A. (1999). Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel. *Gestion*, 24, 86-95.
- Bart, C., FCA. (2011). Ethics: The key to organizational Culture/L'éthique professionnelle: La clé de la culture organisationnelle. *The Canadian Manager*, 36(3), 4-6,2.
- Balogun, J. (2003). From blaming the middle to harnessing its potential: Creating change intermediaries. *British journal of management*, 14(1), 69-83.
- Balogun, J., & Johnson, G. (2004). Organizational restructuring and middle manager sense making. *Academy of management journal*, 47(4), 523-549.
- Balogun, J., Gleadle, P., Hailey, V. H., & Willmott, H. (2005). Managing Change Across Boundaries: Boundary-Shaking Practices 1. *British Journal of Management*, 16(4), 261-278.
- Birmelé, B. (2018). Accompagner. La relation soignante comme cheminement. *Éthique & Santé*, 15(1), 48-54.
- Blome, C., & Paulraj, A. (2013). Ethical climate and purchasing social responsibility: A benevolence focus. *Journal of Business Ethics*, 116(3), 567-585.
- Bouchard, N., Daniel, M.F., & Desruisseaux, J.C. (2017). L'éducation éthique dans les orientations du programme québécois Éthique et culture religieuse : une éducation au vivre-ensemble? *Éducation et francophonie*, 45(1), 60-88.
- Bourgeault, G. (2000). Et si toutes ces règles incitaient à la fraude... Éthique publique. *Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 2(2).
- Boyer, A. (2002). *L'impossible éthique des entreprises*. France : Éditions d'Organisation.

- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., & Hartz, Z. (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes: Deuxième édition*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brown, M. E., Treviño, L.K. & Harrison, D.A. (2005). Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 97(2), 117-134
- Cadieux, N., & Laflamme, R. (2009). Éthique professionnelle et éthique en ingénierie. *Relations industrielles/industrial relations*, 64(2), 307-325.
- Charpateau, O. (2010). L'éthique en entreprise : un modèle d'interaction des valeurs. dans *21^e congrès de l'Association francophone de Gestion des Ressources Humaines*.
- Colbert, A. E., Mount, M. K., Harter, J.K., Witt, L.A., & Barrick, M.R. (2004). Interactive effects of personality and perceptions of the work situation on workplace deviance. *Journal of applied psychology*, 89(4), 599
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel : théorie et pratique*. Presses de l'Université du Québec
- Collerette, P., Lauzier, M., & Schneider, R. (2013). *Le pilotage du changement : une approche stratégique et pratique* ; 2e édition, Presses de l'Université du Québec.
- Delassus, E. (2017). Analyse critique du principisme en éthique biomédicale <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal01486803/document>
- Demers, C. (1999). De la gestion du changement à la capacité de changer : l'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui, *Gestion*, 24(3), 131-139
- Donker, H., Poff, D., & Zahir, S. (2008). Corporate values, codes of ethics, and firm performance: A look at the Canadian context. *Journal of Business Ethics*, 82(3), 527-537.
- Duclos, A. M. (2015). La résistance au changement : un concept désuet et inapproprié en éducation. *Psychologie & Éducation*, 33-45.
- Dujarier, M.A. (2015). Le management désincarné : enquête sur les nouveaux cadres du travail. *La Découverte*.
- Durif, F., Binette, R., Forest, M., & Vachon, É. (2009). Un code d'éthique, oui, mais comment? *Gestion*, 34(2), 21-30.
- Ethics Resource Center (2014). *National business ethics survey of the U.S. Workforce. eighth in a longitudinal cross-sectional study on Workplace ethics*. Ethics Resource Center

- Ferrell, O.C., Le Clair, D.T., & Ferrell, L. (1998). The federal sentencing guidelines for organizations: A framework for ethical compliance. *Journal of Business Ethics*, 17(4), 353-363.
- Ferris, D. L., Brown, D.J., & Heller, D. (2009). Organizational supports and organizational deviance: The mediating role of organization-based self-esteem. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 108(2), 279-286.
- Fortin, M. F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, Québec: Chenelière.
- Girard, D. (2007). Culture organisationnelle, contexte d'affaires et prise de décision éthique. *Gestion*, 32(1), 101-111.
- Grojean, M. W., Resick, C.J., Dickson, M.W. & Smith, D.B. (2004). Leaders, values and organizational climate: Examining leadership strategies for establishing an organizational climate regarding ethics. *Journal of business ethics*, 55(3), 223-241.
- Healy, M., & Iles, J. (2002). The establishment and enforcement of codes. *Journal of Business Ethics*, 39(1-2), 117-124.
- Heungsik, P., Blenkinsopp, J. (2013). The impact of ethics programmes and ethical culture on misconduct in public service organizations. *The International Journal of Public Sector Management*, 26(7), 520-533.
- Hlady Rispal, M. (2002). *La méthode des cas: application à la recherche en gestion*. Bruxelles: Éditions De Boeck Université.
- Hudon, A. (2014). L'auto-référencement en physiothérapie: la mise de l'avant d'une culture éthique pour encadrer la pratique organisationnelle <http://bioethiqueonline.ca/3/12>.
- Huhtala, M., Feldt, T., Lämsä, A. M., Mauno, S., & Kinnunen, U. (2011). Does the ethical culture of organisations promote managers' occupational well-being? Investigating indirect links via ethical strain. *Journal of Business Ethics*, 101(2), 231-247.
- Johnson, J., & Coyle, T. (2012). Vers la compréhension de la décision éthique : une mesure redéfinie de l'intention d'agir de façon éthique. *Vie & Sciences De l'Entreprise*, (191), 165-191.
- Kaptein, M. (2004). Business codes of multinational firms: What do they say? *Journal of Business Ethics*, 50(1), 13-31.
- Kaptein, M., & Schwartz, M.S. (2008). The effectiveness of business codes: A critical examination of existing studies and the development of an integrated research model. *Journal of Business Ethics*, 77(2), 111-127.

- Lacroix, A., Marchildon, A., & Bégin, L. (2017). *Former à l'éthique en organisation : une approche pragmatiste*. Presses de l'Université du Québec.
- Laguardia, J.G., & Ryan, R.M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, 21(2).
- Lauzier, M., Annabi, D., Lafrenière-Carrier, B., Mbani Atangana, Louis (2018). Pleins feux sur la phase d'éveil : une analyse rétrospective et prospective de sa raison d'être, ses conditions déterminantes et ses effets sur les destinataires d'un changement, dans Lauzier, M. et Lemieux, N., *Améliorer la gestion du changement dans les organisations : Vers de nouvelles connaissances, stratégies et expériences*, chapitre 5, Presses de l'Université du Québec, 107-133.
- Lavallée, M. S. (2017). Le cadre leads, présentation faite à la société santé en français, 2 et 3 novembre, Ottawa, repéré sur http://rvsante2017.ca/wp-content/uploads/2017/11/2-nov_AM_bloc-F_Leaderen-action_FR.pdf
- Leads (2017). *Changer les organisations de santé avec le cadre Leads*. Collège Canadien des leaders en santé
https://leadscanada.net/document/1790/Mitacs_LEADS_Summary_Report_FR_2017_FINAL.pdf
- Le Goff J.-P. (2000). *Les illusions du management : pour le retour du bon sens*, Paris, La découverte.
- Lere, J. C., & Gaumnitz, B. R. (2007). Changing behavior by improving codes of ethics. *American Journal of Business*, 22(2), 7-18.
- Levitt, D. (2014, July). La prise de décision éthique dans un milieu de soins : les quatre principes et le cadre LEADS. *Dans Healthcare Management Forum*, 27(2), 108-110. Sage CA: Los Angeles, CA : SAGE Publications.
- Mayer, D.M., Kuenzi, M., Greebaum, R., Bardes M. & Salvador R. (2009). How low does ethical leadership flow? Test of a trickledown model, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 108(1), 595-616.
- McDowell, T. (2006). Deloitte's three ways to instil ethical guidelines: How promoting and enforcing ethical policies can have a positive impact on the bottom line. *Strategic HR Review*, 5(5), 16-19.
- Medina-Aguerreberre, P. (2013). *Le rôle de la communication dans l'éthique organisationnelle*. *Communication. Information médias théories pratiques*, 31(2).
- Morris, D. (2004). Defining a moral problem in business ethics. *Journal of Business Ethics*, 49(4), 347-357.

- Oiry, E., Duguey, I. & Foucaud, J. (2015). Éthique normative et éthique réflexive : quel rôle dans le leadership éthique des managers du soin. *Journal de gestion et d'économie?*
- Paine, L.S. (1994). Managing for organizational integrity. *Harvard business review*, 72(2), 106-117.
- Park, H., & Blenkinsopp, J. (2013). The impact of ethics programmes and ethical culture on misconduct in public service organizations. *International Journal of Public Sector Management*, 26(1), 520-533.
- Proenca, E.J. (2004). Ethics orientation as a mediator of organizational integrity in health services organizations. *Health Care Management Review*, 29(1), 40-50.
- Ragin, C. C., & Becker, H. S. (Eds.). (1992). *What is a case? exploring the foundations of social inquiry*. Cambridge university press.
- Rawls, J. (1997). *Théorie de la justice*, Éditions du Seuil, Paris.
- Ricoeur, P. (2015). *Soi-même comme un autre*. Le Seuil.
- Sabadie, W., Prim-Allaz, I., & Llosa, S. (2006). Contribution des éléments de gestion des réclamations à la satisfaction : les apports de la théorie de la justice. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 21(3), 47-64.
- Schwartz, M.S. (2002). A code of ethics for corporate code of ethics. *Journal of Business Ethics*, 41(1-2), 27-43.
- Schwartz, M.S. (2005). Universal moral values for corporate codes of ethics. *Journal of Business Ethics*, 59(1-2), 27-44.
- Séguin, F., & Durif, F. (2007). Une stratégie éthique « chemin faisant ». *Gestion*, 32(1), 83-90.
- Séguin, M., Lapalme, M. È. (2017). *Gérer la dimension éthique en entreprise*. Les Éditions CEC.
- Snowden, D. J., & Boone, M. E. (2007). A leader's framework for decision making. *Harvard business review*, 85(11), 68.
- Soparnot, R. (2010). *Le management du changement*. Vuibert.
- Soparnot, R. (2013). Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus. *Recherches en Sciences de Gestion*, 97(4), 23-43.
- Thévenet, M. (2017). *La culture d'entreprise*. Presses universitaires de France.
- Velasquez, M.G. (2006). *Business ethics: concepts and cases* (6^e édition). Upper Saddle Rivers: N.J.: Pearson: Prentice Hall.
- Williams, B. (1994). *La fortune morale. moralité et autres essais*. Paris : Gallimard.

- Wolton, D. (2005). Il faut sauver la communication. *Revista FAMECOS : mídia, cultura e tecnologia*, (27), 15-17.
- Zhang, H., Luo, X. R., Liao, Q., & Peng, L. (2015). Does it team climate matter? An empirical study of the impact of co-workers and the Confucian work ethic on deviance behavior. *Information & Management*, 52(6), 658-667.