

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
AVANT-PROPOS	3
RÉSUMÉ.....	5
TABLE DES MATIÈRES	6
LISTE DES TABLEAUX.....	10
INTRODUCTION.....	12
CHAPITRE PREMIER : <i>D'hier à aujourd'hui</i>	16
1.1 Le système hospitalier tel que développé par les Augustines	17
1.1.1 La naissance de l'hôpital en Amérique du Nord	18
1.1.1.1 L'Hôtel-Dieu de Québec	18
1.1.1.2 L'Hôpital Général de Québec	22
1.1.1.3 L'Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur	22
1.1.1.4 Les autres hôpitaux	23
1.2 Soigner	25
1.2.1 Accueil des laïcs pour soigner	25
1.2.2 La médecine et son évolution	26
1.2.3 Le programme universel d'assurance hospitalisation.....	28
1.2.4 Le régime d'assurance maladie	29
1.2.5 Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux	30
1.2.6 La loi de 1971 : sa raison d'être, son contenu, son impact.....	31

1.2.6.1	Raison d'être	31
1.2.7	La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux - Commission Rochon (1985)	31
1.2.8	Pistes d'avenues issues du Rapport	32
1.2.9	La Commission d'étude sur la main d'œuvre infirmière - CEMOSI (1986)	33
1.2.10	La transformation du réseau – milieu (1990)	33
1.2.11	Une réforme axée sur le citoyen (1990)	34
1.2.12	L'institution de la Régie régionale (1991)	35
1.2.13	Politique de la santé et du bien-être (1992)	35
1.3	Les réformes récentes : leur étendue, leur impact.....	36
1.3.1	Le virage ambulatoire (1996)	36
1.3.2	Commission d'étude sur la santé et les services sociaux (2000).....	37
1.3.3	Adoption de mesures législatives (2001)	38
1.3.4	Comité sur l'organisation des services médicaux de la région de Québec – Rapport Gabrièle (2002).....	39
1.3.5	Les ententes de gestion (2003)	39
1.4	La mission du ministère de la Santé et des Services sociaux (2002).....	40
1.4.1	La mission	40
1.4.2	Piste d'avenir reliée au système de santé et de services sociaux.....	42
1.4.3	Plan stratégique 2001-2004 du MSSS.....	42
1.4.4	Projets de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux	43
1.5	La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux : projet de loi n° 25	44
1.5.1	Les deux grands principes	44

1.5.2	Les cinq conditions de réussite.....	44
1.6	Perspectives d’avenir	45
CHAPITRE 2 : <i>Au-delà des siècles, le jeu des valeurs</i>		48
2.1	Valeurs d’autrefois.....	49
2.2	Notion de valeur.....	52
2.3	Valeurs des Augustines de la Miséricorde de Jésus.....	55
2.4	Valeurs d’aujourd’hui	58
2.4.1	Les valeurs issues de la Loi sur les services de santé et de services sociaux	64
2.4.2	Les valeurs en cause dans un contexte de restructuration de services.....	66
2.4.3	Les valeurs d’hier et d’aujourd’hui en rétrospective.....	68
CHAPITRE 3 : <i>Les enjeux éthiques et la reconnaissance de la valeur</i> <i>« ressources humaines »</i>		71
3.1	Définition d’un enjeu éthique	71
3.2	Notion d’enjeu éthique.....	72
3.3	Les enjeux de la réforme de la santé au Québec	74
3.4	Les enjeux éthiques de la réforme des services de santé et des services sociaux par une équipe de recherche.....	75
3.5	Le sens du travail	76
3.6	La valeur « ressources humaines »	82
3.7	L’éthique « démarche réflexive »	84

CHAPITRE 4 : <i>Stratégies d'action</i>	89
4.1 Le concept de gestion des ressources humaines	90
4.2 Les défis de la gestion des ressources humaines.....	91
4.3 Contexte de la pénurie d'infirmières.....	93
4.4 Principes susceptibles d'orienter les gestionnaires	95
4.4.1 Les douze principes susceptibles d'orienter les gestionnaires face à l'implantation de l'outil informatique dans le domaine des soins infirmiers.....	96
4.4.2 Les quinze principes susceptibles d'orienter les gestionnaires face à la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux dans le domaine des soins infirmiers.....	99
CONCLUSION	114
BIBLIOGRAPHIE	135

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Valeurs en référence à Proulx	118
Tableau 2	Valeurs selon divers auteurs.....	119
Tableau 3	Notion d'enjeu éthique	120
Tableau 4	La liste des lois en vigueur dans le domaine de la santé et des services sociaux.....	121
Tableau 5	Projet de loi n° 25	122
Tableau 6	Projet de loi n° 30	123
Tableau 7	Projet de loi n° 90 (2002, chapitre 33) Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé – adoption	124
Tableau 8	Concept de réseau local de services (RLS)	125
Tableau 9	Sens du travail	126
Tableau 10	L'éthique	127
Tableau 11	La responsabilité éthique – réflexion éthique.....	128
Tableau 12	Principes directeurs pour guider la gestion des ressources humaines dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.....	129
Tableau 13	Vision de l'infirmière de l'an 2010	130
Tableau 14	Douze principes susceptibles d'orienter les gestionnaires face à l'implantation de l'outil informatique dans le domaine des soins infirmiers.....	131

Tableau 15	Quinze principes susceptibles d’orienter les gestionnaires face à la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux dans le domaine des soins infirmiers	132
Tableau 16	Philosophie de gestion.....	133
Tableau 17	Le processus de dialogue dans une organisation.....	134

INTRODUCTION

Depuis l'origine des hôpitaux, les communautés religieuses ont été appelées à gérer des ressources humaines. À travers les âges, les hôpitaux ont été intégrés au réseau de la santé et des services sociaux. Progressivement, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (loi 65) en 1972*, visait la réorganisation du système de santé au Québec ; puis, il y a eu la *Commission Rochon*, pour en arriver à la nouvelle *Loi sur les services de santé et des services sociaux, chapitre S-42, 1992* ; tandis qu'en 1995, le ministre Rochon annonçait la reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux dont le virage ambulatoire et la désignation des centres hospitaliers universitaires.

En 2003, le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux préconise à son tour une réforme mettant en relief la régionalisation engagée au début des années quatre-vingt-dix. Un défi majeur s'impose : substituer au discours de la décentralisation, la véritable pratique de la décentralisation. Prônant la prise de décision près de l'action dans la prestation des soins et des services, le ministre Couillard privilégie entre autres l'approche de concertation dans les milieux, la consolidation des services de première ligne, une gestion intégrée des services, les ententes inter-établissements et inter-organismes.

Ces nouveautés amènent un changement majeur dans la gestion des ressources humaines tout en exigeant de considérer l'impact de l'évolution technologique, la situation économique, la complexité des soins, l'accessibilité des soins et des services.

Cette recherche vise à atteindre quatre objectifs, le premier étant de présenter l'historique en milieu hospitalier *D'hier à aujourd'hui*. Le second objectif propose de recenser et d'identifier des enjeux éthiques issus de la réforme de la santé et des services sociaux, tandis que le troisième objectif s'intéresse à identifier la valeur privilégiée qui perdure au-delà du temps pour donner un sens à l'action dans la prestation de soins et de services. Finalement, le quatrième objectif rejoint notre préoccupation de supporter les ressources humaines par des stratégies d'action mettant en relief des moyens concrets à suggérer aux gestionnaires en milieu hospitalier.

Dans ce contexte, il faut se questionner sur notre considération de l'humain dans le système et ce, en se référant au document *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : orientations, MSSS – 1989*, où Bouliane (1999) considère que :

[...] les ressources humaines du réseau de la santé et des services sociaux jugent qu'elles sont peu valorisées et se disent démotivées. Leurs conditions de travail sont parfois difficiles, et leur emploi précaire. Elles ressentent aussi les conséquences d'une gestion quelquefois trop centrée sur l'application des conventions collectives et des directives au détriment des fonctions fondamentales de la gestion du personnel. De plus, on reconnaît que le climat de travail ne favo-

rise pas toujours la collaboration. L'organisation du travail ne tient pas suffisamment compte de la compétence et des besoins des ressources humaines.¹

Tandis que dans un article intitulé *Les effets de la transformation du réseau de la santé – Quand la profession infirmière prend un coup de vieux !*, Viens, Lavoie-Tremblay (2001), et en référence à l'équipe de recherche RIPOST de l'Université Laval, de même que de la Direction de la santé publique de Québec, nous incitent à réfléchir :

Dans les milieux de travail actuels, il devient pertinent et urgent de développer une gestion plus humaine des ressources, surtout que la pénurie d'infirmières frappe de plein fouet la profession. Gardons en santé celles qui sont toujours au travail en repensant en profondeur l'organisation du travail [...]. Les mécanismes et les rouages permettant la mobilité doivent être huilés à l'acte de créativité et de flexibilité, et le temps de travail à être réaménagé suivant la capacité et les expériences propres aux travailleuses vieillissantes.²

L'intérêt de ce mémoire nous interroge sur notre agir dans la gestion des ressources humaines. Qu'est-ce qui doit animer les administrateurs et les gestionnaires dans le redéploiement des ressources humaines ? Le questionnement éthique fait référence à une réflexion personnelle et professionnelle touchant la manière dont nous devons considérer nos ressources humaines : quelles sont les valeurs à considérer, comment pouvons-nous vivre cette période de transition avec les impératifs connus, qu'avons-nous à offrir à nos ressources humaines pour gérer le changement dans la décroissance ?

¹ Sous la direction de Pierre Fortin, dans *La réforme de la santé au Québec*, Cahier de recherche éthique 22, Éditions Fidès, 1999, p. 60.

² *Infirmière canadienne*, mars 2001, vol. 2, n° 3.

En résumé, la nouvelle trajectoire en matière de santé et de services sociaux a un impact direct sur la gestion des ressources humaines. Saurons-nous préserver les valeurs de dignité et de respect pour gérer le futur ?

CHAPITRE PREMIER

D'hier à aujourd'hui

François Rousseau, dans son introduction à l'ouvrage *La croix et le scalpel*, relate : « Le personnage de l'homme souffrant a toujours accompagné la nature humaine ; que cette souffrance soit celle de la maladie physique ou psychique, de l'infirmité, de l'invalidité ou celle provenant de situations sociales. »³

Nous abordons brièvement l'hôpital que décrit ainsi Rousseau : « L'hôpital est habituellement présenté comme issu de la tradition chrétienne [...]. L'hôpital n'est donc pas né de la nécessité des soins, pas plus qu'une fois créé, il n'a déterminé de nouvelles attitudes à l'égard de la maladie. »⁴. Cet auteur nous rappelle l'influence du christianisme et met en perspective la place de la compassion, de la charité et de la miséricorde. Ces valeurs donnent un sens religieux à l'hôpital et nous font comprendre l'implication du clergé, à la base de la création de l'hôpital : « Apparus dès les premiers siècles de l'ère chrétienne, établis d'abord dans les villes par des évêques, les hôpitaux sont issus de la nécessité de la charité [...]. »⁵ C'est cependant à la fin du XVIII^e siècle que l'hôpital prend un virage qui sera décisif. « La naissance de la clinique », [...] impliquait, en effet, l'association de la médecine et de

³ François Rousseau, dans *La croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de L'Hôtel-Dieu de Québec I : 1639-1892*, Sillery : Éditions du Septentrion, 1989, p. 12.

⁴ François Rousseau, *op. cit.*, tome I, p. 16.

⁵ François Rousseau, *op. cit.*, tome I, p. 16.

l'hôpital. Et c'est à partir de là seulement que le destin de l'hôpital sera celui de la médecine. »⁶

Par la suite, la double mission nécessitant de se battre à la fois contre la pauvreté et la maladie évolue. Aussi apparurent peu à peu les progrès de la médicalisation et l'évolution dans l'art de soigner, d'où les liens complémentaires entre l'hôpital et la médecine.

1.1 Le système hospitalier tel que développé par les Augustines

La base des œuvres de miséricorde réfère aux valeurs émergentes du christianisme décrites par Rousseau : « Le message du Christ, en effet, accorde une importance inédite à la compassion, à la charité, à la miséricorde envers les êtres faibles, les êtres souffrants. »⁷ Ainsi, la charité a occupé une place primordiale à l'origine des hôpitaux en offrant le gîte aux démunis. Mais il fallait aller au-delà d'offrir à boire et à manger même si « la souffrance et la maladie n'étant pas conçues comme produites par la société, les hôpitaux n'ont pas encore pour mission de lutter contre la pauvreté et la maladie »⁸.

En relatant le développement du système hospitalier par les Augustines, l'influence chrétienne tisse un fil conducteur. Durand, Duplantie, Laroche, Laudy notent « [...] la pratique des soins reçoit du christianisme naissant un élan considérable »⁹. Ceci se traduit par l'engagement du chrétien pour les malades qui « se font un devoir de les soigner, de les

⁶ François Rousseau, *op. cit.*, tome I, p. 19.

⁷ François Rousseau, *op. cit.*, tome I, p. 16.

⁸ François Rousseau, *op. cit.*, tome I, p. 17.

⁹ François Rousseau, *op. cit.*, tome I, p. 46.

nourrir, de les désaltérer »¹⁰. Basées sur l'amour du prochain, gravitent autour de la pratique chrétienne sept œuvres de miséricorde corporelle et spirituelle identifiées par ces auteurs : « [...] sept œuvres de miséricorde corporelle : nourrir, abreuver, accueillir, vêtir, soigner, visiter, ensevelir les morts. [...] sept œuvres de miséricorde spirituelle : conseiller, corriger, enseigner, consoler, pardonner, supporter, prier ».¹¹

D'une part, si à cette époque « Soigner relève du don de soi et requiert une générosité qui peut être sans limite » et, d'autre part, Rousseau cite : « Lors de surcroît de travail [...] le premier devoir des Augustines demeure les soins des malades », l'auteur précise que c'est « frappant de constater à quel point les constitutions et les règlements insistent sur la santé du corps »¹². Ceci nous interpelle à savoir si les valeurs à l'origine du système hospitalier ont traversé le temps.

1.1.1 La naissance de l'hôpital en Amérique du Nord

1.1.1.1 L'Hôtel-Dieu de Québec

Supérieur de 1632 à 1639, le père Paul LeJeune, missionnaire, élabore son concept d'hôpital. Rousseau le décrit ainsi : « S'il y avoit ecy un Hospital, il y auroit (sic) tous les malades du pays et tous les vieillards ; pour les hommes, nous les secourrons selon nos forces, mais pour les femmes, il ne nous est pas bien séant de les recevoir en nos maisons. »¹³

¹⁰ François Rousseau, *op. cit.*, tome I, p. 46.

¹¹ François Rousseau, *op. cit.*, tome I, pp. 46-47

¹² François Rousseau, *op. cit.*, tome I, p. 98.

¹³ François Rousseau, *op. cit.*, tome I, pp. 34-35.

Tiré de la revue *Cap aux Diamants*, hors série 1989, Veilleux cite :

En 1637, la duchesse d'Aiguillon s'engage, par une dotation entre vifs, à verser la somme de 22 400 livres pour l'établissement de L'Hôtel-Dieu de Québec [...]. Les religieuses construisent leur premier hôpital à Sillery, en 1640, mais la menace iroquoise les oblige à quitter les lieux quatre années plus tard. Elles déménagent alors à la haute ville de Québec sur la côte du Palais.¹⁴

L'origine de la fondation de L'Hôtel-Dieu de Québec réfère selon Rousseau à « une transplantation d'institutions françaises dans une colonie naissante [...]. Dans ses origines toutefois, L'Hôtel-Dieu de Québec manifeste déjà sa spécificité : sa vocation est d'abord d'être une œuvre missionnaire. »¹⁵ Bien que les Augustines soignaient les Amérindiens, l'évangélisation faisait également partie de la mission. Ce n'est qu'en 1644, que le soin des malades guidera le devenir de l'institution et accueillera également les matelots des navires ancrés à Québec ainsi que des soldats. Ayant une préoccupation pour son rôle social, l'hôpital soutiendra les sinistrés de l'incendie de la Basse-Ville, en 1682, tout en servant de refuge aux immigrants en 1684. Quant à l'origine de sa vocation régionale, celle-ci se traduit par l'admission des malades venant outre de la Ville de Québec, des paroisses environnantes.

Dès cette époque, les religieuses sont préoccupées par l'aspect monétaire et se voient dans l'obligation de devenir « manœuvre » afin de limiter les coûts de production. Malgré cela, la duchesse d'Aiguillon devra injecter à nouveau des sommes d'argent importantes et

¹⁴ Christine Veilleux, « De Dieppe à la côte du Palais », dans *Histoire du Québec, Cap-aux-Diamants*, hors série 1989, p. 11.

¹⁵ François Rousseau, dans *La croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de L'Hôtel-Dieu de Québec I : 1639-1892*, Sillery : Éditions du Septentrion, 1989, p. 29.

de plus s'assurer que la Compagnie des Cents Associés accepte de réduire à zéro une dette contractée par les religieuses. Elle incite également d'autres communautés religieuses à lui fournir de l'argent pour combler les besoins prioritaires.

Veilleux poursuit :

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, les religieuses peuvent compter sur d'autres revenus, les gratifications royales, les dots des religieuses, les dons et legs testamentaires, les aumônes offertes par les patients plus fortunés, les revenus de pensionnaires, sans oublier les revenus tirés de la vente de surplus des seigneuries, fiefs et autres propriétés tel le Jardin des pauvres.¹⁶

Mentionnons qu'à cette époque, par ordre de priorités, l'alimentation, l'éclairage et le chauffage figurent en tête de liste : « À ces coûts s'ajoutent les frais de renouvellement de la lingerie, les dépenses d'entretien et de réparation des bâtiments, les gages des domestiques et autres employés et l'entretien des seigneuries. »¹⁷

Au fil du temps, les difficultés financières perdurent. Pauvres et éprouvées par le feu de L'Hôtel-Dieu de Québec et du Monastère, en 1755, les religieuses acceptent l'aide de l'évêque de Québec et du gouverneur de la France pour reconstruire. Cependant, la guerre de 1760 amènera d'autres pertes matérielles, telles la perte de leurs animaux de ferme, du moulin à farine et des meubles. Veilleux note :

Pour survivre, les religieuses se tournent vers la charité publique, acceptent le blanchissage du linge d'églises, se font boulangères pour le Séminaire et raccom-

¹⁶ Christine Veilleux, *op. cit.*, p. 12.

¹⁷ Christine Veilleux, *op. cit.*, p. 12.

modeuses pour les dames de la ville. Leur Monastère, déjà étroit pour les loger, accueille de nouveau des dames pensionnaires. À ce régime, elles mettront vingt ans pour rembourser leurs dettes.¹⁸

Le 1^{er} mai 1784, s'effectue la réouverture de L'Hôtel-Dieu de Québec. À cette époque, les hommes et les femmes sont localisés dans deux endroits distincts. La capacité totale des dix-huit lits se répartit ainsi : dix lits pour hommes et huit pour femmes. Mais l'évolution démographique amène de nouveaux besoins et la construction d'un hôpital plus moderne qui sera inauguré en 1825.

Confrontées aux besoins et aux réalités budgétaires, les religieuses utilisent vingt des cinquante lits disponibles. Toutefois, le nombre de patients tant hospitalisés qu'externes ne cessera de croître.

Dans un article *Un palais pour les malades*, Bernatchez note :

En 1890, [...] une foule d'éléments essentiels au bon fonctionnement d'un hôpital moderne lui fait défaut [...]. Toutefois, grâce à la subvention de 448 \$ que le gouvernement provincial accorde à chaque année à L'Hôtel-Dieu, la communauté croit pouvoir moderniser l'hôpital. [...] En décembre 1892 [...], les journalistes présents s'entendent dans la description de ce « véritable palais des malades ». L'édifice est « pourvu de tous les raffinements de la construction moderne » précise l'un d'eux. [...] En fait, en 1892, les résidents de Québec assistent pour ainsi dire à la naissance du milieu hospitalier moderne : fruit des découvertes scientifiques, mais aussi de l'industrialisation et de l'accroissement démographique.¹⁹

¹⁸ Christine Veilleux, *op. cit.*, p. 12.

¹⁹ Ginette Bernatchez, « Un palais pour les malades », dans *Histoire du Québec, Cap-aux-Diamants*, hors série 1989, p. 21.

1.1.1.2 L'Hôpital Général de Québec

Impliquées dans la colonie qu'est la Nouvelle France, les religieuses sont sollicitées pour aller au-delà des services déjà offerts à leur clientèle. Ainsi, dans l'article *Une œuvre féconde*, Omer-Denis Messier constate plutôt que l'œuvre des Augustines du Monastère de L'Hôtel-Dieu de Québec traversera le temps : « Elles jouent un rôle important à la fois dans le développement du réseau hospitalier, à la grandeur du Québec, et dans la formation d'un personnel compétent. »²⁰ À cette époque, la France opte pour qu'en Nouvelle France, les pauvres, les vieillards et les infirmes reçoivent assistance. Messier poursuit :

Le deuxième évêque de Québec [...] fait appel aux Augustines hospitalières pour mener à bien cette entreprise [...]. Le 9 janvier 1963, elles acceptent l'offre de l'évêque [...]. En 1970 cependant, l'Hôpital Général de Québec se détache de la Maison mère, et les Augustines qui y oeuvrent forment une nouvelle communauté de la précédente.²¹

1.1.1.3 L'Hôtel-Dieu du Sacré-Coeur

Les soins à l'enfant préoccupent le notaire Louis Falardeau, dans les années 1865. Vite dépassé par le fléau de mortalité infantile, il s'interroge sur le devenir des enfants laissés seuls et ceux atteints d'épilepsie. Alors, le temps serait-il venu de construire un hôpital spécialisé pour enfants ? Messier précise :

En 1872, l'archevêque de Québec, Monseigneur Elzéar Taschereau [...] fait appel aux hospitalières de l'Hôpital Général [...]. Après plusieurs difficultés, en 1892,

²⁰ Omer Denis Messier, « Une œuvre féconde », dans *Histoire du Québec, Cap-aux-Diamants*, hors série 1989, p. 25.

²¹ Omer Denis Messier, *op. cit.*, p. 25.

il dispense des soins aux orphelins, aux épileptiques, aux vieillards, aux infirmes et aux malades incurables.²²

1.1.1.4 Les autres hôpitaux

L'Hôtel-Dieu-de-Chicoutimi

Préoccupé par les soins aux malades, le gouvernement fédéral a déjà érigé son hôpital au Saguenay-Lac St-Jean et ce, en 1833. Cependant, « En 1884, le prélat fait appel aux Augustines hospitalières de Québec pour s'occuper de l'établissement de Chicoutimi. »²³

Comme les fondatrices de cet hôpital viennent de L'Hôpital général de Québec, leur clientèle se composait de vieillards, de malades chroniques, elles poursuivent leur œuvre à Chicoutimi en y intégrant la garde des orphelins, des personnes âgées et handicapées. Après dix ans d'existence, « la communauté des Augustines de Chicoutimi [...] se porte acquéreur de l'Hôtel-Dieu de Saint-Vallier, jusqu'alors propriété du gouvernement. »²⁴

L'Hôtel-Dieu St-Michel de Roberval

En 1918, alliant les efforts du clergé et des Augustines, un nouvel hôpital naît. Messier le décrit ainsi : « Le nouvel établissement compte à peine 25 lits pour une population de plus de 3 000 personnes. [...] L'hôpital peut alors compter sur les services de deux médecins et d'un chirurgien. »²⁵

²² Omer Denis Messier, op. cit., p. 26.

²³ Omer Denis Messier, op. cit., p. 27.

²⁴ Omer Denis Messier, op. cit., p. 27.

²⁵ Omer Denis Messier, op. cit., p. 27.

L'Hôtel-Dieu d'Alma, L'Hôtel-Dieu de Jonquière, L'Hôtel-Dieu de Dolbeau

Après 1945, l'œuvre des Augustines se poursuit, agrandissant ainsi le réseau hospitalier. Messier note : « Des Hôtels-Dieu voient le jour à Alma en 1954 ainsi qu'à Jonquière et Dolbeau, l'année suivante. »²⁶

L'Hôtel-Dieu de Lévis

La rive sud de Québec connaît un accroissement de population sans toutefois pouvoir bénéficier d'un hôpital à proximité. Le clergé s'impose encore une fois. Ainsi, Messier relate :

Vers 1855, le curé de Notre-Dame de Lévis entreprend des démarches pour doter sa paroisse d'une institution hospitalière. [...] En 1891, une riche célibataire lévisienne, Caroline Lagueux, dénoue l'impasse en léguant tous ses biens pour aider à la réalisation de l'hôpital de Lévis. [...] Dès octobre 1892, [...] il accueille 130 malades et admet une moyenne de sept patients à la fois.²⁷

L'Hôtel-Dieu Notre-Dame-des-Anges de Gaspé

Cette fois-ci, monseigneur François-Xavier Roy s'implique en faisant appel aux Augustines du Monastère de L'Hôtel-Dieu de Québec. Le résultat de son intervention mène à l'implication des religieuses dans la fondation d'un autre hôpital, en 1926. Comme le précise Messier :

Le modeste hôpital ouvre ses portes quelques mois plus tard. Sa capacité ne dépasse pas vingt lits, mais il possède les appareils les plus modernes de l'époque : entre autres, rayons X, stérilisateur, table d'opération, laboratoires, etc. [...] Pen-

²⁶ Omer Denis Messier, *op. cit.*, p. 27.

²⁷ Omer Denis Messier, *op. cit.*, p. 27.

dant la première année de fonctionnement de L'Hôtel-Dieu de Gaspé, plus de 525 patients y reçoivent des soins.²⁸

François Rousseau, en parlant de la charge de travail, relate : « À leur horaire quotidien régulier d'une douzaine d'heures, les infirmières doivent ajouter le service de nuit, soit une veille de dix heures tous les cinq soirs... »²⁹

L'Hôtel-Dieu de St-Georges-de-Beauce et L'Hôtel-Dieu de Montmagny

En 1943, s'ouvre à St-Georges-de-Beauce, L'Hôtel-Dieu Notre-Dame-de-Beauce. Rousseau rappelle que « les Augustines acceptent d'ouvrir un Hôtel-Dieu à Saint-Georges de Beauce, une localité d'environ 7 000 âmes, en 1943 [...] »³⁰. L'idée d'un hôpital régional pour desservir tout le Sud du bassin la Chaudière remontait à la fin des années 1920. Et il poursuit : « Des dames organisent un ouvroir, elles continueront après l'ouverture de l'hôpital, à veiller au bien-être des malades en devenant l'Association des dames patronnesses. »³¹

1.2 Soigner

1.2.1 Accueil des laïcs pour soigner

Tout au cours de la mise en place du réseau hospitalier, Rousseau constate que :

Depuis la fondation, en 1639, les Augustines avaient toujours pu administrer elles-mêmes leur établissement et dispenser tous les soins infirmiers requis pour les

²⁸ Omer Denis Messier, *op. cit.*, p. 27.

²⁹ François Rousseau, dans *La croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de L'Hôtel-Dieu de Québec II : 1892-1989*, Sillery : Éditions du Septentrion, 1989, p. 29.

³⁰ François Rousseau, *op. cit.*, p. 31.

³¹ François Rousseau, *op. cit.*, p. 36.

malades [...], mais à la fin du mois de janvier 1948, le conseil ne peut plus reculer et il doit se résoudre à engager quelques infirmières diplômées...³²

En effet, « La révolution hospitalière du début du siècle exigeait la présence d'une personne soignante plus qualifiée auprès des malades. »³³ En 1904, les Augustines créent leur propre école d'infirmières, dont l'accessibilité est exclusive à des religieuses de diverses communautés. Cependant, afin d'être congruentes avec le besoin de laïques pour soigner, elles acceptent, en 1950, de divulguer leur savoir à des jeunes laïques qui deviendront infirmières. Le rayonnement de l'école amène les Augustines à s'impliquer davantage dans la formation touchant le réseau hospitalier et ainsi, « La communauté a prêté le personnel qualifié pour aider à fonder d'autres écoles et leur permettre d'être reconnues par l'Université Laval. »³⁴ Notons que 1943 marque la fondation de l'École supérieure des sciences infirmières qui offre certificat et baccalauréat.

1.2.2 La médecine et son évolution

Dans l'article *Hôpital universitaire*, Veilleux relate :

Avant 1820, il n'existe aucune école de médecine dans le Bas Canada, et les hôpitaux servent très peu à la formation clinique des étudiants. [...] À partir de

³² François Rousseau, *op. cit.*, tome II, p. 243.

³³ François Rousseau, *op. cit.*, tome II, p. 248.

³⁴ François Rousseau, *op. cit.*, tome II, p. 249.

1804, quelques rares médecins dispensent sans le support d'une institution reconnue des cours privés de chimie.³⁵

Finalement, en 1823, naît le dispensaire de Québec et s'ajoutent à l'enseignement, l'anatomie, la médecine et la chirurgie. Puis Veilleux, en remontant l'histoire, constate que :

En 1831, la Chambre d'Assemblée du Bas Canada met sur pied le premier bureau médical chargé d'examiner les aptitudes des candidats médecins. [...] Deux ans plus tard, le Parlement adopte une nouvelle législation qui régit la profession médicale de façon permanente. Cette loi constitue en corporation les professionnels de la santé sous le nom de Collège des médecins et chirurgiens du Bas Canada.³⁶

Se succèdent ensuite l'ouverture d'une École de médecine incorporée en 1848, la naissance de la Faculté de médecine en 1852, la création de stages cliniques à L'Hôtel-Dieu en 1855, qui amèneront la reconnaissance de l'hôpital universitaire dès 1857, la mise sur pied par l'Université Laval du Centre anticancéreux en 1930, tout en ajoutant un centre de curiethérapie. L'ère des stages en médecine à l'extérieur s'amorce particulièrement en France.

Dans son article *Préparer la relève*, Bouchard remarque que :

Il faudra attendre les années 1950 avant que de véritables programmes d'enseignement médical voient le jour à L'Hôtel-Dieu de Québec. [...] L'application de la loi sur l'Assurance hospitalisation, en janvier 1961, entraîne une diminution considérable des lits publics, ce qui rend l'enseignement plus difficile. [...] Les autorités s'aperçoivent que « l'enseignement clinique » [doit] maintenant se concevoir sur la base d'une relation individuelle entre le professeur

³⁵ Christine Veilleux, « Hôpital universitaire », dans *Histoire du Québec, Cap-aux-Diamants*, hors série 1989, p. 63.

³⁶ Christine Veilleux, *op. cit.*, p. 63.

et son étudiant au sein d'équipe hiérarchique. [...] L'enseignement médical a considérablement évolué au cours de ces quarante dernières années.³⁷

1.2.3 Le programme universel d'assurance hospitalisation

Dans l'article *Hôpital universitaire*, Bernatchez constate que :

Les hospitalières exercent la même mission à l'égard de tous les patients. [...] Pour leur part, les familles assistées, [...] les chômeurs, les servantes et toute personne possédant un certificat de son médecin attestant sa situation financière précaire bénéficient gratuitement des services médicaux.³⁸

De plus en plus, la problématique du paiement des services se pose. Plusieurs spécialistes se succèdent au fil des ans, offrant aux malades de nouvelles opportunités de soins et de services. Bernatchez traduit ainsi cette évolution : « À la fin des années 1950, l'accroissement de la population, la complexité des soins offerts et les profonds changements idéologiques forceront l'intervention du gouvernement dans le domaine de la santé. »³⁹

Ainsi le gouvernement fédéral, en 1958, a créé le programme universel d'assurance hospitalisation dont la responsabilité du paiement est partagé avec les provinces. Premier jalon de l'accessibilité des soins et des services, le programme d'assurance hospitalisation entre en vigueur en 1961, et influencera l'organisation et l'administration des services de santé et des services sociaux vers l'adoption d'un régime universel d'assurance maladie.

³⁷ Christian Bouchard, « Préparer la relève », dans *Histoire du Québec, Cap-aux-Diamants*, hors série 1989, p. 68.

³⁸ Ginette Bernatchez, « Hôpital universitaire », dans *Histoire du Québec, Cap-aux-Diamants*, hors série 1989, p. 63.

³⁹ Ginette Bernatchez, *op. cit.*, p. 74

Selon Bouchard, un bref survol du contexte social québécois nous indique (1989) que :

Vers la fin des années 1950, le Québec remet en question ses valeurs traditionnelles. Le nationalisme économique des années 1960 se traduit par une reprise en main de l'économie québécoise [...]. L'équipe libérale concrétise des changements sociaux amorcés depuis quelques années [...].⁴⁰

Pour sa part, Bernatchez relate que : « Il faudra cependant attendre jusqu'en 1970, avant d'en arriver à la gratuité complète et universelle des soins. »⁴¹

1.2.4 Le régime d'assurance maladie

Inspiré par les recommandations du rapport d'enquête sur la santé et le bien-être social appelé Commission Castonguay-Nepveu, le gouvernement du Québec en fait la pierre angulaire du système de services de santé et de services sociaux :

La caractéristique fondamentale instaurée au cours des années 70 est son caractère universel et gratuit. La Loi est on ne peut plus explicite : « Toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent ces services .»⁴²

Du « Bilan et perspectives » de ce *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* se dégagent les impacts suivants :

[...] les services sont accessibles à tous, sans distinction de revenu, d'âge, de race ou de lieu de résidence : 100 % des résidents québécois sont couverts par

⁴⁰ Christine Veilleux, « L'Hôtel-Dieu de Québec aujourd'hui », dans *Histoire du Québec, Cap-aux-Diamants*, hors série 1989, p. 73.

⁴¹ Ginette Bernatchez, « Hôpital universitaire », dans *Histoire du Québec, Cap-aux-Diamants*, hors série 1989, p. 74.

⁴² Gouvernement du Québec, dans *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Bibliothèque nationale du Québec, 1988, article 4, pp. 398-399.

le régime public. Il est maintenant illégal qu'une médecine se développe pour les riches et une autre pour les pauvres.

Dans le domaine social, l'universalité d'accès aux services a permis d'élargir la couverture des services offerts et d'éviter l'approche sélective basée sur la capacité de payer...

L'existence d'un régime universel et gratuit a aussi permis de mettre en place des méthodes impartiales et équitables d'évaluation des besoins lorsque les ressources sont restreintes.⁴³

1.2.5 Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux

Selon la version finale du projet de loi sur les services de santé et les services sociaux, adoptée le 24 décembre 1971 et, du *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* :

Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) ont du pouvoir relativement faibles et des fonctions relativement limitées. Ce sont des organismes consultatifs [...], leurs pouvoirs administratifs sont pour ainsi dire inexistantes [...]. En mai 1975, le Ministère délègue pour la première fois une certaine responsabilité aux CRSSS : l'étude, l'autorisation et le remboursement des demandes de réparations et de rénovations mineures...⁴⁴

Puis, entre 1977 et 1981 :

Le législateur et le gouvernement confient aux CRSSS [...] des mandats dont l'importance va en augmentant jusqu'en 1980 [...]. Le rôle d'organisme consultatif, [...] tend à s'estomper au profit de celui d'administrateur se situant entre le Ministère, d'une part, les établissements et la population, d'autre part.⁴⁵

⁴³ Gouvernement du Québec, *op. cit.*, pp. 166-167.

⁴⁴ Gouvernement du Québec, *op. cit.*, pp. 166.

⁴⁵ Gouvernement du Québec, *op. cit.*, pp. 167.

1.2.6 La loi de 1971 : sa raison d'être, son contenu, son impact

1.2.6.1 Raison d'être

La révision de la législation en 1970 amène l'adoption de plusieurs lois dont « La loi sur les services de santé et les services sociaux [...] ». Les principaux changements furent les suivants : l'accessibilité universelle aux services sociaux comme le stipule l'article 4 ». ⁴⁶

L'application de cette Loi est guidée par trois principes qui traversent le temps, à savoir : l'accessibilité, l'universalité et la continuité. Il en découle une obligation pour tous les centres hospitaliers de soins de courte durée, mais disposant d'au moins 200 lits, d'instaurer des lits de bénéficiaires de soins prolongés équivalant à 10 % des lits totaux.

1.2.7 La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon) (1985)

En juin 1985, le gouvernement du Québec crée la *Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. « Le mandat de la Commission Rochon était d'examiner le fonctionnement et le financement du système de santé et de services sociaux, vu l'écart évident entre les besoins de la population, les demandes d'ajouts de ressources des établissements et la capacité de payer de l'État. » ⁴⁷ D'autre part, *Une image chiffrée*, document du gouvernement du Québec, mentionne que :

La Commission proposera plusieurs mesures qui devront prendre appui sur trois grandes orientations : l'adoption d'une politique gouvernementale de la santé et du bien-être, la régionalisation du système de services et l'adoption

⁴⁶ Gouvernement du Québec, *op. cit.*, pp. 166-167.

⁴⁷ Gouvernement du Québec, *op. cit.*, pp. 166-167.

d'une « approche population », en particulier pour l'allocation des ressources et la prestation de services. Ces recommandations conduiront à la réforme du début des années 1990, basée sur une plus grande décentralisation administrative.⁴⁸

1.2.8 Pistes d'avenues issues du Rapport

Elle recueille ses informations à partir d'un programme de consultation à tous les paliers comme l'indique l'avant-propos du rapport : (nationale, régionale, experts québécois, experts hors Québec et organismes gouvernementaux et para-gouvernementaux) et son programme de recherche. D'autre part, « les travaux de la Commission Castonguay-Nepveu promettaient un bel avenir à la régionalisation et à la décentralisation ».⁴⁹ Issues de la conclusion, voici des pistes d'avenues :

La Commission souhaite introduire une nouvelle dynamique dans l'organisation des services de santé et de services sociaux [...], propose de recentrer les services autour de la personne [...], préconise que les services soient organisés en fonction des programmes axés sur des objectifs et résultats [...], confirme la mission du centre hospitalier pour le diagnostic, le traitement et la réadaptation [...], celle du centre de services sociaux [...], celle du centre d'accueil de réadaptation [...], fusionne les missions des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée [...], précise la mission du centre local de services communautaires [...], identifie treize centres hospitaliers universitaires et six instituts universitaires [...], estime essentiel le rôle des conseils d'administration des établissements [...], propose enfin qu'on attache une importance toute particulière à l'accessibilité linguistique et culturelle [...], propose également que les régies régionales de services de santé et de services sociaux desservant le territoire des communautés Inuit et Crie couvertes par les conventions soient placées sous la juridiction de leur gouvernement respectif [...], suggère de créer, au sein du Ministère, un service conseil.⁵⁰

⁴⁸ Gouvernement du Québec, « Une image chiffrée », dans Le système de santé et de services sociaux du Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 2001, p. 37.

⁴⁹ Gouvernement du Québec, Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Bibliothèque nationale du Québec, 1988, article 4, p. 164.

⁵⁰ Gouvernement du Québec, op. cit., pp. 542-544.

1.2.9 La Commission d'étude sur la main d'œuvre infirmière (CEMOSI) (1986)

Dans un texte sur *La main d'œuvre en soins infirmiers*, Côté (2002) précise que cette Commission, formée par madame Thérèse Lavoie-Roux, en 1986, a émis trente-huit recommandations qui « portaient sur la formation, les conditions de travail, de même que l'imputabilité, l'évaluation et l'information de gestion [...]. En août 1988, après une tournée de consultation et de discussion sur le rapport avec les groupes représentatifs et les intervenants du réseau, le ministre proposait son plan d'action. »⁵¹

Ce plan comporte des interventions touchantes : « l'adaptation des conditions de travail, l'amélioration de l'organisation du travail, la révision des modes de fonctionnement afin d'accroître la place des soins infirmiers dans la gestion courante [...] de l'établissement »⁵².

Il en ressort toute l'importance de la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers, de gérer la décroissance des effectifs, de mobiliser la relève tout en continuant d'offrir des services à la population.

1.2.10 La transformation du réseau – milieu (1990)

Transformer le réseau de la santé et des services sociaux implique de considérer les besoins de la population en mouvance, de s'adapter à de nouvelles réalités au travail, dans

⁵¹ Sous la direction de Olive Goulet, Clémence Dallaire et Édith Côté, « La main-d'œuvre en soins infirmiers », dans *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*, Gaëtan Morin Éditeur Ltée, 2002, pp. 56-57.

⁵² Gouvernement du Québec, « Proposition d'organisation des services médicaux de la région de Québec », rapport synthèse, 27 septembre 2002.

les façons de faire, tout en faisant des choix à la mesure de nos moyens. D'après « Une image chiffrée » du Gouvernement du Québec :

C'est autour d'un objectif commun que cette transformation va s'articuler : améliorer l'accessibilité aux services tout en consolidant la régionalisation. [...]. La réussite du projet repose sur la construction de réseaux intégrés établis sur la présence de points d'accès aux services de base sur le plan local [...] et sur la mise en place de mécanismes simples d'accès aux services spécialisés à l'échelon régional et aux services « super spécialisés » à l'échelle nationale.⁵³

Émergera de cette transformation,

L'adoption de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives [...] et la Loi sur l'assurance médicaments et modifiant diverses dispositions législatives [...] ou encore de gestes administratifs tels que les nombreux regroupements d'établissements et changements de missions, la création de l'Institut national de la santé publique et la restructuration du Ministère lui-même.⁵⁴

1.2.11 Une réforme axée sur le citoyen (1990)

Le 7 décembre 1990, le ministre Marc-Yvan Côté, au nom du gouvernement du Québec, présente la réforme du système de la santé et des services sociaux. Cette réforme tient compte entre autres, des énoncés du rapport de la Commission Rochon, des travaux de madame Thérèse Lavoie-Roux ainsi que des auditions de la Commission parlementaire (1990). Le document *Une réforme axée sur le citoyen* cite les trois défis s'y rattachant :

- Assurer un développement qui corrige les lacunes actuelles des services offerts à la population et qui permette de répondre aux besoins de demain ;
- Assurer un fonctionnement qui rende le réseau de la santé et des services sociaux plus efficient dans l'utilisation des ressources et plus efficace dans la solution des problèmes de santé et de bien-être ;

⁵³ Gouvernement du Québec, « Une image chiffrée », dans Le système de santé et de services sociaux du Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 2001, pp. 38-39.

⁵⁴ Gouvernement du Québec, op. cit., p. 39.

- Assurer un financement qui maintienne un juste équilibre entre les dépenses du réseau et la capacité de payer de la collectivité.⁵⁵

D'autre part, les orientations s'appuient sur les besoins des citoyens d'où « l'objectif [...] de replacer le citoyen au CENTRE du réseau de la santé et des services sociaux, le citoyen étant vu sous trois angles : le citoyen consommateur, le citoyen décideur, le citoyen payeur ».⁵⁶

1.2.12 L'institution de la Régie régionale (1991)

L'avant-propos du *Rapport synthèse – proposition des services médicaux de la région de Québec* précise que :

Le gouvernement du Québec a institué en 1991, avec l'adoption de la Loi sur les services de santé et de services sociaux, une régie régionale de la santé et des services sociaux pour chaque région. La régie régionale a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer dans la région les programmes de santé et de services sociaux établis par le Ministère. Elle a [...] le mandat d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services. Elle assure [...] la coordination des activités médicales [...], la coordination des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées.⁵⁷

1.2.13 Politique de la santé et du bien-être (1992)

Le document *La santé et les services sociaux – enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation* indique que la politique de santé et de bien-être, adoptée en 1992, est « venue rappeler à l'ensemble des acteurs du système que la raison d'être de leurs

⁵⁵ Gouvernement du Québec, « Une réforme axée sur le citoyen », ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, pp. 9-10.

⁵⁶ Gouvernement du Québec, *op. cit.*, p. 12.

⁵⁷ Gouvernement du Québec, « Proposition d'organisation des services médicaux de la région de Québec », rapport synthèse, 27 septembre 2002.

interventions est l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ». À cet égard, « la diversité des problèmes sur lesquels nous devons agir ont été déterminés [...]. Ces objectifs sont : en adaptation sociale, en santé physique, en santé publique, en santé mentale et en intégration sociale ».⁵⁸

1.3 Les réformes récentes : leur étendue, leur impact

1.3.1 Le virage ambulatoire (1996)

Issu du document *La santé et les services sociaux, enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation*, la définition du virage ambulatoire réfère à « une multitude de pratiques qui constituent des alternatives à l'intervention centrée sur le complexe médico-hospitalier [...] alors que les nouvelles technologies permettent de réorienter autrement – c'est-à-dire dans la communauté – les services requis par la personne ». Atteindre cet objectif implique « le développement de pratiques de groupes appuyées par des ressources de maintien accrues, le décloisonnement des pratiques professionnelles, l'accent sur le soutien psychosocial, la mise à profit des derniers développements du côté des technologies de l'information ». D'autre part, « les différentes transitions qu'implique le virage ambulatoire s'effectuent très rapidement, bouleversant les façons de donner les services, les approches cliniques et les relations entre parents et thérapeutes ». Changer les façons de faire sous-tend des enjeux majeurs de gestion ; citons :

⁵⁸ Gouvernement du Québec, « Sommet sur l'économie et l'emploi », dans *La santé et les services sociaux, enjeux et orientations d'un système en transformation*, Bibliothèque nationale du Québec, 1996, pp. 7-8.

- La gestion de l'épisode de soins [...] ;
- Les durées de séjours ;
- Un réexamen des procédures d'examen et de traitement ;
- La gestion du processus administratif ;
- La gestion des processus cliniques.

Un impact majeur de ce virage réside dans la baisse des durées de séjours qui amènera la révision de l'utilisation des lits de courte durée.⁵⁹

1.3.2 Commission d'étude sur la santé et les services sociaux (2000)

Mandaté par le gouvernement du Québec, le 15 juin 2000, monsieur Michel Clair préside la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux. L'avant-propos du *Rapport et recommandations*, adressé au ministre d'état à la Santé et aux Services sociaux, le 18 décembre 2000, indique que son mandat consistait à tenir un débat sur les enjeux auxquels fait face le système de santé et de services sociaux et à proposer des avenues de solutions pour l'avenir. Le financement et l'organisation des services ont été au cœur des débats et ont mis en relief deux obligations – choisir et performer – avec une nouvelle vision d'avenir. Afin de favoriser l'organisation des services en devenir, le réseau privilégie de décider, d'agir, d'évaluer et d'ajuster.

Trente-cinq recommandations émergent de ce rapport. Les principales conditions de succès sont :

⁵⁹ Gouvernement du Québec, *op. cit.*, p. 25.

- Que les valeurs fondamentales des québécois soient respectées dans ce qui sera fait ;
- Qu'il y ait une vision gouvernementale qui soit dégagée et ;
- Qu'elle soit combinée à une adhésion de la part des principaux acteurs ;
- Qu'on se donne un plan d'action réaliste ;
- Qu'on effectue une stabilisation budgétaire ;
- Qu'existe chez tous les intervenants du secteur et les grands groupes que sont les syndicats et les fédérations de médecine, l'envie de s'approprier ce rapport pour le rendre effectif et efficace.⁶⁰

1.3.3 Adoption de mesures législatives (2001)

Les faits marquants de l'évolution du système sont dans l'adoption de la Loi sur la santé publique (ancienne loi 197), l'adoption du projet de loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et celle du projet de loi numéro 28 qui, selon le *Rapport annuel 2001-2002* de la RRSSS de Québec

Venant modifier substantiellement la Loi sur les services de santé et les services sociaux [...] a eu comme premier effet la nomination d'un président directeur général, la mise en place de nouveaux conseils d'administration des régies régionales et la nomination des membres de ses conseils d'administration par le gouvernement du Québec.⁶¹

D'autre part, suite à des modifications législatives, est créée la *Commission régionale infirmière* qui, selon le rapport précédemment cité, a comme responsabilité de :

Donner des avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main d'œuvre infirmière [...], porte aussi sur certaines questions relatives à l'accessibilité et la coordination de services [...], impliquant les soins infirmiers, sur les approches

⁶⁰ Centre hospitalier universitaire de Québec, Jacinthe Lavigne, « Entrevue avec Michel Clair », dans *Santé en tête.*, vol. 3, n° 2, 2001, p. 21.

⁶¹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, dans *Rapport annuel des activités 2001-2002*, p. 71.

novatrices de soins et leurs incidences [...] et finalement, sur l'exécution de tout autre mandat...⁶²

1.3.4 Comité sur l'organisation des services médicaux de la région de Québec – Rapport Gabrièle (2002)

Présidé par le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux et en lien avec le *Rapport sur l'organisation des services médicaux de la région de Québec*, ce comité a

Pour mandat de revoir l'organisation de l'ensemble des services médicaux en santé physique et mentale de Québec, en tenant compte de l'enseignement et de la recherche, et de proposer les aménagements requis afin de corriger ou d'améliorer les situations problématiques identifiées par le comité, de renforcer les acquis et d'optimiser les services, et cela, dans des perspectives de court, moyen et long terme.⁶³

1.3.5 Les ententes de gestion (2003)

Mantha, dans son article *Les ententes de gestion, une réelle occasion à saisir ?*, mentionne que

Tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux discutent actuellement d'ententes de gestion. On parle de contrat de performance entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les régies régionales ainsi que d'ententes de gestion entre ces dernières et les établissements [...]. L'objectif est d'arriver de convenir en début d'année, des services qui seraient rendus [...] et des ressources qui seront affectées à chacun pour ce faire.⁶⁴

⁶² Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, *op. cit.*, p. 127.

⁶³ Gouvernement du Québec, dans *Proposition d'organisation des services médicaux de la région de Québec*, le 27 septembre 2002, p. 4.

⁶⁴ Association des hôpitaux du Québec, dans *Artère*, vol. 21, n° 1, février 2003, p. 1.

1.4 La mission du ministère de la Santé et des Services sociaux (2002)

1.4.1 La mission

À partir du *Rapport annuel de gestion 2001-2002 – Gouvernement du Québec*, la mission du Ministère s'énonce ainsi :

Maintenir, améliorer et restructurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

La population du Québec concernée par les services de santé et de services sociaux offerts se répartit ainsi : enfants, jeunes, familles et personnes âgées. Extraites de ce rapport, voici quelques statistiques démontrant l'utilisation des services :

Six millions de personnes (plus de 80 % de la population du Québec) reçoivent annuellement des services médicaux.

L'ensemble des Québécoises et des Québécois bénéficie d'une couverture pour leurs médicaments, plus de trois millions d'entre eux sont assurés par le régime public.

Plus de 675 000 personnes sont admises en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ; 12 % des hospitalisations sont rendues nécessaires en raison de problèmes de santé mentale.

Au-delà de 400 000 chirurgies sont pratiquées chaque année ; dont près de 60 % de chirurgies d'un jour.

Plus de 170 000 personnes âgées reçoivent des services à domicile alors que plus de 36 000 personnes sont hébergées dans les CHSLD.

Environ 12 000 familles dont un enfant est handicapé, obtiennent des services de répit, de gardiennage et de dépannage.

Plus de 23 000 personnes reçoivent des services dans des centres de réadaptation.

Plus de 105 000 demandes de services sont acheminées aux centres jeunesse. Environ 50 000 d'entre elles sont traitées à titre de signalement. De celles-ci, 25 000 sont retenues en vue d'effectuer le suivi de quelque 10 500 enfants

considérés comme étant dans une situation où leur sécurité et leur développement sont compromis.

Environ 25 000 personnes, alcooliques et toxicomanes, reçoivent des services de réadaptation.

Des actions en matière de prévention de la santé publique sont menées auprès de plusieurs groupes de la population. Par exemple, plus de 1,2 millions de personnes sont vaccinées annuellement contre diverses infections.

Comme vous pourrez le constater à l'annexe 1, le système de santé et des services sociaux du Québec se répartit en sept directions régionales pour supporter sa responsabilité dans l'application de plusieurs lois et règlements, incluant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, sur laquelle s'appuient entre autres les dix-huit régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS). Selon le *Rapport annuel de gestion, 2001-2002*, Gouvernement du Québec, le réseau se compose :

- 478 établissements, dont 349 publics et 129 privés
- 147 centres locaux de services communautaires (CLSC)
- 118 centres hospitaliers (CH)
- 20 centres jeunesse (CJ)
- 317 centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)
- 91 centres de réadaptation (CR)
- 3 500 organismes communautaires subventionnés
- 800 cliniques médicales d'omnipratique.

Afin de réaliser sa mission, le réseau de la santé et des services sociaux s'appuie sur une main d'œuvre imposante d'environ 10 % de toute la main d'œuvre au Québec :

- 222 500 personnes dont 9 500 cadres et 213 000 personnes syndiquées ;
- Plus de 20 000 professionnelles et professionnels actifs reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

1.4.2 Piste d'avenir reliée au système de santé et de services sociaux

Lors du dépôt du *Rapport annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001-2002*, le ministre d'état à la Santé et aux Services sociaux transmet ainsi son message à la présidente de l'Assemblée nationale :

Nous espérons qu'une plus grande cohésion de tout le personnel du réseau autour de ces priorités favorisera une plus grande efficacité des moyens à notre disposition et contribuera surtout à maintenir la confiance que la population doit conserver envers son système de santé.⁶⁵

Ces nouvelles orientations ont une influence directe sur la culture organisationnelle et régissent les employés du réseau.

1.4.3 Plan stratégique 2001-2004 du MSSS

Afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population et de permettre l'évolution des services, le Ministère considère, dans son plan stratégique, les cinq orientations suivantes :

1. Convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs.
2. Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources.
3. Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, de moyens informationnels adéquats et de méthodes de budgétisation appropriées.
4. Stabiliser le financement des services de santé et de services sociaux ainsi que la croissance des dépenses.
5. Clarifier les responsabilités des différentes activités et accroître leur imputabilité.⁶⁶

⁶⁵ Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèque nationale du Québec, 2001, p. 27.

⁶⁶ Gouvernement du Québec, op. cit., p. 27.

1.4.4 Projets de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La nouvelle réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux préconise entre autres :

- La disparition des régies régionales de la santé et des services sociaux pour faire place aux agences régionales ;
- La fusion d'établissements : centre hospitalier (CH), centre hospitalier de soins longues durées (CHSLD) et centre local de services communautaires (CLSC) ;
- La création de quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

Lafleur (2003) cite la vision d'un système de santé selon le ministre Couillard :

Ce que je propose comme changement nous invite tous et toutes dans le réseau de la santé et des services sociaux à nous mettre au service des patients. Il y a peut-être d'autres solutions que celles que je propose : je suis prêt à les entendre en autant qu'elles rejoignent cette préoccupation de toujours mieux servir les patients.⁶⁷

En référence au projet de loi 30, déposé le 11 novembre 2003 devant l'Assemblée nationale, Adam (2003) fait remarquer :

Nous souhaitons depuis longtemps simplifier la gestion des conventions collectives et introduire plus de souplesse dans la gestion des ressources humaines de nos établissements [...]. Les modalités retenues devront permettre aux gestionnaires de bénéficier d'une marge suffisante pour négocier les conditions de travail de leur personnel et assumer pleinement la gestion dont on les tient, de toute façon, responsables. En outre ces modalités doivent faire place au respect auquel le personnel de nos établissements est en droit de s'attendre.⁶⁸

⁶⁷ Centre hospitalier universitaire de Québec, « À la santé des québécois », dans Santé en tête, automne 2003, p. 15.

⁶⁸ Association des hôpitaux du Québec, dans Artère, vol. 21, n° 9, novembre 2003, p. 1.

1.5 La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux : projet de loi n° 25

1.5.1 Les deux grands principes

Dans un article de la revue *Artère*, Boucher (2004) interroge monsieur Philippe Couillard au sujet de la Loi 25, et celui-ci mentionne que :

[...] la loi repose sur deux grands principes. Le premier a trait à la responsabilité populationnelle et veut que, sur un territoire donné, une organisation unique ait le mandat d'organiser les services de base en santé et les services sociaux pour sa population. Le deuxième principe est la hiérarchisation des soins par le biais de l'Agence régionale ou la circulation des patients entre la première, la deuxième et la troisième ligne.⁶⁹

1.5.2 Les cinq conditions de réussite

Pour sa part, dans la même revue et sous le titre « La réorganisation du réseau de la santé : quelques conditions de réussite », Adam (2004) ajoute « L'AHQ croit qu'il faut apporter une attention toute particulière à la mise en œuvre de la réorganisation et insiste sur cinq conditions qui, si elles sont négligées, risquent de compromettre la réussite du projet. ». Ces conditions s'énumèrent ainsi :

Première condition, il faut protéger les budgets et les services de première ligne [...]. Deuxième condition, les instances locales devront compter sur un financement à la bonne hauteur, en fonction des programmes et des services qu'elles dispenseront [...]. La troisième condition de réussite réside dans l'accompagnement qui sera offert aux gestionnaires et aux professionnels de la santé [...]. Quatrième condition, la participation active des médecins de famille et de la pratique privée dans les réseaux locaux [...]. Dernière condition, le développement de systèmes d'information qui permettent la libre circulation de l'information entre les professionnels et entre les gestionnaires.⁷⁰

⁶⁹ Association des hôpitaux du Québec, dans *Artère*, vol. 22, n° 1, février 2004, p. 1.
⁷⁰ Association des hôpitaux du Québec, dans *Artère*, vol. 22, n° 2, mars 2004, pp. 1-2.

1.6 Perspectives d'avenir

Chaque établissement de santé avec sa culture propre et ses valeurs ayant défini sa façon d'être et d'agir doit tenir compte de son passé et de sa vision de l'avenir dans les prestations de services. C'était les usagers aussi bien que les médecins et le personnel qui animaient la vie de l'établissement. En redéfinissant la mission des établissements, le ministère de la Santé et des Services sociaux oblige tous les intervenants du réseau à réviser leur façon de faire et à travailler plus que jamais en complémentarité. Cependant, lorsque les liens complémentaires font en sorte que les gens deviennent au service du même employeur, les écarts de culture et de valeurs apparaissent, et l'unité de pensée est loin d'être évidente. Selon Desrosiers (2004) « les fusions ont des conséquences qui vont au-delà du simple exercice administratif : les planificateurs sous-estiment toujours les aspects affectifs, culturels et même identitaires associés à l'établissement employeur ». ⁷¹

De plus, ce sont les politiciens et les administrateurs qui ont favorisé les changements de mission des établissements, et l'humain pris dans le système se retrouve dans un cheminement qu'il n'avait pas prévu. Ceci implique une remise en question de tous : le client qui selon la mission des établissements de santé à un client-réseau de services intégrés ; puis les décisions organisationnelles devront faire l'objet d'un tandem médico-administratif tandis que les gestionnaires élargiront leurs champs d'activités et devront redéfinir leur approche dans la gestion des ressources humaines, tant par l'aspect intergénérationnel que par la situation de pénurie de la main-d'œuvre infirmière.

⁷¹ Revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, vol. 1, n° 3, janvier-février 2004, p. 7.

L'humain confronté à des situations non souhaitées comme certains changements en rapport avec les contraintes budgétaires, la modification à la mission de l'établissement de santé, l'intégration ou la fusion de services joint à une remise en question des tâches devra être solidaire, tant pour s'adapter qu'influencer ce qu'il peut transformer de contrainte à opportunité.

Qu'advient-il alors des valeurs de jadis telles le respect, la compassion, écarter l'injustice, le désir de servir par rapport aux nouvelles valeurs comme l'autonomie, l'efficacité, l'efficience, les droits individuels, l'épanouissement des personnes ? Comment les ressources humaines du réseau de la santé et des services sociaux seront-elles considérées et mises à contribution dans une prestation renouvelée de soins et de services ?

Le tiers du budget de la province de Québec est alloué aux dépenses du système de santé. Or, il n'est plus possible de continuer ainsi parce que l'argent devient une rareté, que l'évolution technologique amène de nouvelles façons de faire, que les suppressions de personnel deviennent inévitables, tandis que le temps de séjour hospitalier doit être réduit ainsi que le nombre et le type de lits révisés. De plus, le vieillissement de la population nous incite à redéfinir les besoins de nos aînés et à effectuer un suivi systématique de cette clientèle. Donc, il faut prévoir ce qui s'en vient et reconnaître que la distribution de l'enveloppe budgétaire exigera des efforts considérables et aura aussi des conséquences inévitables autant sur la population que sur les intervenants de la santé et des services sociaux.

Le chapitre suivant traitera des valeurs en cause *D'hier à aujourd'hui*. Nous étudierons les valeurs des Augustines ainsi que celles de la Loi sur les services de santé et de services sociaux, pour en dégager les valeurs d'aujourd'hui. Nous y définirons la notion de valeur, pour en arriver à hiérarchiser, à clarifier les valeurs qui président à la gestion du système hospitalier.

CHAPITRE 2

Au-delà des siècles, le jeu des valeurs

Après avoir réuni les principales étapes du contexte historique, du développement du réseau hospitalier, notre attention portera sur les valeurs qui ont amené, influencé et motivé les décideurs. Pour ce faire, l'identification des valeurs en jeu d'autrefois à aujourd'hui nous apportera un éclairage menant à préciser la valeur retenue pour guider l'action, tant dans les grandes orientations que dans l'agir au quotidien.

Durand, Duplantie, Laroche, Laudy (2000) citent Walker :

Nous devons aux Romains une innovation qui survit encore de nos jours : l'hôpital. Le premier est édifié sur l'île de Teberina [...]. L'extension à travers l'empire de ce type d'institution est due à l'armée. Chaque légion possède son officier médecin et parfois son hôpital [...]. On a aussi trouvé à Pompéi, des demeures de médecins ayant pu servir de clinique privée pour malades fortunés et, à Rome même, il y a des infirmières pour civils, indigents.⁷²

En référence à la période de l'Antiquité, ces auteurs précisent que « pendant des milliers et des milliers d'années, la pratique des soins se rattache aux activités de la femme lors des incidents qui tissent la trame de la vie quotidienne et lors d'événements particu-

⁷² Guy Durand, André Duplantie, Yvon Laroche, Danielle Landy, dans Histoire de l'éthique médicale et infirmière, Les presses de l'Université de Montréal, Éditions INF, 2000, p. 26.

liers, comme la maternité, la maladie, la vieillesse, la mort. »⁷³ Ceci réfère la femme à titre de soignante, tant par son implication de sage-femme, de ses connaissances de l'utilisation des plantes dans le traitement que par le partage du savoir entre femmes sur la façon de guérir, tandis que :

Durant le Haut Moyen Âge, comme dans l'Antiquité, il existe plusieurs types de soignants. Médecins, chirurgiens, barbiers, apothicaires, herboristes, sages-femmes, aides médicaux, surveillants de bains, exorcistes, moines et moniales exercent à leur façon les fonctions d'un médecin généraliste moderne.⁷⁴

Ainsi, selon leurs responsabilités respectives, diverses personnes se prévalent du droit de « soigner ». Mais quelles étaient les valeurs qui sous-tendaient une telle implication ?

Durand, Duplantie, Laroche, Laudy (2000) poursuivent : « Le précepte de l'amour du prochain [...] s'est exprimé tout naturellement dans le soin du blessé, du malade, du miséreux, du prisonnier, etc. » S'ajoutent à cette valeur chrétienne, le respect de la vie et la « rédemption de l'âme » qui s'obtiennent par les œuvres de la miséricorde qu'ils décrivent comme étant « nourrir, abreuver, accueillir, vêtir, soigner, visiter, ensevelir les morts ».⁷⁵

2.1 Valeurs d'autrefois

Durand, Duplantie, Laroche, Laudy (2000) retracent l'origine de l'organisation des soins :

⁷³ Guy Durand et coll, *op. cit.*, p. 23.

⁷⁴ Guy Durand et coll, citant Park, *op. cit.*, p. 65.

⁷⁵ Guy Durand et coll, *op. cit.*, p. 46.

L'histoire des soins commence avec celle des espèces vivantes [...] à cinq ou six millions d'années. Et cette histoire se construit autour du souci permanent d'assurer la continuité de la vie. Soigner..., veiller à... représentent un ensemble d'actes qui ont pour but d'entretenir la vie des êtres vivants, de permettre à celle-ci de se développer et de lutter contre la mort, celle de l'individu autant que celle du groupe, de la communauté, voir de l'espèce.⁷⁶

Ces auteurs mentionnent qu'à l'ère du christianisme, « les soins aux malades et aux indigents prennent de l'importance »

Ces infirmières [...] s'efforcent de pratiquer l'art des soins [...] tout en faisant preuve d'une grande compassion à l'égard des souffrants, des pauvres et des prisonniers. À cette époque, la richesse était valorisée et les femmes nobles « douées de leadership social », créent des hôpitaux et des couvents.⁷⁷

À cette époque, les valeurs « bienfaisance » et « écarter l'injustice » étaient en relation avec la pratique médicale ainsi que « la compétence dans l'art de guérir ». D'une part, l'influence chrétienne impliquait pour les malades que « les chrétiens se font un devoir de les soigner, de les nourrir, de les désaltérer ». D'autre part, « [...] l'esprit chrétien a donné naissance à beaucoup d'hospices et d'hôpitaux. [...] Soigner relève du don de soi et requiert une générosité qui peut être sans limite ».⁷⁸

À la fin du Moyen Âge, la formation médicale fait partie des universités, mais il n'y a pas d'école de sciences infirmières. À cette époque, des soignantes proviennent des communautés religieuses. En ce sens, les valeurs reliées à leur entrée en communauté

⁷⁶ Guy Durand et coll, *op. cit.*, p. 23.

⁷⁷ Guy Durand et coll, *op. cit.*, p. 26.

⁷⁸ Guy Durand et coll, *op. cit.*, pp. 46-47.

influencent leur formation hospitalière et l'organisation des services, tant par « l'attitude de compassion » que par l'évaluation morale des actes et des interventions concrètes.

Compte tenu que les soins aux malades découlaient des œuvres de la miséricorde, celles-ci s'exprimaient par la « charité fraternelle » tandis que pour les prêtres « veiller sur la qualité du service » faisait partie des règles. Les valeurs associées aux soins des malades, pour le dirigeant, se définissaient ainsi : « Doit être d'une fiabilité à toute épreuve, renommé pour [...] sa diligence et sa sollicitude dans l'exercice de ses fonctions. », selon Durand, Duplantie, Laroche et Laudy (2000).⁷⁹

Quant à la valeur « compassion », ces auteurs la définissent comme « une attitude fortement prêchée et présentée comme essentielle à la pratique soignante ». S'ajoutent « le souci de protection et de préservation de la vie humaine [...], le respect de la vie [...], le respect du secret [...], la charité [...], le respect de la personne ». ⁸⁰

Lorsque les laïcs s'impliquent dans les soins, à l'époque de Florence Néghingale, ils s'expriment concrètement :

Quant au modèle de la profession infirmière initié à l'époque de Florence Néghingale, il met en relief que pour « être infirmière, c'est avant tout embrasser une vocation vouée à la compassion et caractérisée par un travail ardu et exigeant. ⁸¹

⁷⁹ Guy Durand et coll, op. cit., p. 87.

⁸⁰ Guy Durand et coll, op. cit., p. 87.

⁸¹ Guy Durand et coll, op. cit., p. 224.

2.2 Notion de valeur

Pour les valeurs, nous référons aux tableaux 1 et 2. Proulx (1994), dans *Les valeurs et le sens de l'existence*, cite Lavelle : « La considération de la valeur oblige le moi à s'interroger non plus sur la représentation, mais sur l'existence, car ce qui vaut, ça ne peut être que l'existence elle-même en tant qu'elle se veut et qu'elle veut ses propres déterminations »⁸² et il poursuit :

On peut dire que le mot valeur s'applique partout où nous avons affaire à une rupture de l'indifférence ou de l'égalité entre les choses, partout où l'une d'elles doit être mise avant une autre ou au-dessus d'une autre, partout où elle lui est jugée supérieure et mérite de lui être préférée. [...] Ainsi, poser la valeur, c'est poser nécessairement une échelle de valeurs dont chaque échelon est lui-même une étape d'un progrès infini...⁸³

Proulx (1994) présente un groupe de valeurs socio-historiques : biologiques, mentales et spirituelles, d'où découlent des valeurs économiques, politiques, sociales, culturelles et religieuses et qui se transforment en valeurs particulières dont par exemple « travail, respect des droits et libertés de la personne, souci du bien commun, sens de la collaboration, respect des autres, ouverture aux autres »⁸⁴

Mais avant de recenser les valeurs *D'hier à aujourd'hui*, il est intéressant de voir comment se créent des valeurs. Selon Proulx (1994), la conception d'une valeur remonte à

⁸² Bernard Proulx, dans *Les valeurs et le sens de l'existence* citant Louis Lavelle, Collection Philosophie, Éditions Les Greffons d'argile, Sainte-Foy : Québec, 1999, p. 11.

⁸³ Bernard Proulx, *op. cit.*, pp. 43 et 124

⁸⁴ Bernard Proulx, *op. cit.*, p. 11.

Aristote (384-322 av. J.-C.) ; il est question du « type de conception issu de la tradition de pensée de l'homo sapiens ». Sapiens signifiant « capable de penser », c'est l'animal « raisonnable », disait Aristote. À partir du moment où l'homme est en mesure « d'aller au-delà de la matérialité des choses », il prend conscience de lui-même et de son environnement. L'auteur poursuit : « cette conscience le rend créateur de valeurs : il formule des lois et des règles [...], est capable d'activités réflexives et rationnelles [...], de créer des savoirs conceptuels, théoriques et abstraits». ⁸⁵

Quant à Paquette (2002), il met en relief l'impact des valeurs sur l'humain :

Actuellement, les valeurs qui dominent exercent une telle pression sur les individus et les groupes qu'on ne peut en ignorer les effets. Qui peut prétendre n'être jamais influencé, interpellé ou bousculé par les appels à la performance, à la productivité et à la rentabilité. ⁸⁶

La curiosité nous pousse à comprendre comment s'observent les valeurs : « ... à travers les gestes, les routines, les comportements, les expériences et les attitudes. » ⁸⁷

D'autre part, Racine, Legault, Bégin (1991) mentionnent que « la valeur visée par un comportement n'est jamais évidente tant qu'on n'a pas l'ensemble des valeurs dans une situation. » ⁸⁸. Ceci fait référence à l'impact d'une valeur qui pousse à agir, à épouser un certain type de comportement, à exprimer le sens d'un choix. De là, découlent des actions concrètes qui donnent un sens selon une ou plusieurs circonstances. Ainsi la valeur

⁸⁵ Bernard Proulx, *op. cit.*, p. 11.

⁸⁶ Claude Paquette, *dans Pour que les valeurs ne soient pas du vent*, Éditions Contreforts / Claude Paquette, 2002, p. 11.

⁸⁷ Claude Paquette, *op. cit.*, p. 12.

⁸⁸ Racine, Legault, Bégin, *dans Éthique et ingénierie*, McGraw-Hill Éditeurs, 1991, p. 61.

exprime le sens d'un choix, permet d'en identifier les raisons ainsi que la motivation s'y rattachant. Privilégier une valeur sous-tend de la préciser au détriment des autres et implique de considérer les attentes d'un groupe ciblé. Face à la décision, la préférence marquée par une valeur doit s'expliquer et éclairer le raisonnement.

Pour sa part, Kremer–Marietti (1995) s'interroge :

On peut se demander s'il existe une vérité des valeurs. Devant une hiérarchie des valeurs [...], il est moral et logique de s'interroger sur la véritable hiérarchie [...], de même en va-t-il pour une philosophie des valeurs. Et demandons-nous si [...] les valeurs éthiques ont une valeur de vérité. La réflexion axiologique peut s'étendre à l'idée de vérité : telle fut l'interrogation explosive de Nietzsche.⁸⁹

Proulx (1994) définit plusieurs valeurs pertinentes pour le propos développé ici.

Cependant, ce sont les valeurs suivantes qui retiennent l'attention :

- Valeurs socio-historiques :

Travail : toute forme d'activité déployée par un gestionnaire ou un employé [...] qui permet [...] d'offrir un service à la collectivité moyennant pour le travailleur ou la travailleuse une rémunération ou un salaire décent.

Justice : égalité des privilèges et des droits de tout citoyen devant les lois, reconnue par tous les paliers du pouvoir politique quels que soit son sexe, sa race ou son âge.

⁸⁹ Angèle Kremer-Marietti, « Que sais-je ? », collection encyclopédique, dans La morale, Presses universitaires de France, 1995, p. 109.

- Valeurs interpersonnelles :

Respect d'autrui : sentiment qui porte à accorder à quelqu'un une considération admirative en raison de la valeur qu'on lui reconnaît même si celui-ci véhicule des valeurs différentes des nôtres.

Compassion envers autrui : capacité ou attitude [...] d'aider l'autre au-delà de toute considération de profit et sans tenir compte de sa race, de son sexe, de son statut social, etc.

- Valeurs personnelles :

Authenticité : capacité de ne jamais se mentir à soi-même.

Sens des responsabilités : capacité à percevoir ce que sont ses obligations d'être humain [...] de citoyen [...] accompagnée de la volonté ferme de respecter celle-ci en s'y conformant.⁹⁰

Puis, il reprend une citation de Jolivet :

[...] l'homme doit inventer les valeurs pour lesquelles il s'accomplit de plus en plus pleinement à la fois dans sa réalité historique et dans sa singularité personnelle. L'histoire de l'humanité est le champ illimité de cet effort laborieux par lequel l'homme en invitant les valeurs s'invente lui-même et devient proprement ce qu'il est.⁹¹

2.3 Valeurs des Augustines de la Miséricorde de Jésus

Rousseau (1989) écrit : « Au moment de la fondation de l'Hôtel-Dieu, hôpital rime d'abord avec charité. C'est une caractéristique héritée de ses origines médiévales, alors que

⁹⁰ Bernard Proulx, op. cit., pp. 109-115.

⁹¹ Bernard Proulx, op. cit., p. 91.

les hôpitaux sont un lieu de rédemption tout autant pour le pauvre dans sa maladie que pour le personnel soignant. »⁹²

Pour leur part, Durand, Duplantie, Laroche, Laudy (2000) notent qu'au Moyen Âge :

Le soin aux malades fait partie des œuvres de la miséricorde [...], ressort de la charité fraternelle [...]. La compassion est aussi une attitude fortement prêchée et présentée comme essentielle à la pratique soignante. Elle est vue [...] comme une exigence de l'amour du prochain et de l'amour de Dieu [...] commandée par la reconnaissance de la dignité de la personne humaine et du respect qui lui est dû.⁹³

Il faut remonter à cette époque où, disent-ils, « la tradition des Sœurs Augustines commence à s'établir ». Bien que la vie spirituelle occupait une grande place, prioritairement « les soignants au service des malades devaient s'occuper des malades et ce, même avant de participer à la messe ».⁹⁴

Vanier (1989), dans une conférence intitulée *Hôtel-Dieu, lieu d'hospitalité et d'interpellation*, pour souligner les fêtes du 350^e anniversaire de la fondation de L'Hôtel-Dieu de Québec, relate l'histoire :

Hôtel-Dieu, Hôtel-Dieu – « Maison Dieu », on disait aussi. Lieu donc de l'hospitalité de Dieu-lieu où l'on exerce l'hospitalité, l'accueil au nom de Dieu... En 1639, voilà 350 ans, comment était-elle cette Maison Dieu, Hôtel-Dieu ? [...]. Je pense que ces femmes françaises, ces Augustines, portaient

⁹² François Rousseau, dans *La croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de L'Hôtel-Dieu de Québec II : 1892-1989*, Sillery : Éditions du Septentrion, 1989, p. 398.

⁹³ Guy Durand, André Duplantie, Yvon Laroche, Danielle Landy, dans *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*, Les presses de l'Université de Montréal, p. 87.

⁹⁴ Guy Durand et coll., *op. cit.*, p. 87.

l'essentiel en elles [...], car elles étaient habitées par l'amour de Dieu et le désir de servir.⁹⁵

Desrosiers (1986), dans un article *Une pratique humaniste : un rêve réalisable ? un rêve utopique* », cite :

Depuis Florence Nightingale, le 21 octobre 1854, à Londres, jusqu'à nos jours, la profession infirmière fut considérée comme une vocation. Au début, sans préparation académique, on pansait les soldats, on soulageait les indigents. C'est en 1860, que la première école d'infirmières vit le jour [...]. Les écoles infirmières traditionnelles ont développé l'art de former de « bonne infirmières » attentives, dévouées, soumises et consolatrices [...]. En plus de devenir d'habiles techniciennes, ces jeunes infirmières devaient « s'oublier pour soulager », « soigner pour sauver ».⁹⁶

Nous constatons que les valeurs en cause par les Augustines-de-la-Miséricorde-de-Jésus réfèrent à la condition humaine et à la dignité de l'être humain, qu'il soit souffrant et/ou démuné. À cet égard, la compassion, la charité, le respect de la personne occupent une place de choix, tandis que « le désir de servir » nous ramène davantage à la vocation religieuse qu'à la pratique infirmière. Pourtant, Florence Nightingale a toujours considéré la profession infirmière comme une vocation mettant en relief les valeurs de l'oubli de soi et de soigner pour le salut.

Ceci nous amène à tenter notre propre définition de la valeur ; principe convoité par un individu ou une collectivité visant une action concrète dans l'art de bien vivre.

⁹⁵ Thérèse Vanier, « Hôtel-Dieu, lieu d'hospitalité et d'interpellation », dans Conférence donnée dans le cadre des Fêtes du 350^e anniversaire de la Fondation de L'Hôtel-Dieu de Québec, 1989.

⁹⁶ Denise Desrosiers, « Une pratique humaniste : un rêve réalisable ? un rêve utopique ? », dans Actes du colloque – colloque L'éthique à venir : une question de sagesse ? une question d'expertise, Groupe de recherche Éthos, 1986, p. 169.

2.4 Valeurs d'aujourd'hui

Les Canadiens accordent une grande importance à la valeur « accès équitable aux services ». Roy, Williams, Dickens, Baudoin (1995) reprennent une citation de Robert Evans (1988) : « ... le système de santé canadien reflète un fort attachement à l'égalitarisme, associé à une confiance et un respect profond envers l'autorité dûment établie notamment envers l'autorité politique légitime et l'autorité professionnelle de ceux qui dispensent des soins. »⁹⁷

Quant à la répartition des ressources, les auteurs mentionnent l'importance de comprendre qu'outre les conditions économiques ou politiques, il y a « des interrogations fondamentales relatives à la justice et donc à l'éthique ».

De la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui a modifié diverses dispositions législatives en 1991 et 1992, nous retenons entre autres qu'elle : « a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes... »⁹⁸ Fortin (1996) « reconnaît facilement la présence de trois valeurs morales qui inspirent cette réforme : l'« autonomie », la « participation » et la « responsabilité » ». ⁹⁹ Mais pour s'offrir des services et des soins, il faut les payer et à la mesure de nos moyens, d'où l'im-

⁹⁷ Roy, Williams, Dickens, Baudoin, dans *La bioéthique, ses fondements et sa controverse*, Éditions du renouveau pédagogique, 1995, p. 375.

⁹⁸ Sous la direction de Pierre Fortin, dans *La réforme de la santé au Québec*, Cahier de recherche éthique 22, Fides, 1996. p. 35.

⁹⁹ Sous la direction de Pierre Fortin, *op. cit.*, p. 35.

l'importance de considérer deux autres valeurs notées par Fortin (1996) : l'efficacité et l'efficience.

Fortin (1996) traite de la santé comme « valeur sociale ». D'une part, il s'appuie sur les finalités que les systèmes de santé et de services sociaux mettaient en perspective : la promotion de la santé et du bien-être, l'équité ainsi que le respect des droits et de la dignité de la personne. En référence à la Commission Rochon, Fortin (1996) poursuit : « ces finalités trouvent leur source dans les grandes valeurs de notre société. »¹⁰⁰ D'autre part, il fait ressortir les découlements de la santé comme « valeur sociale » énoncés ainsi :

[...] l'on retrouve la présence de deux autres valeurs [...] : l'harmonie sociale et le développement social. Autour de l'harmonie sociale, gravitent les quatre valeurs suivantes : l'épanouissement des personnes, des groupes et des communautés locales, la démocratie, les droits individuels et le consensus. Autour du développement social, on observe principalement la présence de deux valeurs : le partage des biens et le partage des services.¹⁰¹

Dans les *Cahiers de recherche Éthique* 22, Tremblay (1999) note :

L'univers de la santé fait appel non seulement à la capacité de l'individu de faire des choix individuels et d'exercer les rôles sociaux propres à sa culture et à son groupe d'âge, mais il repose sur sa capacité de participer à la vie de sa communauté et aux décisions qui le concernent [...].¹⁰²

Cette reconnaissance du communautaire par la Loi sur les services de santé et les services sociaux n'est pas sans soulever de nombreuses questions ; conséquemment, elle

¹⁰⁰ Sous la direction de Pierre Fortin, *op. cit.*, p. 28.

¹⁰¹ Sous la direction de Pierre Fortin, *op. cit.*, p. 28.

¹⁰² Sous la direction de Pierre Fortin, *op. cit.*, p. 113.

invite à une grande vigilance. Divers enjeux d'ordre éthique sont en cause : « [...] aspects économiques, sociopolitiques ainsi que professionnels ». ¹⁰³

D'autre part, il est important de comprendre ce que recherchaient les employeurs. Ainsi Goleman (1998) cite : « Dans une enquête nationale consacrée aux desiderata des employeurs concernant leurs employés nouvellement recrutés, les compétences techniques spécifiques sont désormais moins importantes que l'aptitude à apprendre sur le terrain. » Après cela, les employeurs mentionnent :

- L'écoute et la communication orale.
- L'adaptabilité et les réponses créatives devant les revers et les obstacles.
- Le comportement personnel, la confiance, la capacité à se fixer un but et à travailler pour l'atteindre, la volonté de progresser et la fierté devant ses réussites.
- Une réelle aptitude aux rapports humains, à travailler en équipe, une capacité de négocier pour régler les différents.
- Un sens de la stratégie de l'entreprise, la volonté d'y apporter sa contribution, un potentiel de direction. ¹⁰⁴

Selon Giertz (1973) : « La culture réunit les aspects expressifs et affectifs de l'organisation en un système collectif de significations symboliques : les mythes, les idéologies et les valeurs. Elle comprend aussi le folklore organisationnel : cérémonies, coutumes, emblèmes, architecture, etc. » ¹⁰⁵ Les valeurs doivent s'exprimer par des actions

¹⁰³ Sous la direction de Pierre Fortin, *op. cit.*, p. 189.

¹⁰⁴ Daniel Goleman, dans *L'intelligence émotionnelle – 2*, 1998, pour la traduction française, Éditions Robert Lafont S.A., Paris 1999, p. 24.

¹⁰⁵ C. Giertz, dans *The interpretation of cultures*, New York, Basic Book, 1973, p. 44.

et les symboliques générées tout en tenant compte d'une interdépendance entre les valeurs individuelles et celles de l'organisation.

Regroupées sous le thème « valeurs modernes », voici les principales valeurs en cause :

VALEURS MODERNES	
Organisation	Individu
- La gestion des ressources humaines	- Le respect
- La planification stratégique	- L'épanouissement
- La formation	- La reconnaissance
- Le développement professionnel	- L'appartenance
- La qualité du service à la clientèle	- L'équité
- La visée de l'excellence	- La transparence
- La simplicité	- La qualité de vie au travail
- La flexibilité	- La créativité
- L'innovation	- L'autonomie
- L'amélioration des conditions de l'exercice du travail	- La participation
- L'éthique de travail	- La dignité humaine
- La solidarité	- L'écoute

Ainsi, gérer les valeurs dans la cohérence entre le discours et l'action est et sera le défi des gestionnaires pour faire des choix concertés, mais cela ne pourra se faire sans mobiliser les ressources humaines en cause, d'où découlent des moyens d'actions. Ce processus dynamique se traduit par la forme schématique qui suit :

INTRANT	PROCESSUS DE TRANSFORMATION	EXTRANT
Valeurs partagées	Communication des valeurs Compréhension individuelle et/ou collective Consensus	Valeurs en action

Ceci questionne la place des employés au sein du réseau de la santé et des services sociaux. En référence à un article paru dans *La Prose Santé* (1992), Veilleux (1992) précise :

Les modes de gestion développés durant le vingtième siècle ont amené les gestionnaires à considérer les travailleurs comme une ressource au même titre que le matériel et les finances. Pourtant, les entreprises compétitives et efficaces dans la turbulence des dernières décennies sont celles qui reconnaissent la valeur de leur personnel, qui l'utilisent dans le respect, bénéficiant de son potentiel immense.¹⁰⁶

Et il poursuit :

Avec le développement de la technologie et de la formation du personnel et l'évolution des valeurs sociales, les tâches sont devenues plus compartimentées, plus spécialisées, de sorte que de nombreux travailleurs dans un hôpital ne côtoient plus les malades et ils en viennent à ne plus relier leur dévouement à la raison d'être ainsi que les principes qui guident la communauté hospitalière dans son action auprès des malades, manifestant ainsi leur besoin de voir les orientations exprimées plus clairement et les valeurs du milieu.¹⁰⁷

Compte tenu que l'hôpital est en soi un milieu de travail, notre attention porte sur la signification du travail tout en identifiant les valeurs modernes, en nous interrogeant sur le sens du travail, et en nous inspirant des valeurs issues de la Loi sur les services de santé et

¹⁰⁶ L'Hôtel-Dieu de Québec, dans *La Prose santé*, vol. 2, n° 1, p. 27 et février 1992, p. 4.

¹⁰⁷ L'Hôtel-Dieu de Québec, *op. cit.*, p. 4.

de services sociaux. Par la suite, nous mettrons en évidence les valeurs en cause dans la restructuration de services.

Morin (2001) s'interroge sur « la signification du travail pour les Québécois : une activité utile (quelque chose qui profite aux autres) qui apporte une contribution à une société, qui ajoute de la valeur à quelque chose ». Elle poursuit sa réflexion en présentant le résultat de « ce que recherchent les Québécois dans leur travail », d'où notre intérêt de comprendre les valeurs en cause. Elle les regroupe en quatre points :

- i. Sécurité personnelle (dignité, sécurité physique, psychologique et financière)
- ii. Valorisation personnelle (coopération, reconnaissance, estime des autres)
- iii. Réalisation professionnelle (autonomie et développement professionnel)
- iv. Transcendance (altruisme, esthétique, contribution sociale)

Elle évoque également l'importance de « donner un sens à son travail » en tenant compte de la cohérence entre « les valeurs recherchées et les gestes posés ».¹⁰⁸

Cependant, la définition des valeurs n'est jamais faite une fois pour toutes. Au contraire, les valeurs se transforment par l'action et transforment les individus ainsi que la structure organisationnelle.

¹⁰⁸ Estelle M. Morin, « Une vision humaniste de l'organisation du travail », dans Conférence donnée lors du 3^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, 2001, pp. 5-7.

Quant à Goleman (1998), il cite Jaworski : « Si vous espérez des résultats vraiment exceptionnels, vous devez travailler à faire coïncider les aspirations et les valeurs individuelles du personnel avec celles de l'entreprise. »¹⁰⁹

Pauchant (2000) et ses collaborateurs notent : « De plus en plus, un grand nombre de personnes trouvent encore des sens à leur travail ; surtout si celui-ci leur procure un sentiment d'actualisation et d'accomplissement et correspondant à leurs valeurs profondes. » Ces auteurs réfèrent au philosophe Taylor en lien avec la société moderne : « Notre époque comporte à la fois des possibilités inégalées et des problèmes majeurs ; d'où l'expérience d'un profond malaise, d'une ambivalence entre l'espoir et le désespoir, d'où la quête des sens. » et poursuivent : « Un bon nombre de personnes travaillant en entreprise sont aptes à actualiser leur transformation, à concrétiser leur quête de sens [...], de plus en plus d'employés et de gestionnaires désirent intégrer dans leur entreprise des valeurs éthiques et spirituelles. »¹¹⁰

2.4.1 Les valeurs issues de la Loi sur les services de santé et de services sociaux

En référence à la réforme du réseau de la santé et des services sociaux, Benoît (2000), dans un chapitre du livre *Pour un management éthique et spirituel*, note des éléments de contexte :

¹⁰⁹ Daniel Goleman, dans *L'intelligence émotionnelle – 2*, 1998, pour la traduction française, Éditions Robert Lafont S.A., Paris 1999, p. 83.

¹¹⁰ Thierry C. Pauchant et collaborateurs, dans *Pour un management éthique et spirituel*, Éditions Fides, 2000, sauf pour le chapitre 7, p. 17.

La réforme quant à elle est venue placer le client au centre du système. Nous devons changer la « structure de pensée » de nos gestionnaires et de nos intervenants, structure qui était surtout axée sur l'individualisme et le corporatisme pour l'amener vers une vision multidisciplinaire centrée sur le client [...]. Cela a entraîné l'adoption d'une philosophie animée pour des valeurs de gestion. [...] Les facteurs clés de notre stratégie de changement ont reposé sur les valeurs...¹¹¹

En se remémorant son expérience au Centre hospitalier Anna-Laberge, Benoît (2000) parle de l'approche autour des valeurs individuelles qui émergent en valeurs organisationnelles mettant le client au cœur de l'agir. Les valeurs retenues par l'équipe Benoît se comparent également à celles d'autres organisations hospitalières à savoir :

- Le respect, c'est-à-dire se traiter avec égard à tous les niveaux, de haut en bas et de bas en haut de la hiérarchie.
- L'équité, c'est-à-dire réduire les écarts et mieux distribuer les ressources.
- L'imputabilité, c'est-à-dire devenir pleinement responsable de ses décisions.
- La transparence, c'est-à-dire réellement « jouer cartes sur table ».
- La responsabilité qui implique l'engagement dans les services aux employés.
- La cohérence, c'est-à-dire harmoniser la parole et l'acte.
- Et enfin, le partenariat, c'est-à-dire ce qu'ensemble dans le même sens.¹¹²

Cette façon de faire de l'équipe Benoît sous-tend l'engagement et la volonté des administrateurs à modifier la façon de prendre les décisions. En conséquence, céder au personnel une partie du pouvoir en fournissant l'information dont ils ont besoin, cela suscite de nouvelles actions et interrelations. Ainsi, on favorise une approche client teintée

¹¹¹ Thierry C. Pauchant et collaborateurs, *op. cit.*, pp. 176-177.

¹¹² Thierry C. Pauchant et collaborateurs, *op. cit.*, pp. 177-178.

d'humanisme, mais encore faut-il que les valeurs soient bien définies ainsi que les moyens pour agir.

2.4.2 Les valeurs en cause dans un contexte de restructuration de services

Avant d'énoncer les valeurs en cause dans un contexte de restructuration du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, de faire un parallèle entre celles *D'hier et celles d'aujourd'hui*, il semble opportun d'indiquer quelques aspects reliés à cette grande réforme de la santé et des services sociaux.

Constandriopoulos (2004) relate entre autres :

Partout dans le monde les systèmes de santé sont en crise [...] l'accès aux services reste problématique [...] des dépenses en croissance [...] tension croissante entre les attentes de la population et la réalité des systèmes [...]. Dans toutes les sociétés, quatre grandes forces sont à l'origine des mutations des systèmes de soins :

- Vieillessement
- Développement des connaissances
- Développement des techniques
- Mondialisation¹¹³

Mettant en relief les contextes culture, social, économique et organisationnel que soustend la dynamique du changement, Constandriopoulos (2004) relate l'importance d'imaginer « une stratégie paradoxale du changement » :

Le paradoxe du changement, c'est qu'il s'agit d'un processus social complexe qui demande du temps, des informations, des compétences de haut niveau et des ressources matérielles, financières et humaines [...] qui doit être implanté quand les

¹¹³ Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, Colloque des CII, conférence de A.P., Constandriopoulos, Dasum et Grés, Université de Montréal, 5 mai 2004, pp. 10-18.

ressources sont rares, quand il faut agir vite, quand les informations dont on aurait besoin pour prendre des décisions rationnelles ne sont pas disponibles, quand personne n'a le temps de faire autre chose que ce que son travail exige.¹¹⁴

Tout changement au sein d'une organisation implique la remise en question des valeurs pour supporter l'action. Dans ce contexte, il devient important d'identifier le jeu des valeurs, tant au niveau de la politique ministérielle qu'à celui des établissements de santé, compte tenu de l'impact des ressources humaines. À cet égard, Bouliane (1999), tiré du *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 1988*, note :

Il n'en demeure pas moins que l'environnement de travail a changé rapidement dans les dernières années et que les valeurs associées au travail ont évolué au même rythme [...]

- Désir de participation aux décisions et de nivellement des statuts.
- Préoccupation grandissante pour la qualité de vie au travail.
- Volonté de démocratisation.
- Désir de tous les employés d'être considérés dans leur travail et non traités comme des rouages d'un appareil.

et enfin,

- Volonté de valorisation personnelle dans et par le travail.¹¹⁵

La recension des écrits nous a permis de retracer dans la pochette d'accueil du personnel infirmier au Centre hospitalier universitaire de Québec, en 2002, la fiche suivante titrée *Quelques valeurs qui inspirent nos gestes quotidiens*. Les voici :

- Le respect de la personne et de sa dignité.
- La personnalisation des soins et des services.

¹¹⁴ Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, *op. cit.*, p. 46.

¹¹⁵ Sous la direction de Pierre Fortin, *op. cit.*, p. 53.

- L'engagement personnel professionnel et organisationnel.
- Mode de distribution de soins favorisant l'autonomie professionnelle (soin global).
- La pratique professionnelle et l'interdisciplinarité.
- L'amélioration continue.
- La créativité, l'innovation.
- L'ouverture au changement.¹¹⁶

À titre indicatif, ce centre hospitalier universitaire « se positionne activement sur la scène internationale pour l'avancement en matière de santé ».

Ceci nous porte à réfléchir sur « sa valeur des ressources humaines ». À cet égard, Morin, Guindon et Bouliane (1996), dans un article paru *dans Gestion revue internationale de gestion*, notent :

Une entreprise, c'est avant tout l'organisation des activités entre des personnes qui apportent chacune selon ses moyens des contributions à la performance de l'organisation. En raison de sa dimension humaine, la performance de l'organisation est entre autres évaluée par la valeur des ressources humaines qu'elle engage.¹¹⁷

2.4.3 Les valeurs D'hier et d'aujourd'hui en rétrospective

Bien que notre réflexion nous ait menée à retracer et à identifier les valeurs des religieuses et les nouvelles valeurs d'aujourd'hui, notre point de référence se situe maintenant à isoler laquelle de ces valeurs guidera notre agir dans la clarification des enjeux éthiques pour en arriver à déterminer nos stratégies d'action.

¹¹⁶ Centre hospitalier universitaire de Québec, Pochette d'accueil du personnel infirmier, 2002.

¹¹⁷ École des hautes études commerciales, « Le contrôle de gestion aujourd'hui », dans *Gestion*, vol. 21, n° 3, septembre 1996, p. 63.

Pour ce faire, voici en synthèse, les valeurs identifiées. Tout d'abord, les valeurs D'hier réfèrent au précepte de l'amour des proches, le respect de la vie, la bienfaisance, la compassion, l'accessibilité, les ressources financières, la bienfaisance, la justice. Quant aux valeurs d'aujourd'hui, elles mettent en relief, outre la compassion, l'accessibilité, les ressources humaines, le respect de la personne, la dignité humaine, l'équité, l'écoute, la gestion des ressources humaines, la formation du personnel, la transparence, la responsabilité, la cohérence et le partenariat.

Paquette (2002) utilise un « outil inspiré des travaux de L.E. Raths, l'un des fondateurs de l'École américaine de la clarification des valeurs ». Ainsi, à partir de valeurs définies comme « ce qui peut inspirer une vie, ce qui peut être une référence déterminante pour conduire sa vie... », il explique « les huit critères d'une valeur complète en répondant par oui, par non ou par impossible de me prononcer » et, pour le présent travail, notre cheminement concerne la « vie personnelle et professionnelle ».¹¹⁸ Paquette (2002), dans son livre *Pour que les valeurs ne soient pas du vent*, présente ses huit critères :

- Elle est un choix pour la personne.
- La personne a une connaissance des conséquences du choix de cette valeur.
- Elle est observable dans les gestes quotidiens.
- La personne y est attachée.

¹¹⁸ Claude Paquette, dans Pour que les valeurs ne soient pas du vent, Éditions Contreporte, 2002, pp. 89-90.

- La personne l'affirme publiquement.
- La personne s'implique publiquement dans les activités qui en font la promotion.¹¹⁹

En fait, nous devons mettre en perspective ces valeurs, les unes par rapport aux autres, pour dégager la plus significative. Préalablement, le chapitre 3 traitera des enjeux éthiques en cause, indispensables à notre réflexion pour isoler la valeur retenue. Une fois identifiée, cette valeur guidera notre agir dans les stratégies d'action.

¹¹⁹ Claude Paquette, *op. cit.*, pp. 90-91.

CHAPITRE 3

Les enjeux éthiques et la reconnaissance de la valeur « ressources humaines »

Roy, Williams, Dickens, Baudoin (1995), définissent ainsi la valeur : « Tout ce qui importe et compte dans la vie. Bien des choses sont importantes dans nos vies, mais elles ne le sont pas toutes également... ».¹²⁰ Alors, à partir des valeurs identifiées au chapitre précédent, tout en tenant compte des impératifs de la Réforme, notre préoccupation consiste à identifier les enjeux éthiques en cause qui nous mèneront à identifier la valeur privilégiée pour élaborer les stratégies d'action.

3.1 Définition d'un enjeu éthique

Issu d'un article « La santé comme valeur sociale » du tableau 3, relatant le discours gouvernemental « Analyse éthicologique », Fortin (1999) définit ainsi l'enjeu éthique : « [...] on en entend ce qui se joue dans le choix, l'articulation et la justification des normes et des valeurs qui encadrent et inspirent l'action ».¹²¹ Ceci fait référence à

Toute problématique d'ordre éthique renvoie à une dynamique particulière où sont en cours quatre principaux éléments : l'action à poser, la règle ou la norme à appliquer, la ou les valeurs de référence et le sens que l'on donne à ces valeurs et à l'action¹²².

¹²⁰ Roy, Williams, Dickens, Baudoin, dans *La bioéthique, ses fondements et sa controverse*, Éditions du renouveau pédagogique, 1995, p. 37.

¹²¹ Sous la direction de Pierre Fortin, dans *La réforme de la santé au Québec*. Cahier de recherche éthique 22, Éditions Fides, 1999, p. 17.

¹²² Sous la direction de Pierre Fortin, *op. cit.*, p. 17.

Plus spécifiquement en ce qui concerne les services de santé et les services sociaux, Fortin (1999) identifie les enjeux éthiques en cause ainsi : [...] des conceptions de la santé, et du rôle de l'état. [...] des valeurs économiques, morales, culturelles. [...] des règles, des normes, des politiques.¹²³

3.2 Notion d'enjeu éthique

Pour les fins du présent travail, la définition donnée par le *Groupe de recherche Ethos* pour définir « enjeu éthique » est retenue. Il s'agit du jeu des relations entre :

- a) L'application de lois, normes ou règles à des interventions particulières d'ordre professionnel ou social ;
- b) L'articulation d'un certain nombre de valeurs qui sont véhiculées dans ces lois, normes ou règles et qui inspirent cette réglementation ;
- c) La référence de ces valeurs à des conceptions de la personne, de l'acte, de l'organisation dans laquelle on travaille et de la société ; conceptions qui légitiment ou justifient cette réglementation, en plus de donner un contenu spécifique aux valeurs qui l'inspirent et une signification particulière à des interventions professionnelles et sociales.¹²⁴

Pour les lois et la notion d'enjeu éthique, nous vous référons aux tableaux 3 à 8 en annexe.

D'autre part, afin d'isoler la valeur en cause, nous mettons en perspective ce que dicte Ricoeur (1985), dans un article intitulé *Avant la loi morale : l'éthique*. En décrivant le mot « valeur », il y a d'abord un verbe : évaluer, lequel à son tour renvoie à préférer : ceci vaut

¹²³ Sous la direction de Pierre Fortin, *op. cit.*, p. 18.

¹²⁴ Documents de l'UQAR, - Méthodes éthiques (ETH-65192), dans Indications pour le travail de session, non datés, p. 2.

mieux que cela..., tout en tenant compte, selon Legault (1991), en référence à l'article 3 de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux*, « [...] la raison d'être des services, est la personne qui les requiert ».¹²⁵ Ainsi, dans le cadre des 350 ans de L'Hôtel-Dieu de Québec, madame Thérèse Vanier nous livre ce commentaire, lors de sa conférence du 8 mai 1989 : « Je pense que de plus en plus, dans le domaine des soins, dans le monde hospitalier, nous nous rendons compte de l'importance des relations entre les personnes. », tandis que Durand, Duplantie, Laroche, Laudy (2000) rappellent que

Quelques grands principes moraux, se référant à certaines valeurs fondamentales, sous-tendent le cheminement de l'humanité soignante : souci d'autrui, bienfaisance, respect de la vie, vivacité, confidentialité [...], respect de la liberté du patient, honnêteté, loyauté, justice, équité, solidarité.¹²⁶

Ces valeurs devraient nous servir de référence pour donner un sens à l'action en rapport avec la philosophie de gestion et/ou des règles à élaborer dans la gestion des ressources humaines.

Quant à Berthouzoz (2000), il précise que, depuis 1948, la *Déclaration universelle des droits de la personne* a influencé notre agir et fait ressortir des valeurs fondamentales. Ainsi, il met en relief que « ces droits universels font valoir la dignité inviolable et inaliénable de chaque être humain qui doit être respecté et promu ».¹²⁷ Reconnaître les

¹²⁵ Recueil de textes de l'UQAR - Déontologie professionnelle (ETH-74092), dans *Bilan critique et perspective de l'expérience québécoise en déontologie*, vision préliminaire non datée, G.A. Legault, p. 84.

¹²⁶ Guy Durand, Andrée Duplantie, Yvon Laroche, Danielle Laudy, dans *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*, Les Presses de l'Université de Montréal, 2000, p. 331.

¹²⁷ Thierry C. Pauchant et collaborateurs, dans *Pour un management éthique et spirituel*, Éditions Fides, 2000 sauf pour le chapitre 7, p. 247.

droits comporte des exigences dans les relations personnelles et collectives et crée certaines responsabilités.

Enfin, notre fil conducteur pour l'identification de la valeur en cause et de la détermination des stratégies d'action réfère à ce que dit De Koninck (1995) : « Tout être humain, quel qu'il soit, possède une dignité propre, inaliénable, au sens non équivoque que Kant a donné à ce terme : ce qui est au-dessus de tout prix et n'admet nul équivalent, n'ayant pas une valeur relative, mais une valeur absolue. »¹²⁸, ainsi qu'à cette réflexion de Dumais (1991), dans l'article *La santé un art de vivre* : « Au terme d'une démarche éthique, se profilent des orientations d'actions [...], l'éthique ne propose pas des remèdes, des lignes de conduite toutes faites, elle invite plutôt à trouver sa voie. »¹²⁹

En référence à la citation de De Koninck plaçant l'être humain au-dessus de toute valeur, il met en perspective une dignité comme « valeur absolue ». Cet énoncé nous servira de guide pour la prise de décisions dans la proposition des valeurs à retenir. Quant à celui de Dumais, il laisse place au discernement et à l'ouverture de perspectives.

3.3 Les enjeux de la réforme de la santé au Québec

Précisons tout d'abord les enjeux identifiés à partir de la recension des écrits de la Réforme de la santé au Québec : ainsi, Fortin (1999) présente les quatre enjeux éthiques reliés à la santé comme valeur sociale dans le *Rapport de la Commission Rochon* :

¹²⁸ De Koninck, dans *De la dignité humaine*, Presses universitaires de France, 1995, p. 1.

¹²⁹ Documents de l'UQAR, - Méthodes éthiques (ETH-65192), Monique Dumais, dans *La santé, un art de vivre*, non datés, pp. 19-20.

- L'enjeu d'un projet de société qui repose sur l'harmonie et le développement social [...].
- L'enjeu de l'accessibilité universelle et gratuite à des sources personnalisées, continues et de qualité [...].
- L'enjeu de la responsabilisation des usagers dans la recherche d'un équilibre dans le partage des responsabilités en matière de préservation et d'amélioration de la santé et du mieux-être.
- L'enjeu de la participation de l'ensemble de la population en matière de détermination des priorités et d'allocation des ressources à l'intérieur de mécanismes de décision ou de consultation.¹³⁰

3.4 Les enjeux éthiques de la réforme des services de santé et des services sociaux par une équipe de recherche

Dans un article du magazine *Réseau* « Éthique et société », Bouliane, Larochelle, Vandelac (1998) mettent en relief leurs intérêts de recherche concernant entre autres la réforme des services de santé et des services sociaux. Se dégagent de leurs travaux cinq enjeux éthiques majeurs :

[...] La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux renvoie à une redéfinition des paramètres sociopolitiques [...]. Cela constitue un premier enjeu éthique puisque la réforme en cours déborde la dimension strictement administrative et risque de remettre en question les valeurs...

[...] Un second enjeu réfère à la conception de la santé véhiculée dans l'espace public par cette réforme [...]. Cela exige donc une réorganisation de l'organisation et de la dispensation des services et un travail en profondeur sur la demande de services.

[...] La responsabilisation des usagers du réseau et le partenariat avec des groupes communautaires [...] le citoyen est défini à la fois comme usager, décideur et payeur.

[...] La gestion est un point moral de la réorganisation du réseau [...]. L'État [...] a élaboré une nouvelle philosophie de gestion axée sur la participation des membres du personnel à la gestion des institutions. Elle visait trois valeurs [...] la qualité de vie au travail pour le personnel, la qualité des soins et des services pour

¹³⁰ Sous la direction de Pierre Fortin, « La réforme de la santé au Québec », dans *Cahier de recherche éthique* 22, Éditions Fides, 1999, p. 32.

les usagers ainsi que l'efficacité et la rentabilité pour les structures organisationnelles [...].

[...] La réorganisation du réseau oblige à redéfinir les pratiques elles-mêmes.¹³¹

3.5 Le sens du travail

Le sens du travail réfère au tableau 9. Selon Morin (1996)¹³² : « Le sens est un effet, un produit de l'activité humaine. » Il reprend une définition du dictionnaire *Webster*, en référence aux chercheurs Brief et Nord : « Le premier aspect du mot « sens », à savoir la signification implique la compréhension ou la connaissance d'un objet, en l'occurrence le travail [...], à savoir ce qui existe dans la pensée comme but ou raison. » De plus, en référence à Yalom, elle nous dit : « Il définit le sens en se référant à la cohérence et à l'intention qui est exprimée par quelque chose. » et mentionne, après un constat de recherche, que : « le travail constitue une activité significative pour l'être humain... ».

D'autre part, Morin (1996) reprend :

Selon Borrero et Riveva, le travail a toujours plusieurs fonctions dans la société contemporaine : le travail permet de gagner sa vie, de créer des liens d'amitié ; c'est une façon de rythmer le quotidien, d'améliorer sa valeur personnelle, d'accomplir quelque chose d'utile, de s'exprimer, d'apprendre et de rendre service aux autres.¹³³

Selon Pauchant et ses collaborateurs (2000) :

Simone Weil propose de retrouver une adéquation entre la pensée et l'action pour toutes les personnes travaillant en organisation, employés et gestionnaires. Si elle souhaite que les employés puissent exercer leur faculté de penser et de créer dans leurs tâches régulières, elle désire également que les gestionnaires retrouvent un contact avec le « terrain » et puissent réellement exercer leur jugement.¹³⁴

¹³¹ Bouliane, Larochelle, Vandelac, « Éthique et société » dans *Magazine Réseau*, 1998.

¹³² Estelle M. Morin, dans *La quête des sens*, 1996, pp. 270-272.

¹³³ Estelle M. Morin, *op.cit.*, pp. 275-276.

¹³⁴ Thierry C. Pauchant et collaborateurs, dans *Pour un management éthique et spirituel*, Éditions Fides, 2000 sauf pour le chapitre 7, p. 238.

Issu de *Pour un management éthique et spirituel*, Dion (2000) relate :

Le travail, dans la conception chrétienne, exprime cette dignité transcendante et peut servir à l'accroître. La dignité du travail vient de l'auto-accomplissement de la personne à travers les tâches et les fonctions que lui reviennent. Par le travail, la personne peut trouver l'harmonie avec et pour les autres.¹³⁵

tandis que, d'une part, Pauchant (2000) poursuit :

Le dialogue est nécessaire pour expliquer les similarités et les différences entre les différentes traditions, développer le respect, la tolérance et l'apprentissage mutuel, [...] mais un défi demeure : trouver un sens à nos activités, créer des pratiques spirituelles du dedans de nos expériences de travail et de la gestion.¹³⁶

D'autre part, Legault (1991) nous ramène à la dynamique et à la culture de l'organisation :

Réinscrire le rapport au sens, sens du travail, sens de sa vie, au cœur de la participation à une entreprise est certes une révolution totale des approches mécanistes taylorisantes du travail. Humaniser le travail [...] relève du questionnement éthique. L'éthique, comme valeur partagée guidant sa conduite apparaît dès lors comme composante imminente du travail.¹³⁷

Forest (2001) du Groupe Forest, lors d'une conférence *Pourquoi les meilleurs viendraient-ils travailler avec nous ?*, traite de la dynamique au sein des organisations et met en relief des pistes d'avenues et/ou citations concernant valeurs et attitudes. Ainsi, selon Christophe Barlett, professeur à l'Université Harvard : « Ces quatre valeurs ouvrent la voie à l'esprit d'initiative, leurs interactions permettant de faire éclore d'autres comportements essentiels : le désir d'apprendre, le courage de faire confiance, la volonté de

¹³⁵ Thierry C. Pauchant et collaborateurs, *op. cit.*, p. 272.

¹³⁶ Thierry C. Pauchant et collaborateurs, *op. cit.*, p. 352.

¹³⁷ Recueil de textes de l'UQAR - Déontologie professionnelle (ETH-74092), dans *Bilan critique et perspective de l'expérience québécoise en déontologie*, vision préliminaire non datée, G.A. Legault, p. 84.

s'engager et la capacité de réaliser. »¹³⁸ D'autre part, nous extrapolons ces quatre valeurs inspirant la dynamique de l'organisation :

Confiance : [...] accepter que les autres puissent faire autrement...

Support : [...] perspective d'assistance professionnelle « coaching » et d'orientation.

Dépassement : [...] vision claire de ce que l'on veut

Autodiscipline : [...] mettre l'accent sur l'autonomie.¹³⁹

Morin (2001), lors de sa conférence *Une vision humaniste de l'organisation du travail*, traite entre autres de donner un sens au travail tout en faisant ressortir les facteurs qui s'y rattachent. Elle définit ainsi la signification du travail pour les Québécois : une activité utile (quelque chose qui profite aux autres, qui apporte une contribution à la société, qui ajoute de la valeur à quelque chose). Elle regroupe en quatre thèmes, les facteurs du sens du travail, à savoir :

- Les facteurs d'efficacité personnelle (pouvoir atteindre les objectifs...).
- Les facteurs de réussite au travail (faire un travail [...] qui mène à des résultats qu'on valorise et qui sont reconnus).
- Les facteurs de sécurité (faire un travail [...] où on peut compter sur l'aide de ses collègues lorsqu'on a des difficultés).
- Les facteurs du plaisir au travail (faire un travail [...] qui permet d'assumer des responsabilités et de s'épanouir.¹⁴⁰

¹³⁸ Martin Forest, « Pourquoi les meilleurs viendraient-ils travailler avec nous », dans Conférence donnée lors du 3^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, 2001, p. 7.

¹³⁹ Martin Forest, op. cit., p. 7.

¹⁴⁰ Estelle M. Morin, « Une vision humaniste de l'organisation du travail », dans Conférence donnée lors du 3^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, 2001, p. 8.

D'autre part, Simard, Dumont (2001) complètent la réflexion du sens du travail au sein d'une équipe. Ils mettent en relief l'importance du « partage de nos visions, le partage de ce que l'on ressent, le partage de nos objectifs, le partage de nos résultats ». ¹⁴¹

Morin (1996), tiré de Pauchant et collaborateurs (1996), évoque l'efficacité, mot qui « provient du latin *efficacitae*, lequel est formé de deux éléments, *ex.* – hors de et *facere* – faire, signifiant l'accomplissement de quelque chose qui est voulue, désirée ». ¹⁴² Ceci pour introduire la notion d'efficacité organisationnelle, à savoir la capacité d'une organisation sociale de faire quelque chose qui montre la valeur des individus qui la forment. D'une part, nous sommes efficaces ensemble, lorsque nos valeurs et de nos croyances sont utiles à la société et à la nature. D'autre part, Morin précise : « On peut dire qu'être efficace, c'est affirmer notre pouvoir, notre volonté et notre existence : c'est la preuve que nous sommes en vie et que nous sommes humains. » Elle poursuit : « L'individu a besoin d'un système de valeurs et de croyances, d'une histoire qui lui permette de comprendre et d'interpréter plusieurs sinon tous les aspects de sa vie pour qu'il en trouve le sens. » ¹⁴³

Lors du *Colloque en gestion des ressources humaines*, du jeudi 18 novembre 1999, « Expériences et perspectives », Audet (1999), lors de la conférence d'ouverture *Les organisations de services publics devront se transformer une fois de plus*, énumère les enjeux pour nos organisations, c'est-à-dire :

¹⁴¹ Jean-Yves Simard et Sandra Dumont, « Pour un milieu qui y ait une âme », dans *Conférence donnée lors du 3^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec*, 2001, p. 7.

¹⁴² Estelle M. Morin, dans *La quête des sens*, 1996, pp. 266-269.

¹⁴³ Morin, *op. cit.*, p. 266.

- La connaissance et les savoirs.
- Vitesse, quantité, intensité.
- Démocratisation et personnalisation.
- Nouveaux modes de collaboration.
- Penser en termes de transformation et non en termes de gestion du changement et de gestion de projet.
- Quelle place faisons-nous aux personnes (intégrité et vie privée) ?
- L'urgence d'une pensée systémique.¹⁴⁴

ainsi que les enjeux pour les gestionnaires :

- Savoir (connaissances).
- Savoir faire (comportements).
- Savoir être (attitudes).¹⁴⁵

Ces enjeux de demain seront différents dans la mesure où l'humain sera considéré dans le système. Ceci ne pourra se faire qu'en redéfinissant l'approche de gestion des ressources humaines. Bouliane (1999) retient des rapports de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux que cette approche :

Exige toutefois qu'on remette en question la philosophie traditionnelle de gestion fondée sur l'autoritarisme, l'exclusivisme des droits de gérance, le non partage de l'information, l'absence de consultation, de concertation et de participation des employés aux décisions les concernant.¹⁴⁶

Quant à Boitte (1995), il met en relief un enjeu susceptible d'influencer la main-d'œuvre hospitalière :

Les décisions en matière d'affectation des ressources doivent aussi mettre en balance les différentes demandes en présence et tenir compte de la tension

¹⁴⁴ Michel Audet, « Les organisations de services publics devront se transformer une fois de plus ! », dans Conférence donnée lors du 1^{er} Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, 1999, p. 18.

¹⁴⁵ Michel Audet, op. cit., p. 33.

¹⁴⁶ Sous la direction de Pierre Fortin, op. cit., p. 56

inélucltable au sein d'un système de soins entre, d'une part des besoins bien importants et coûteux à satisfaire [...], d'autre part des besoins importants mais éprouvés par plus de personnes, moins coûteux à satisfaire et plus efficaces à long terme.¹⁴⁷

Plus particulièrement en ce qui concerne la profession « infirmière », Durand, Duplantie, Laroche, Laudy (2000), en référence à Blondeau (1999), expliquent que : « le mot « nursing » n'est pas étranger aux premiers balbutiements éthiques des soins infirmiers [...], le « nursing » signifie nourrir, allaiter, abriter, bercer, prendre soin de ... ; tous ces mots se rattachent à des comportements caractérisés par le don de soin... ».¹⁴⁸

Ainsi, en 1960, le code est entièrement réécrit : quatre aspects nouveaux touchent les enjeux de la profession :

- L'établissement de standards élevés de pratique.
- Un changement d'orientation dans le rapport de l'infirmière, avec la personne malade, laquelle est appelée désormais : le client.
- Une plus grande participation des infirmières à la détermination des conditions de travail.
- Les préoccupations envers l'aspect économique de la profession.¹⁴⁹

Notre intérêt nous pousse aussi à identifier des enjeux liés à l'organisation, aux gestionnaires et en matière de gestion des ressources humaines. Ces enjeux vont nous inspirer dans la justification de nos stratégies d'actions à venir ainsi qu'à l'organisation du travail souhaité pour en dégager les orientations les plus significantes.

¹⁴⁷ Pierre Boitte, dans *Éthique, justice et santé*. Corporation des éditions Fides, Montréal, 1995, p. 238.

¹⁴⁸ Guy Durand et collaborateurs, *op. cit.*, p. 125.

¹⁴⁹ Guy Durand et collaborateurs, *op. cit.*, p. 299.

3.6 La valeur « ressources humaines »

Considérant qu'au chapitre précédent, nous avons mis des valeurs en relief, tandis que Morin, Guindon et Bouliane (1996) notent que « la performance de l'organisation est entre autres évaluée par la valeur des ressources humaines qu'elle engage » ; considérant que préalablement à l'identification de la valeur qui guidera les orientations visant des actions pour supporter les décisions, nous rappelons les valeurs en cause, d'une part, le contexte historique considère les valeurs du respect de la vie et de la rédemption de l'âme, de la charité, de la compassion, d'entretenir la vie, de lutter contre la mort, de la bienfaisance et d'écarter l'injustice. Quant aux valeurs personnelles, ceci réfère au sens des responsabilités, à l'authenticité ainsi qu'à la dignité humaine, tandis que le survol des principales réformes des dernières décennies, en l'occurrence l'assurance hospitalisation, l'assurance maladie, les diverses commissions d'étude, a mis en relief les valeurs telles que l'accessibilité, l'universalité, la continuité.

D'autre part, parmi les valeurs modernes, citons entre autres, l'autonomie, la participation, la qualité de vie au travail, l'écoute, la gestion des ressources humaines, la qualité du service à la clientèle et l'amélioration des conditions d'exercice du travail. Ainsi une trame de fond se dégage des enjeux liés à la santé, la réforme, la profession infirmière et l'organisation touchant la gestion. Il s'agit de la valeur « ressource humaine » présente *D'hier à aujourd'hui* et indispensable pour donner demain un sens à l'action. De tous ces éléments mentionnés, il en ressort que nous isolons la valeur « ressources humaines » pour élaborer nos stratégies d'action. Cette valeur porteuse d'avenir risque de donner ou redonner une âme aux organisations.

Selon Bouliane (1999), en référence au *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, « l'enjeu actuel en matière de gestion des ressources humaines apparaît clairement : créer ou recréer un sentiment d'appartenance, valoriser l'excellence et la qualité des services, inciter à l'innovation et redonner un sens au travail. »¹⁵⁰

Préalablement, nous avons indiqué des enjeux reliés à l'organisation en matière de gestion des ressources humaines tout en faisant ressortir un enjeu directement relié à la main-d'œuvre hospitalière. Ainsi, Bouliane (1999), met en relief l'importance de la gestion des ressources humaines, dans le cadre de la réforme de la santé au Québec : « C'est par elle que passe l'atteinte des grands objectifs de la santé et des services sociaux. On divise la gestion en quatre activités : la planification de la main-d'œuvre, l'organisation du travail, le perfectionnement, la formation pratique. »¹⁵¹

En complément d'information, citons :

- La planification de la main-d'œuvre concerne trois classifications de personnel : les médecins, le personnel infirmier et le personnel de réadaptation, et exige une valeur incontournable : l'équité. Elle doit considérer la problématique reliée à la répartition des ressources par l'inégalité territoriale que l'accessibilité et, d'autre part, le nombre imposant d'heures offertes à du personnel à temps partiel ou occasionnel fragilise la continuité des soins et la qualité. D'autre part, Bouliane (1999) identifie comme autre valeur : « l'harmonie des rapports au sein du personnel infirmier ».
- Quant à l'organisation du travail, il précise des éléments de difficultés, à savoir : « entre autres, l'accentuation de la division du travail et la

¹⁵⁰ Sous la direction de Pierre Fortin, dans *La réforme de la santé au Québec*, Cahier de recherche éthique 22, Éditions Fides, 1999, pp. 55-56.

¹⁵¹ Sous la direction de Pierre Fortin, *op. cit.*, p. 62.

réglementation professionnelle [...] ainsi que le peu de contrôle des gestionnaires des établissements sur les conventions collectives diminuant ainsi leur marge de manœuvre ».

- Que le Ministère aura « à proposer de revoir la division du travail, de réduire le nombre d'emplois précaires et de modifier le mode de gestion » et cite un objectif émis par le Ministère : « proposer que des mesures soient prévues afin que la proportion des postes à plein temps en soins infirmiers passe de 40 % à 60 % d'ici cinq ans ».
- En rapport avec le perfectionnement et la formation pratique, le défi consiste à adapter les services aux nouveaux besoins tout en favorisant l'acquisition des connaissances et le suivi du technologique. Pour ce faire, un programme de perfectionnement de formation devrait faire partie des priorités paritaires au sein de l'organisation.¹⁵²

3.7 L'éthique « démarche réflexive »

L'éthique réfère aux tableaux 10 et 11. Fortin (1995), dans le *Guide de déontologie en milieu communautaire*, aborde le comment définir l'éthique et il livre ce message :

L'éthique nous aide à comprendre la question « Comment vivre ? ». Elle peut être définie comme la réflexion – l'analyse et la critique – sur les règles et les fins qui guident l'action humaine [...]. Elle peut être considérée comme la recherche d'un art de vivre qui fait appel à la créativité et à la responsabilité...

Quant à elle, l'éthique comme démarche réflexive, nous incite à rechercher qu'elle est la meilleure fin à atteindre et apprécier la pertinence des règles qui s'imposent à nous en vue d'atteindre cette fin.¹⁵³

Nous voulons ainsi imprégner nos stratégies d'actions d'une pensée éthique en considérant le point de vue des autres. S'ajoute à la pensée de Fortin (1995), la vision de Pauchant (2000) qui, dans son introduction de *Pour un management éthique et spirituel*, élabore la question ainsi :

¹⁵² Sous la direction de Pierre Fortin, *op. cit.*, pp. 57-67.

¹⁵³ Pierre Fortin, dans *Guide de déontologie en milieu communautaire*, Presses de l'Université du Québec, 1995, p. 28.

L'intégration de l'éthique [...] pourrait répondre à un besoin fondamental des êtres humains, à un besoin de sens, d'intégration, d'environnement, de transcendance [...]. Cette quête de sens est ressentie par des employés, des gestionnaires, des cadres, des cadres supérieurs, des dirigeants, des consultants, des professeurs ou des étudiants. Ce besoin est ancré dans la condition humaine et il s'exprime particulièrement aujourd'hui dans le monde du travail.¹⁵⁴

Au cœur du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, nous croyons que l'éthique du travail doit ou devrait guider l'agir au quotidien. Morin (2001) la définit ainsi : « Faire un travail qui montre de la considération pour la dignité humaine, qui respecte les valeurs humaines et vos convictions personnelles, dans un milieu qui respecte les personnes, où priment les valeurs de justice et d'équité. »¹⁵⁵

Nous avons précédemment isolé la valeur « ressources humaines » tout en considérant la « valeur » au sens de Fortin (1995) :

C'est ce qui a du prix. Une valeur, c'est le prix qu'on accorde à quelque chose. Quelque chose devient valeur, quand on la juge digne d'estime. On peut dire qu'une valeur, c'est ce qui compte pour une personne ou un groupe. C'est ce à quoi on accorde de l'importance.¹⁵⁶

Puis, nous avons mis en évidence l'importance de l'éthique au travail tout en sachant que l'atteinte des objectifs en matière de santé et de services sociaux devra modeler la gestion au fil des ans. Nous devons maintenant considérer comment supporter les ressources humaines.

¹⁵⁴ Thierry C. Pauchant et collaborateurs, dans Pour un management éthique et spirituel, Éditions Fides, 2000 sauf pour le chapitre 7, pp. 13-14.

¹⁵⁵ Estelle M. Morin, « Une vision humaniste de l'organisation du travail », dans Conférence donnée lors du 3^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, 2001, p. 8.

¹⁵⁶ Pierre Fortin, dans Guide de déontologie en milieu communautaire, Presses de l'Université du Québec, 1995, p. 33.

Pauchant / Metroff (1995), au terme de leur réflexion sur *La gestion des crises et des paradoxes*, mettent en relief l'importance de la « maturité » : « Il est grand temps d'aider les adultes qui travaillent dans nos organisations, en tant que gestionnaire ou employé, à devenir des adultes **matures**, considérant l'étendue de nos problèmes économiques, sociaux, écologiques et spirituels actuels. »¹⁵⁷ Ceci sous-tend tout le besoin de support, de développement et d'encadrement, tant des gestionnaires que des personnes ainsi que du point de vue de Legault et Boitte.

Legault (1991), dans une vision préliminaire de *Bilan critique et perspective de l'expérience québécoise en déontologie*, précise : « Tenir compte de l'humain, se concrétise, dans les faits, par l'importance accordée à la psychologie humaine et à toute la problématique de la motivation au travail. »¹⁵⁸ Il poursuit, en référence à Peters et Waterman, : « Pour ces auteurs, les entreprises qui ont du succès se caractérisent par leur capacité de prendre en charge la nature paradoxale de la psychologie humaine. »¹⁵⁹ Ainsi se dégage l'importance de donner un sens à nos façons de faire et d'entrer en relation avec autrui.

Boitte (1995) met en perspective ce recours à l'éthique dans notre agir, laissant présager une visée de cohérence entre le discours et l'action :

¹⁵⁷ Thierry C. Pauchant, Ian I. Melroff, dans *La gestion des crises et des paradoxes*, Éditions Québec / Amérique inc., 1995, p. 267.

¹⁵⁸ Recueil de textes de l'UQAR - Déontologie professionnelle (ETH-74092), dans *Bilan critique et perspective de l'expérience québécoise en déontologie*, vision préliminaire non datée, G.A. Legault, p. 83.

¹⁵⁹ Recueil de textes de l'UQAR - Déontologie professionnelle (ETH-74092), *op. cit.*

L'auteur, dans une perspective éthique, invite à reconnaître qu'aucun problème n'est jamais résolu d'avance, incite donc à la prise de distance au recul, au détour, pour interroger les situations concrètes et les références générales, pour ne pas trop vite se satisfaire de l'état courant des choses. Cette position incite aussi à l'innovation en matière de références, de repères et de critères pour l'action afin de vivifier un sens...¹⁶⁰

La valeur « ressources humaines » ayant été retenue, il nous faut maintenant déterminer comment cette valeur associée aux autres, nous incitera à suggérer, au chapitre 4, des stratégies d'action. En conséquence, cette valeur imprènera nos choix visant à poser des actions.

À partir du recueil de textes en déontologie professionnelle, nous retenons de la version préliminaire de Legault, à paraître dans *Bilan critique et prospectif de l'expérience en déontologie*, la « vraie éthique », en référence à l'article 3 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* [...], « La raison d'être des services est la personne qui les requiert », et il poursuit, en référence à une citation de Peters et Waterman : « Prenez n'importe quelle grande entreprise – une de celles qui ont duré – je crois que vous découvrirez qu'elle doit sa résistance non pas à son organisation ou à ses compétences administratives, mais à la puissance de ce que nous appelons les croyances et à l'attrait que celle-ci exerce sur le personnel. »¹⁶¹

¹⁶⁰ Pierre Boitte, dans *Éthique, justice et santé*, Corporation des éditions Fides, Montréal 1995, p. 89.

¹⁶¹ Recueil de textes de l'UQAR - Déontologie professionnelle (ETH-74092), dans *Bilan critique et perspective de l'expérience québécoise en déontologie*, vision préliminaire non datée, G.A. Legault, pp. 84-85.

À l'instar du client patient qui est au cœur de la réflexion bioéthique et de l'action, la ressource humaine au sein de l'organisation est au cœur de la prestation de soins et de services à la population. Pourquoi ? Parce que cette ressource influence directement la qualité des services à dispenser. Si nous visons une approche plus humaniste, il nous faut accueillir le point de vue de l'autre pour faire face aux changements. Ceci contribuera au partage d'une vision commune, à l'émergence d'un esprit d'équipe renouvelé en regard de la nature de nouvelles approches administratives, de gestion et cliniques menant vers un continuum de soins et de services intégrés.

CHAPITRE 4

Stratégies d'action

Depuis quelques années et encore aujourd'hui, l'environnement se modèle aux changements touchant une modification de vocation, à la réorganisation ou à la restructuration et ce, dans un contexte de rationalisation. Ces bouleversements requièrent une période de transition chez les administrateurs, les gestionnaires et le personnel, tandis que la qualité des rapports humains s'avère indispensable à l'atteinte de la performance de l'organisation.

Ainsi, les orientations présentées par le ministère de la Santé et des Services sociaux préparent un avenir prometteur visant outre un plan clinique renouvelé, un réseau local de services intégrés au service de l'humain client, au cœur de la raison d'être des soins et des services. Toute cette remise en question interpelle la dimension humaine au sein des établissements de santé et empreint nos façons de vivre ensemble en équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire. Au chapitre précédent, nous avons isolé la valeur « ressources humaines », qui nous amènera à faire des choix et décider des actions significatives à prendre pour rallier tous les intervenants autour de la mission de services et guider le choix des principes susceptibles d'orienter les gestionnaires au quotidien.

Préalablement, nous définirons le concept de gestion des ressources humaines et ses défis, puis nous ferons un survol du problème de la pénurie d'infirmières. Précisons toute-

fois que le terme « gestion des ressources humaines » s'applique à tout membre du personnel et du personnel d'encadrement, à tous les paliers de l'organisation. Bien que nous ayons fait référence aux infirmières à maintes reprises, notre vision considère tous les employés puisque tous participent à la vie de l'établissement de santé et ont la capacité de s'impliquer dans les décisions qui les touchent.

4.1 Le concept de gestion des ressources humaines

À cet égard, le *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (1988) :

Fait référence aux relations qui prennent place tant au niveau collectif qu'individuel entre employeur et employés. Les nouvelles tendances en matière de gestion des ressources humaines cherchent à concilier les besoins du travailleur et de l'organisation en vue d'une utilisation rationnelle des ressources humaines, d'une part, et à créer un milieu de travail satisfaisant et valorisant pour les individus, d'autre part.¹⁶²

En ce qui concerne la gestion participative,

La Commission est d'avis que cette participation à la gestion des établissements doit s'inscrire dans une perspective de collaboration entre les gestionnaires et les différentes catégories de personnes ; elle doit répondre aux aspirations de démocratisation et de valorisation des personnes dans leur milieu de travail. C'est par la voie de la consultation entre gestionnaire et employé que peuvent se concrétiser ces nouvelles aspirations.¹⁶³

¹⁶² Gouvernement du Québec, dans Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Bibliothèque nationale du Québec, 1988, pp. 248-249.

¹⁶³ Gouvernement du Québec, op. cit., p. 569.

Ce concept de gestion des ressources humaines suscite notre réflexion et nous servira de référence dans l'élaboration des stratégies d'action.

4.2 Les défis de la gestion des ressources humaines

Basé sur le respect de l'humain dans le système allié au respect de l'autonomie tout en considérant notre vécu organisationnel dans le réseau de la santé et des services sociaux, nous croyons important que cette démarche puisse décrire des comportements et/ou attitudes souhaités sur des actions mettant en relief la capacité de comprendre, de penser et d'agir du personnel et du personnel d'encadrement.

Mais pour ce faire, il faudra relever les défis de la gestion des ressources humaines qui se traduisent ainsi St-Onge, Audet, Haines, Petit (1998) :

C'est trouver des solutions aux multiples problèmes et enjeux qui se posent et qui dérivent de la présence nécessaire et inévitable de personnes ou de « ressources humaines » dans les organisations. Les défis liés aux ressources humaines sont autant d'appels à l'action qui ont en commun l'obligation de résultats.¹⁶⁴

Ces auteurs définissent ainsi la fonction de la gestion des ressources humaines :

Constitue un ensemble variable de pratiques qui voit à aider l'organisation à résoudre avec efficacité, efficience et équité les problèmes associés aux diverses étapes du cycle d'emploi [...] préparation [...] choix des collaborateurs [...] ajustement entre la qualification requise et les compétences acquises [...] détermination des conditions de travail [...].

¹⁶⁴ Sylvie St-Onge, Michel Audet, Victor Haines et André Petit, dans Relever les défis de la gestion des ressources humaines, Gaétan Morin, 1998, p. 5.

et considèrent que : « cela exige des dirigeants qu'ils aillent au-delà d'une réflexion strictement instrumentale [...] pour atteindre un niveau de réflexion « éthique » qui interroge les décisions d'une organisation à la lumière des valeurs... »¹⁶⁵

Le document *Les solutions émergentes* (2000) confirme également qu'il y a eu des années éprouvantes au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, on note :

Encore aujourd'hui, la surcharge de travail, l'instabilité des équipes, la pénurie dans certaines catégories de professionnels, notamment les infirmières, s'ajoutent aux rigidités de toutes sortes pour entretenir un sentiment général d'insatisfaction, d'épuisement et de morosité qui règne trop souvent dans les établissements.¹⁶⁶

En parlant de santé organisationnelle, voici le constat de ce rapport :

- La détresse psychologique est [...] en tête des causes d'absentéisme chez le personnel.
- Les coûts de l'assurance-salaire ont augmenté de 25 %, de 1993 à 1999 (MSSS, Analyse des rapports annuels des établissements (annexe AS-491).
- Un récent sondage révèle que 40 % des personnes interrogées ont le sentiment que l'ambiance de travail continue à se détériorer dans leur milieu, et 45 % estiment que les employés du réseau n'ont pas une image positive de leur travail (MSSS, Étude sur la fierté des employés d'appartenir au réseau de la santé et des services sociaux, juillet 2000).
- Impact encore très réel des nombreux départs à la retraite.
- Ces départs massifs ont profondément fragilisé l'expertise du réseau aussi bien que les équipes de travail.
- Les faibles capacités d'attraction du réseau touchent aussi le personnel d'encadrement [...], 50 % des cadres atteindront l'âge de la retraite d'ici 5 ans.¹⁶⁷

¹⁶⁵ Sylvie St-Onge, Michel Audet, Victor Haines et André Petit, *op. cit.*, p. 8.

¹⁶⁶ Gouvernement du Québec, « Les solutions émergentes », dans *Rapport et recommandations de la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux*, Bibliothèque nationale, 2000, p. 112.

¹⁶⁷ Gouvernement du Québec, *op. cit.*, pp. 111-112.

Mais alors, comment réagir ? Toujours selon le rapport : « Il faut dès maintenant entreprendre une révision en profondeur de nos modes d'organisation du travail, les rendre plus souples, tant du point de vue des établissements que des travailleurs. »¹⁶⁸ Pour ce faire :

La Commission considère que les 5 principes directeurs suivants doivent guider la gestion des ressources humaines dans les établissements du réseau :

1. Un environnement de travail stimulant
2. Une gestion axée sur les résultats
3. Une organisation du travail moderne, flexible et adaptée
4. Une valorisation de la compétence des personnes
5. Une préoccupation constante pour la formation et la préparation de la relève.¹⁶⁹ Ceci réfère au tableau 12.

4.3 Le problème de la pénurie d'infirmières

En référence à la question *L'art de soigner a-t-il encore un avenir au XXI^e siècle ?*,

voici le commentaire de René Gagnon :

Dans ce nouveau siècle, infirmières et infirmiers continueront à dispenser l'art qui leur est propre, celui de soigner. Malgré toutes les révolutions industrielles et technologiques en cours ou à venir, l'art infirmier aussi vieux que l'humanité a encore de beaux jours devant lui. Si soigner est devenu une profession réglementée qui a des droits et des devoirs, c'est avant tout un acte d'amour et de fraternité.¹⁷⁰

Selon Ouimet (2001) « [...] le réseau fonctionne encore. [...] parce qu'il y a eu de la passion de la part de nos infirmières et de nos infirmiers. Des gens qui ont aimé leur travail, qui ont aimé les gens » et il reprend : « La passion c'est quelque chose de précieux.

¹⁶⁸ Gouvernement du Québec, *op. cit.*, p. 116.

¹⁶⁹ Gouvernement du Québec, *op. cit.*, pp. 117-118.

¹⁷⁰ La revue de référence infirmière SOINS, n° 655, mai 2001, p. 13.

C'est un feu qui nourrit, qui réchauffe [...]. Cet irrationnel qui nous engage dans des voies incertaines, qui nous pousse au dépassement [...]. Le nursing, c'est une vocation. »¹⁷¹

Dans un article *Les migrations infirmières, un casse-tête mondial*, Michel Tribert (2001) note :

- En France, les instances gouvernementales font état de 10 000 postes vacants [...]. Une pénurie sauvage menace.
- Aux Pays Bas, on prévoit que la pénurie [...] passera à 7 000, en 2003.
- En Suisse, on estime à 3 000 le nombre d'infirmières généralistes faisant défaut dans le pays.
- Aux États-Unis [...] selon une étude publiée dans le journal de l'Association médicale américaine, d'ici 2020, le nombre d'infirmières tombera dans le pays à un niveau se situant en deçà des besoins.
- Au Canada [...], la Fédération nationale des infirmières estime qu'il manque 16 500 infirmières diplômées au pays.
- Le Royaume Uni estime [...] à 20 000 le nombre de postes d'infirmières vacants dans les services de santé publics.¹⁷²

Groupe Archer (2001), dans un article intitulé *La profession infirmière en Europe, premier bilan*, relate des notions de l'histoire concernant : « Passé religieux [...] qui a souvent lié le soin à la vocation. » À cet égard, il met en relief l'origine des soignants :

Les premières soignantes étaient des religieuses appartenant à divers ordres européens : Les Ursulines, l'Ordre de Saint-Jean-de-Dieu, les Sœurs de la Miséricorde ou encore les Filles de la Charité. Seule la Roumanie se démarque, car c'étaient des barbiers qui pratiquaient les soins.¹⁷³

¹⁷¹ Gérard Ouimet, « La passion créative : l'art de s'enflammer », dans *Conférence donnée le 30 octobre 2001 et reprise dans L'infirmière, revue officielle de l'Ordre des infirmières du Québec*, janvier / février 2002, vol. 9, n° 3, pp. 18-19.

¹⁷² La revue de référence infirmière SOINS, n° 661, décembre 2001.

¹⁷³ La revue de référence infirmière SOINS, n° 658, septembre 2001.

D'autre part, les auteurs pensent également à la relève : « Il s'avère important de mettre en valeur l'énergie et l'enthousiasme des jeunes... »¹⁷⁴ La vision de l'infirmière de l'an 2010 réfère au tableau 13, tandis que nous nous préoccupons de supporter les jeunes dans les stratégies d'action à venir.

4.4 Principes susceptibles d'orienter les gestionnaires

Beauchemin (2002) mentionne que : « les changements technologiques vont au cours de prochaines années, chambarder de façon significative la vie dans nos établissements » et il reprend une phrase de Pierre Strasbourg qui dit : « Le défi le plus important de l'implantation d'un nouveau système ne se situe pas au niveau technologique, mais au niveau humain. »¹⁷⁵

À cet égard, nous reprenons, en nous inspirant d'un travail précédent, des principes mis en évidence pour guider les gestionnaires lors de l'implantation de l'outil informatique. Pour le suivi et le demain, il faut toujours s'assurer que le développement de l'outil informatique soit en harmonie avec la prestation des soins, l'enseignement, la recherche et l'interdisciplinarité.

¹⁷⁴ Infirmière canadienne, *op. cit.*

¹⁷⁵ Roch Beauchemin, « Un univers encore trop méconnu : les impacts humains des technologies à venir dans le réseau », dans Conférence donnée lors du 4^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, 2002, p.28.

4.4.1 Les douze principes susceptibles d'orienter les gestionnaires face à l'implantation de l'outil informatique dans le domaine des soins infirmiers¹⁷⁶

Dans un esprit de cohérence entre le discours et l'action, nous avons fait parvenir un questionnaire à des centaines d'infirmières qui ont vécu l'implantation de l'outil informatique (plan de soins informatisé à l'unité de soins). À partir de leur expérience, de leur réflexion et de leur remise en question sur la pertinence ou non de poursuivre le développement d'outils informatiques à l'unité de soins, nous avons questionné des infirmières en provenance d'un hôpital visé par l'informatisation pour connaître leurs besoins et valider ou non la coïncidence avec les besoins exprimés par leurs collègues ayant participé à l'implantation de l'outil informatique. Ceci nous a permis de les écouter, de considérer leur point de vue pour traduire leurs contraintes en opportunités et influencer les décideurs pour donner un sens à l'action. Cette visée éthique nous a incité à vous présenter ces facteurs.

Ceci réfère au tableau 14 :

- Introduire une nouvelle technologie, remettre en question les méthodes de travail, développer un processus d'amélioration continue de la qualité, tenir compte de la répartition des effectifs de nuit, de jour et de soir dans un centre hospitalier exigeant de :
 1. *Reconnaître initialement l'utilité du changement dans une perspective d'accroître la productivité et de contribuer à un processus d'amélioration continue de la qualité.*

¹⁷⁶ Denyse Bolduc, « Évaluation de l'outil informatique en support à la prise de décision pour l'infirmière », dans Projet d'intervention dans le cadre de l'obtention de la maîtrise en administration publique, Université du Québec, 1993, p. 88.

- Comprendre l'impact généré par l'informatisation sur les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles touchant différents services signifie que :
 - 2. *Gérer le projet d'informatisation à la Direction des soins infirmiers implique, outre le risque et les bénéfices, d'évaluer les nouvelles pratiques de gestion et le modèle structurel de l'unité de soins.*
- Susciter l'adhésion des professionnels à l'informatisation dans le domaine des soins infirmiers sous-tend préalablement la connaissance de leur modèle de pratique pour :
 - 3. *Adapter la technologie informatique en cohérence avec le profil de pratique.*
- Initier un changement ayant un impact significatif sur les modalités de fonctionnement des différents professionnels à l'unité de soins suggère de :
 - 4. *Développer le concept d'équipe multidisciplinaire à la base et ceci, dans un contexte de gestion participative.*
- Remettre en question les habitudes de travail dans le domaine des soins infirmiers incite à :
 - 5. *Adopter une stratégie d'implantation en cohérence avec les valeurs de gestion du milieu et la philosophie des soins infirmiers.*
- Tenir compte du besoin de sécurité généré par tout changement majeur au sein d'une organisation met en évidence la nécessité de :
 - 6. *Poursuivre le développement ou implanter l'outil informatique en respectant les étapes du changement planifié.*
- Considérer la préférence exprimée [...] par les infirmières suggère de :

7. *Favoriser la formation initiale des utilisateurs en laboratoire, tant pour l'implantation que pour le développement de l'outil informatique à l'unité de soins.*
- Faciliter l'adaptation à la nouvelle technologie informatisée, dans un souci d'efficacité, se traduit par :
 - 8. *S'engager à effectuer les changements requis.*
 - Susciter l'intérêt des utilisateurs et des futurs utilisateurs par l'innovation se traduit par :
 - 9. *Créer le cycle du mouvement implantation-suivi-développement.*
 - Concilier le besoin d'autonomie et d'interdépendance des divers professionnels en tant que « décideur-utilisateur de l'outil informatique » suggère de :
 - 10. *Reconnaître que l'utilisateur génère le changement en utilisant un moyen : l'informatique.*
 - Consolider la ressource informationnelle à l'unité de soins invite à :
 - 11. *Intégrer le système d'information de gestion informatisé de la Direction des soins infirmiers au plan directeur informatique du centre hospitalier.*
 - Aider à la prise de décision qu'un système d'information de gestion informatisé à l'unité de soins sous-tend de :
 - 12. *Reconnaître la qualité de l'information indispensable à la pratique infirmière.*

4.4.2 Les quinze principes susceptibles d'orienter les gestionnaires face à la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux dans le domaine des soins infirmiers

Au-delà d'une décennie s'est écoulé entre les principes susceptibles d'orienter les gestionnaires, dans le cadre de l'implantation de l'outil informatique et les quinze principes à venir issus de la démarche éthique. Une trame de fond met en évidence l'importance à accorder à l'humain dans le système parce que c'est tous ensemble que les différents intervenants du réseau construisent l'avenir pour la prestation de services à la clientèle. Nous sommes d'avis que tant l'humain qui dispense les services que celui qui les reçoit mérite considération. Face à notre vécu organisationnel, dans diverses facettes du réseau de la santé et des services sociaux, suite à la recension des écrits, tout en comprenant que les gestionnaires en place et en devenir s'intéressent à des pistes d'avenue dans la gestion des ressources humaines et que nous avons retenu la valeur « ressources humaines » dans cette démarche, nous suggérons aux gestionnaires les principes suivants pour guider l'action.

S'inspirant de l'interrogation de Fortin sur la façon de vivre, en référence au tableau 15, nos actions et implications se traduisent en quinze principes :

1. L'espoir intergénérationnel
2. La fonction « ressources humaines »
3. La philosophie de gestion
4. La visée éthique au sein du travail des cadres
5. Les habiletés politiques
6. Les conseils

7. Le sens du travail
8. Le respect et la dignité
9. La formation sur mesure et la gestion de la relève
10. Écouter l'autre
11. Gérer à partir de résultats
12. Réviser les pratiques professionnelles et la pertinence des actes
13. Favoriser la communication et se préoccuper de solutions organisationnelles
14. Diriger
15. Le travail d'équipe : une richesse collective

1. L'espoir a changé pour susciter l'espoir intergénérationnel

Poirier (2003), présidente du comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), cite la définition de la valeur, en référence à Richer (1999) :

« La valeur est une manière d'être ou d'agir qu'une personne ou une collectivité reconnaît comme idéale et qui rend désirables ou estimables les êtres ou les conduites elle est attribuée. »¹⁷⁷

Notre intérêt réside dans le fait de comprendre les besoins des jeunes, entre autres des infirmières, tant pour les accueillir que pour favoriser leur adaptation au milieu du travail.

À cet effet, Poirier (2003) se questionne et nous laisse des pistes de réflexion :

- *Équilibrer vie personnelle et professionnelle.*
 - o *Donc les jeunes s'attendent à avoir une conciliation travail-famille*

¹⁷⁷ Julie Poirier, « Autres générations, autres mœurs », dans Café rencontre du 4 novembre 2003, comité jeunesse OIIQ, 2003.

- *La flexibilité et la chaleur des milieux.*
 - *Les jeunes ne cherchent pas seulement un emploi, ils cherchent des défis, une intégration sociale, l'appartenance à une équipe de travail ; la dimension relationnelle est très importante.*
- *Une bonne qualité de vie.*
 - *Ils recherchent l'équilibre, le plaisir, se sentir bien ; ils veulent combler leurs besoins.*

Quant à l'encadrement clinique, elle poursuit :

« Il faut supporter les jeunes dans leur apprentissage, leur permettre d'expérimenter, leur donner la chance d'apprendre ».

La croyance du personnel dans le processus de restructuration et comprendre que

« [...] l'espoir d'un avenir nouveau et enthousiasmant est le seul moteur capable de pousser vers l'avant les personnes affectées par le processus de changement [...] et que l'investissement en ressources humaines, sous forme de formation et d'éducation, constitue un puissant signal de foi de la direction de l'avenir. »¹⁷⁸ (tableau 2 en annexe).

2. La fonction « ressources humaines »

La place de l'éthique au cœur du nouvel agir nous incite à considérer que :

La fonction ressource humaine [...] repose sur l'éthique [...]. Cela exige des dirigeants qu'ils aillent au-delà d'une réflexion strictement instrumentale [...] pour atteindre un niveau de réflexion « éthique » qui interroge les décisions d'une organisation à la lumière des valeurs non seulement économiques et financières, mais aussi sociales et humaines.¹⁷⁹

¹⁷⁸ « Peut-on limiter les effets d'une restructuration », dans Best of Ressources Humains, L'expansion Management Review, juin 1996. p. 48.

¹⁷⁹ Sylvie St-Onge, Michel Audet, Victor Haines et André Petit, dans Relever les défis de la gestion des ressources humaines, Gaétan Morin, 1998, p. 8.

3. La philosophie de gestion

Dans l'optique de mobiliser tous les intervenants, il s'avère important de considérer les rapports humains afin que les principes retenus puissent refléter l'engagement, tant des directions envers le personnel que celui à prendre par le personnel entre eux et inter équipe.

La philosophie de gestion des tableaux 16 et 17, selon Bouliane (1999), la philosophie de gestion

« réfère à une vision particulière de l'organisation du travail et de la personne humaine, à un certain type humain à privilégier, à la valorisation ou non de l'autonomie des personnes dans l'accomplissement de leurs tâches, à la valorisation des équipes de travail (etc.). [...] est la manifestation d'une éthique particulière... »¹⁸⁰

Les dimensions d'une philosophie de gestion à travers les auteurs Bouteiller et Guérin (1989) qui se regroupent ainsi :

- La nature de la relation qui lie l'employeur et l'employé ;
- Le niveau de la participation des employés à la prise de décision ;
- L'importance respective des ressources humaines internes et externes ;
- L'importance respective de l'effort individuel et collectif ;
- Le degré d'implication sociale.¹⁸¹

4. La visée éthique au sein du travail des cadres

Pour que demain soit différent en gestion, Desrosiers (1999), de Gagnon Desrosiers Conseil, lors d'un colloque en gestion des ressources humaines, titre sa conférence *Se bâtir*

¹⁸⁰ Cahiers de recherche, dans La réforme de la santé au Québec, La Corporation des Éditions Fides, 1999, p. 50.

¹⁸¹ Cahiers de recherche, op. cit., p. 49. Citant Dominique Bouteiller et Gilles Guérin, « La philosophie de gestion des ressources humaines : un outil de gestion », dans Gestion, vol. 14, n° 2, mai 1989, p. 21.

un avenir comme cadre : pistes et stratégies, donne une visée éthique au sein du travail des cadres tout en identifiant des pièges à éviter :

- *Un gestionnaire qui encadre après avoir écouté plutôt qu'un gestionnaire qui impose des décisions sans consultation.*
- *Un gestionnaire qui accepte de déléguer la coordination d'activités aux personnes les mieux placées pour les exercer plutôt qu'un gestionnaire qui cumule tous les pouvoirs.*
- *Un gestionnaire qui encourage et accepte les initiatives plutôt qu'un gestionnaire qui a peur du changement.*
- *Un gestionnaire qui tend à partager une vision et des valeurs plutôt qu'un gestionnaire qui définit des règles de conduite.*
- *Un gestionnaire qui responsabilise et fait confiance plutôt qu'un gestionnaire qui se méfie et contrôle...¹⁸²*

5. Les habiletés politiques

Dans l'optique d'influencer, tant les décideurs que les événements, les relations entre les collègues, tant de la profession d'origine que celles des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires, exigent d'établir des liens basés sur le respect de soi, d'autrui et des divers employeurs concernés. Les démarches et les actions qui en découlent doivent guider l'agir.

Pour exercer une influence sur les événements, il importe d'établir des relations tant avec les collègues de sa profession qu'avec ceux de l'équipe multidisciplinaire. En ce sens, Dallaire (2002) nous indique que : « Créer un réseau, c'est maîtriser l'art de se faire un

¹⁸² Cécile Desrosiers, « Se bâtir un avenir comme cadre : pistes et stratégies », dans Conférence donnée lors du 1^{er} Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, 1999, p. 2.

contact et de les utiliser. C'est le processus par lequel on crée des liens pour obtenir de l'information, de l'influence et du pouvoir avec des personnes stratégiquement placées. » [...] un réseau se construit à partir de chaque membre du groupe, de son image professionnelle¹⁸³. Tandis qu'elle définit le sens politique comme « une habileté à déchiffrer les relations de pouvoir entre les humains et dans les organisations – identifier les réseaux d'influence – saisir les forces en présence – capacité d'influencer – tisser des liens. »¹⁸⁴

6. Les conseils

La réflexion éthique fait appel à des convictions personnelles, des motivations où priment des valeurs. En ce sens, lorsque des collègues ou tout autre intervenant qui sollicitent une demande de conseil ou en donnent devraient se préoccuper, tant des valeurs humaines qu'organisationnelles.

Extrait d'un article *Des conseils et des hommes*, Benjamin Franklin affirmait : « Il est possible de donner des conseils, mais non de dicter une conduite... », tandis que d'après La Rochefoucauld, « Il est presque aussi difficile de savoir comment profiter d'un bon conseil que d'agir soi-même. » Toujours en référence à cet article, voici quelques directives qui relèvent du bon sens et pourraient être utiles :

- *Demandez toujours l'avis de plusieurs personnes...* ;
- *Exercez votre esprit critique ;*

¹⁸³ Sous la direction de Olive Goulet et Clémence Dallaire, dans Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives, Gaëtan Morin Éditeur Ltée, 2002, pp. 218-219.

¹⁸⁴ Clémence Dallaire, « Leadership et habiletés politiques : le sens politique », dans Conférence donnée lors du Colloque Les dirigeants en soins infirmiers : la gestion de demain, organisé par l'Association des hôpitaux du Québec, 2003.

- *Écoutez soigneusement les conseils fournis pour bien les comprendre [...]. A la fin de la discussion, reformulez la conclusion pour assurer de la justesse de votre interprétation ;*
- *N'adoptez pas une attitude défensive si le conseil contient une critique de votre personne... .*¹⁸⁵

*De plus, « Les conseils sont une grande source de synergie, mot qui désigne une action coordonnée d'efforts en vertu de laquelle le résultat global est supérieur aux efforts déployés par chacun. » Edmund Burke, grand philosophe politique, mentionne : « Celui qui fait appel à un niveau de compréhension égal double sa compétence ; celui qui a recours à un niveau de compréhension supérieur atteint le haut degré de compétence de celui avec lequel il s'unit. »*¹⁸⁶

7. Le sens du travail

Se référant au dictionnaire Webster, Pauchant (2001) cite que les auteurs Brief et Nord

*Expliquent que le premier aspect du mot « sens », à savoir la signification, implique la compréhension ou la connaissance d'un objet, en l'occurrence le travail. Le deuxième aspect du mot « sens », à savoir ce qui existe dans la pensée comme but ou dessein, fait appel aux raisons pour lesquelles les individus travaillent à ce qu'il entende accomplir ou réaliser par son travail. [...] Ils utilisent le mot « sens » pour désigner les croyances, les valeurs et les attitudes*¹⁸⁷

Ceci devrait susciter des réflexions chez les gestionnaires sur le sens au travail, les valeurs qui sous-tendent l'action dans un souci de cohérence. Le questionnement éthique réfère à *Qu'allons-nous offrir ensemble et que laisserons-nous en héritage ?*

¹⁸⁵ Banque Royale du Canada, dans Bulletin de la Banque Royale, vol. 72, n° 3, mai-juin 1991, pp. 1, 3 et 4.

¹⁸⁶ Banque Royale du Canada, op. cit., p. 4.

¹⁸⁷ Thierry C. Pauchant et collaborateurs, dans La quête du sens : Gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature. Montréal : Éditions Québec / Amérique Inc. 1996 – réimpression : 2001, p. 270.

8. Le respect et la dignité

Issu d'un texte *De la dignité au respect* de Durand (1999)¹⁸⁸, « La dignité est une qualité d'ordre substantif [...] alors que le respect est un terme éthique. L'un appelle l'autre quoique les deux ne se recouvrent pas totalement. » L'auteur réfère au philosophe allemand Kant qui s'est « appliqué longuement à expliquer que la personne a une dignité, du seul fait de son existence »¹⁸⁹ et il poursuit : « La personne humaine appelle le concept de dignité : dignité de la personne elle-même, dignité du corps humain [...]. La dignité est aussi un attribut, une qualité de la personne et de ses dérivés. Sur le plan éthique, cette dignité appelle le respect. »

*Respecter, qu'est-ce à dire ? Comme les mots les plus simples, il est difficile à expliquer : ne pas porter atteinte, ne pas exploiter, etc. Mieux : avoir de la considération pour l'autre, de l'égard, le reconnaître vraiment comme autre, autre identique à moi, égal à moi, porteur de la même humanité, de la même dignité que moi*¹⁹⁰.

9. La formation sur mesure et la gestion de la relève

Le respect de la clientèle implique des remises en question sur les devoirs et les obligations liés à la prestation des soins et des services. L'évolution des pratiques dans tous les domaines cliniques questionnent nos comportements à adopter et la formation et/ou mise à jour à recevoir pour répondre aux nouveaux besoins et préparer la relève. En ce sens, la formation sur mesure offre une occasion privilégiée de concilier les besoins de l'organisation et de l'individu en plus de respecter la réalité de l'autre.

¹⁸⁸ Francis Moreault, « Introduction générale à la bioéthique, histoire, concepts et outils », texte de Guy Durand, dans *Recueil de textes du Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Rimouski*, Fides Cerf, Montréal/Paris, automne 2002, pp. 196-197.

¹⁸⁹ Francis Moreault, *op.cit.*, p. 197

¹⁹⁰ Francis Moreault, *op.cit.*, p. 201.

En se référant aux diverses mesures incitatives mises de l'avant pour motiver le personnel infirmier, D'Amours (2002) va au-delà de celles reliées à un gain financier. Elle préconise une autre approche pour les professionnels :

Il faut plutôt élaborer des mesures incitatives reliées à une meilleure qualité de soins et à une plus grande satisfaction au travail. La mise sur pied de nouvelles interventions présentant des occasions d'apprentissage et d'expérimentation doivent mettre en valeur cette dimension du changement qui permet de s'apprendre et de s'améliorer.¹⁹¹

Lors d'une conférence donnée au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), Amherdt (2003)¹⁹² mentionne deux défis majeurs pour la gestion de la relève :

- « 1. Prolonger la vie professionnelle des travailleurs.
- 2. Planifier la relève selon les compétences et non les titres d'emploi »

Quant aux différents programmes de gestion de la relève, il met en relief que :

« Plusieurs recherches ont démontré que ces programmes avaient des impacts positifs :

- *Faciliter la mise en place des plans stratégiques ;*
- *Spécifier davantage les tâches manageriales ;*
- *Établir les normes de performance ;*
- *Assurer une certaine continuité dans la gestion ;*
- *Identifier les « hauts potentiels » ;*
- *Satisfaire les aspirations de carrière des employés ;*
- *Pourvoir plus rapidement des postes clés ;*

¹⁹¹ Sous la direction de Olive Goulet et Clémence Dallaire, dans Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives, Gaëtan Morin éditeur Ltée, 2002, p. 361.

¹⁹² Charles-Henri Amherdt, directeur du CRIEVAT, Sherbrooke, « Faites l'expérience du Flow ! Comment cette approche peut-elle être utile en gestion de la relève », dans Conférence donnée au Centre hospitalier universitaire de Québec, le 18 novembre 2003, pp. 82-83.

- *Augmenter la crédibilité de la fonction ressources humaines pour sa participation à l'atteinte d'objectifs organisationnels.*

Mais encore faudra-t-il que l'ensemble des gestionnaires supportent leurs collègues inscrits à ces programmes, tant par la gestion de l'horaire travail-études que par leurs compréhension et collaboration lors des journées en formation de jour qui demandent libération et réorganisation du travail.

10. Écouter l'autre

Citant Ouimet (2000), Thierry C. Pauchant s'adresse à des administrateurs, à des gestionnaires et aux employés. Il nous sensibilise à l'humilité qu'il définit : « au sens où l'on ne se prend pas pour quelqu'un d'autre » ainsi qu'à l'importance de l'« écoute de l'autre ».

Extrait de son commentaire, notons :

Pour « écouter l'autre », cela demande humilité de reconnaître que je n'ai pas la réponse à tout. L'« écoute de l'autre » est le point de départ. Cela fait profondément partie de la dignité humaine qui aide à partager sa souffrance et sa joie. L'« écoute de l'autre » est le point de départ du management. [...]. Nous sommes des êtres uniques et créatifs.¹⁹³

11. Gérer à partir de résultats

Préalablement à l'obtention de résultats, il serait souhaitable que les gestionnaires se préoccupent, à savoir si la nature et la charge de travail s'appuient sur des valeurs organisationnelles et que le support est approprié en fonction des résultats attendus. Ceci sous-tend

¹⁹³ Thierry C. Pauchant et collaborateurs, dans Pour un management éthique et spirituel, défis, cas, outils et questions, Fides, 2000, p. 214.

une visée éthique, tant dans sa relation envers l'autre qu'avec la réalité des attentes signifiées.

En référence aux *Faits saillants* énoncés dans *Les solutions émergentes*, il ressort le point de vue exprimé par plusieurs organismes reliés au réseau de la santé et des services sociaux dont nous pouvons nous inspirer ; citons entre autres :

Gérer à partir des résultats [...] cela signifie :

- *Fixer des objectifs clairs.*
- *Identifier des indicateurs de résultats.*
- *Préciser les modes d'imputabilité.*
- *Clarifier les responsabilités.*
- *[...] viser un haut standard de qualité de services.*
- *Encourager et soutenir l'innovation et la flexibilité.*
- *Supporter les bonnes performances.*¹⁹⁴

12. Réviser les pratiques professionnelles et la pertinence des actes

Ceci implique le choix organisationnel et les valeurs entourant l'action concernant les règles, les normes et les politiques. Faire autrement, voilà un des défis majeurs dans l'organisation des soins et des services qui met en relief la considération, la complicité et la complémentarité des professionnels de la santé. Selon Chantal Mantha (2002), l'équipe clinique de pilotage du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, animée par Jacques Ricard et Claudette Rivard, « s'est donné comme objectif de développer de nouveaux de modes de

¹⁹⁴ Gouvernement du Québec, « Les solutions émergentes », dans Rapport et recommandations de la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux, Bibliothèque nationale, 2000.

prestations de soins et de services et de nouvelles façons de faire centrer sur le client et sa famille... »¹⁹⁵

D'autre part, les émotions jouent un rôle important au sein de la dynamique organisationnelle. Amherdt (2003) cite Hess (2003) à ce sujet :

*Les émotions sont des processus qui permettent de nous adapter aux changements environnementaux et aux enjeux sociaux, elles ne sont pas irrationnelles. En fait, pour se comporter de façon rationnelle, l'homme a besoin des émotions.*¹⁹⁶

Considérant que les impacts organisationnels ont une influence sur les émotions du personnel, l'écoute devient source d'appui et d'agir.

Extrait de l'article de Chantal Mantha, *Quand la contribution de tous fait la différence...*, en référence à la révision des pratiques au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, le tableau suivant énonce les faits marquants de la démarche de révision des pratiques professionnelles et de la pertinence des actes :

- *Faire autrement ce que l'on fait depuis longtemps ;*
- *Revoir le cheminement du client à travers tous les processus cliniques ;*
- *Harmoniser les pratiques et développer une plus grande collaboration interdisciplinaire ;*
- *Éliminer des activités inutiles et le dédoublement ;*
- *Prioriser les actes pour dégager du temps auprès de la clientèle ;*
- *Redéfinir le partenariat et la complémentarité professionnels ;*
- *Diminuer les activités cléricales au profit de la présence auprès du client ;*
- *Repenser l'organisation des soins et des services en fonction de l'utilisation judicieuse des ressources ;*
- *Offrir des services adaptés cliniquement et économiquement pour répondre aux besoins de la population en fonction des données probantes.*¹⁹⁷

¹⁹⁵ Association des hôpitaux du Québec, dans *Artère*, vol. 20, n° 5, juin 2002, p. 2.

¹⁹⁶ Charles-Henri Amherdt, *op. cit.*, p. 7.

¹⁹⁷ Association des hôpitaux du Québec, dans *Artère*, vol. 20, n° 5, juin 2002, p. 2.

13. Favoriser la communication et se préoccuper de solutions organisationnelles

Savoir communiquer pour entrer en communication avec l'autre est un art. Tant l'organisation que les individus s'inspirent de valeurs pour donner un sens à l'action ; cependant l'importance du support, de la reconnaissance, de la qualité du climat de travail devraient mener à une responsabilités partagée.

Ceci réfère au tableau 18. Établir un lien entre employés et cadres s'avère essentiel. Se référant à une étude faite par IPSOS, *Réviser la santé mentale au Canada*, il suggère des solutions organisationnelles visant la prévention des maladies dues au stress.

- *Les gestionnaires doivent développer leur « intelligence émotionnelle » et permettre aux employés de transformer le mauvais stress en bon stress ;*
- *Les patrons doivent permettre à leurs employés de grandir au sein de l'organisation ;*
- *Les gestionnaires [...] doivent être des coachs et trouver les moyens de motiver les employés à s'investir au sein de l'entreprise ;*
- *Pour un employeur [...] favoriser les échanges entre employés, cadres et gestionnaires afin de permettre une meilleure communication au sein de l'entreprise. Il importe de laisser les employés s'exprimer sur leur travail afin de valider avec eux les sources potentielles de stress...¹⁹⁸*

14. Diriger

Diriger est un incontournable, et les gestionnaires sont appelés à jouer un rôle significatif au cœur de leur équipe pour relever le défi d'offrir des services de qualité à la clientèle. Diriger dans une visée éthique fait appel à la reconnaissance de l'autre dans son besoin de s'exprimer, de se développer et de se réaliser à travers les attentes signifiées dans le respect des valeurs humaines et professionnelles.

¹⁹⁸ Gestion santé, vol. 5, n° 3, octobre 2003, p. 9.

D'hier à demain, savoir diriger : un incontournable qui nous incite à se positionner :

Lapierre (2003), lors de sa conférence *L'exercice de l'autorité : entrave ou contribution à la synergie d'équipe ?*, précise que :

*L'autorité, comme le temps et l'argent sont les trois grandes contraintes, mais aussi trois grandes sources de pouvoir dans la vie de nos organisations [...]. L'autorité est une des relations fondamentales de la vie avant d'être une des réalités fondamentales de l'organisation.*¹⁹⁹

Ceci incite à partager d'autres éléments de cette conférence, Lapierre (2003), pour guider les gestionnaires, à savoir :

- *Diriger, c'est l'essence de la gestion : une direction à donner, un sens à donner... C'est la responsabilité de la personne en poste d'autorité. Les subordonnés ont droit à une direction ;*
- *On dirige comme on est. Son intelligence, ses affects, son énergie physique... Avec ses talents [...], forces et faiblesses, habilités et maladresses, qualités et défauts, ses compétences et ses incompétences ;*
- *L'autorité hiérarchique nous est conférée par en haut, mais notre vraie autorité vient de ce que nous sommes et nous est confirmée tous les jours par notre sentiment de légitimité par nos subalternes et toute l'organisation.*²⁰⁰

15. Le travail d'équipe : une richesse collective

En référence aux « caractéristiques organisationnelles des Magnet Hospitals », Mayrand Leclerc (2002) mentionne :

Les caractéristiques inhérentes au travail d'équipe dans une institution aimantée, comme le partenariat avec les pairs, permettent d'instaurer un climat de soutien

¹⁹⁹ Laurent Lapierre, « L'exercice de l'autorité : entrave ou contribution à la synergie d'équipe ? », dans Conférence donnée lors du 5^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, 2003, p. 3

²⁰⁰ Laurent Lapierre, op. cit., pp. 3-17.

*social dans le travail des infirmières en tissant un réseau serré d'appuis réciproques.*²⁰¹

Mettant en relief l'importance de la collaboration entre tous les intervenants des établissements de santé et les effets bénéfiques s'y rattachant, elle précise :

*L'énergie qui se dégage d'un environnement sain de travail d'équipe [...] tendrait donc vers un seul but : l'engagement du personnel infirmier envers la qualité et la continuité des soins, ce qui correspond aux attentes des décideurs et des politiques.*²⁰²

Maintenant que nous avons traduit dans nos stratégies d'action comment mettre en relief la valeur « ressources humaines », et en rétrospective des valeurs *D'hier à aujourd'hui* précédemment énumérées, nous en arrivons à conclure que les valeurs initiées par les communautés religieuses à l'origine du réseau hospitalier développées par les Augustines de la Miséricorde de Jésus, en 1639, ont traversé le temps.

²⁰¹ C. Viens, M. Lavoie-Tremblay et Mayrand Leclerc, dans Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers, Cap-Rouge : Presses inter-universitaires, chapitre 5, 2002.

²⁰² C. Viens, M. Lavoie-Tremblay et Mayrand Leclerc, op. cit.

CONCLUSION

D'hier à aujourd'hui nous a permis de retracer l'origine du système hospitalier québécois jusqu'à l'évolution du système de santé et des services sociaux. *Au delà des siècles*, le jeu des valeurs socio-historiques, interpersonnelles, professionnelles et personnelles qui ont guidé notre agir dans la prestation des soins et des services. De plus, les différentes réformes nous ont permis d'identifier des *enjeux éthiques*. Ceci nous a même fait reconnaître l'importance de la valeur « ressources humaines ».

En référence à la méthode éthique, cette valeur ayant été retenue, elle nous a incitée à déterminer nos *stratégies d'actions*. Ainsi, nous avons identifié des facteurs susceptibles de guider les gestionnaires dans leur pratique clinico-administrative.

Pierre-Paul Parent (1986), lors du colloque *L'éthique à venir : une question de sagesse ? Une question d'expertise ?* présente le *Passage de la morale à l'éthique : l'enjeu d'une parole*. Il fait ressortir l'impact d'être en relation avec autrui : « Vivre en société, c'est ainsi répondre à une exigence fondamentale de solidarité, assumer qu'on est un être de relations, un être qui ne vit pas seul et doit donc agir en conséquence. C'est aussi assumer

qu'un tel monde est marqué par des valeurs... »²⁰³ Et il poursuit : « Alors, c'est en assumant son rapport à la société, cette exigence de convivialité [...] qu'on peut introduire des valeurs nouvelles et un questionnement renouvelé des valeurs actuelles. »²⁰⁴

En référence à Berbec, *La vie en dialogue*, L'Hôtelier (2000) nous incite à la responsabilité collective en le citant : « Une véritable communauté, une organisation commune empreinte d'authenticité ne se réaliseront que dans la mesure où deviendront réels les individus dans l'existence responsable desquels se renouvelle la chose publique. »²⁰⁵

Extrait d'une entrevue avec Andrée Duplantie et Guy Durand pour *L'infirmière*, Isabelle Paré (2003) mentionne que pour ces auteurs : « La période difficile que traverse le réseau de la santé pose un défi de taille à la profession, celui de préserver les valeurs humaines dont est imprégnée depuis toujours la pratique des soins infirmiers. »²⁰⁶

Boitte (1995), dans son introduction de *Éthique, justice et santé*, écrit :

La santé et la maladie constituent pour nos sociétés des enjeux personnels et collectifs dont l'importance se révèle sans cesse croissante. Et si l'organisation d'un système de soins résulte certes des impératifs de la démographie, de la prévalence des

²⁰³ Université du Québec à Rimouski, Actes du colloque « L'éthique à venir : une question de sagesse ? Une question d'expertise ? », Les Éditions du Groupe de recherche Éthos, 1987, p. 215.

²⁰⁴ Université du Québec à Rimouski, *op. cit.*, p. 220.

²⁰⁵ Alexandre L'hôtelier, dans *Tenir conseil, délibérer pour agir*, Éditions Selé Arslam SA, 2001, p. 112.

²⁰⁶ Isabelle Paré, dans *Revue L'infirmière*, extrait d'une conférence donnée par Andrée Duplantie et Guy Durand, 2003, p. 112.

maladies et de l'état de la science et des techniques médicales, un système de santé se trouve être avant tout une institution culturelle qui intègre des valeurs, les aspirations et les finalités de la société, des décideurs qui organisent et fournissent les services aussi bien que des personnes qui en bénéficient.

Et il poursuit : « L'être humain est donc toujours en attente de son sens, sa capacité de constituer ce sens, le caractérisant en tant qu'humain : un être capable de trouver une réponse à l'énigme de son existence, un être éthique. »²⁰⁷

Quant à savoir si les valeurs d'hier ont traversé le temps, Durand, Duplantie, Laroche, Landy mentionnent que « le soin aux malades fait partie des œuvres de miséricorde [...] non seulement le geste extérieur de soigner, mais aussi l'attitude intérieure ». En référence à la compassion, ces auteurs précisent : « Elle est commandée par la reconnaissance de la dignité de la personne humaine et du respect qui lui est dû. »²⁰⁸

Sur le plan canadien, Durant, Duplantie, Laroche, Landy nous indiquent que l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada (AIIC) a adopté en 1997, le code de déontologie des infirmières autorisées :

Ce dernier s'élabore autour de sept valeurs : santé et bien-être, choix, dignité, confidentialité, équité, responsabilité, milieux de travail propices à des soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique [...]. Il faut souligner l'ajout de la valeur « équité » qui témoigne du climat de contraintes économiques...²⁰⁹

²⁰⁷ Pierre Boitte, dans Éthique, justice et santé, Corporation des éditions Fides, Montréal, 1995, p. 83.

²⁰⁸ Guy Durand, André Duplantie, Yvon Laroche, Danielle Landy, dans Histoire de l'éthique médicale et infirmière, Les presses de l'Université de Montréal, Éditions INF, 2000, p. 87.

²⁰⁹ Guy Durand, André Duplantie, Yvon Laroche, Danielle Landy, dans Histoire de l'éthique médicale et infirmière, Les presses de l'Université de Montréal, Éditions INF, 2000, p. 342.

Sur le plan international, Durand, Duplantie, Laroche, Landy réfèrent au Conseil des infirmières (CII/ICN), fondé en 1899 : « Composé de 14 énoncés, il porte en majorité sur les principes éthiques de la pratique professionnelle comme par exemple, [...] le respect de la confidentialité et le maintien des compétences. »²¹⁰ tandis que le Code actuel, Code de l'infirmière : principes déontologiques appliqués aux soins infirmiers, de 1973 et confirmé en 1989, selon ces auteurs, énonce la réaffirmation des principes fondamentaux : « l'universalité des besoins en soins infirmiers, la dignité humaine, le respect des droits de la personne et l'absence de discrimination ».

Les valeurs d'hier, en l'occurrence le dévouement, la bienfaisance, l'amour du prochain, le souci de l'autre, la compassion perdurent de nos jours et reflètent notre agir. Boitte (1995) le décrit bien :

Les systèmes de santé sont composés de lieux concrets où les personnes vivent, souffrent et meurent, où sont confrontés des enjeux existentiels. Il s'agit donc de comprendre, encore davantage, de manière réflexive et critique, un certain nombre de questions très concrètes de notre existence collective.²¹¹

Nous pensons qu'un lien de continuité s'avère essentiel par l'ouverture du milieu hospitalier, tant aux autres établissements de santé qu'à la communauté. S'enrichir collectivement par le partage de l'expertise devrait donner un sens à l'action visant l'espérance de l'émergence du client – établissement de santé à un client – réseau local de services intégrés.

²¹⁰ Guy Durand et collaborateurs, *op.cit.*, p. 341.

²¹¹ Pierre Boitte, *op. cit.*, p. 256.

TABLEAU 1

Valeurs en référence à Proulx

- **Valeurs socio-historiques :**

Travail : toute forme d'activité déployée par un gestionnaire ou un employé [...] qui permet [...] d'offrir un service à la collectivité moyennant pour le travailleur ou la travailleuse une rémunération ou un salaire décent.

Justice : égalité des privilèges et des droits de tout citoyen devant les lois, reconnue par tous les paliers du pouvoir politique quels que soit son sexe, sa race ou son âge.

- **Valeurs interpersonnelles :**

Respect d'autrui : sentiment qui porte à accorder à quelqu'un une considération admirative en raison de la valeur qu'on lui reconnaît même si celui-ci véhicule des valeurs différentes des nôtres.

Compassion envers autrui : capacité ou attitude [...] d'aider l'autre au-delà de toute considération de profit et sans tenir compte de sa race, de son sexe, de son statut social, etc.

- **Valeurs personnelles :**

Authenticité : capacité de ne jamais se mentir à soi-même.

Sens des responsabilités : capacité à percevoir ce que sont ses obligations d'être humain [...] de citoyen [...] accompagnée de la volonté ferme de respecter celle-ci en s'y conformant.

TABLEAU 2

Valeurs selon divers auteurs

Selon Durand, Duplantie, Laroche, Laudy (2000)

- Quelques grands principes moraux, se référant à certaines valeurs fondamentales, sous-tendent le cheminement de l'humanité soignante : souci d'autrui, bienfaisance, respect de la vie, vivacité, confidentialité [...], respect de la liberté du patient, honnêteté, loyauté, justice, équité, solidarité.

Selon Morin (1996), tiré de Pauchant et collaborateurs

- L'individu a besoin d'un système de valeurs et de croyances, d'une histoire qui lui permette de comprendre et d'interpréter plusieurs sinon tous les aspects de sa vie pour qu'il en trouve le sens.

Selon Fortin (1995)

- C'est ce qui a du prix. Une valeur, c'est le prix qu'on accorde à quelque chose. Quelque chose devient valeur, quand on la juge digne d'estime. On peut dire qu'une valeur, c'est ce qui compte pour une personne ou un groupe.

Selon Berthouzoz (2000), tiré de Thierry C. Pauchant, en référence à la *Déclaration universelle de la personne*

- Ainsi, pour les affaires, tous seront d'accord sur le principe de la bonne foi qui fait respecter le contrat ou la parole donnée pour le bon fonctionnement du système. Cette base morale, pour la vie humaine en société, a été exprimée dans un document : la Déclaration universelle des droits de la personne, de 1948.
- Ces droits universels font valoir la dignité, en référence à la dignité inviolable et inaliénable de chaque être humain qui doit être respectée et promue. Reconnaître ces droits comporte des exigences dans les relations personnelles et collectives et crée certaines responsabilités.

Guy Durand, André Duplantie, Yvon Laroche, Danielle Landy, dans Histoire de l'éthique médicale et infirmière, Les presses de l'Université de Montréal, Éditions INF, 2000, p. 26.

Thierry C. Pauchant, Thierry C, dans Pour un management éthique et spirituel : Défis, cas, outils et questions. Montréal : Éditions Fides, sauf pour le chapitre 7, J. R. Ouimet, pour le chapitre 7, 2000, p. 247.

TABLEAU 3

Notion d'enjeu éthique

Pour les fins du présent travail, la définition donnée par *le Groupe de recherche Ethos* pour définir « enjeu éthique » est retenue. Il s'agit du jeu des relations entre :

- a) L'application de lois, normes ou règles à des interventions particulières d'ordre professionnel ou social ;
- b) L'articulation d'un certain nombre de valeurs qui sont véhiculées dans ces lois, normes ou règles et qui inspirent cette réglementation ;
- c) La référence de ces valeurs à des conceptions de la personne, de l'acte, de l'organisation dans laquelle on travaille et de la société ; conceptions qui légitiment ou justifient cette réglementation, en plus de donner un contenu spécifique aux valeurs qui l'inspirent et une signification particulière à des interventions professionnelles et sociales.

Sous la direction de Pierre Fortin, dans *La réforme de la santé au Québec*. Cahier de recherche éthique 22, Éditions Fides, 1999, p. 17.

Documents de l'UQAR, - Méthodes éthiques (ETH-65192), dans *Indications pour le travail de session*, non datés, p. 2.

TABLEAU 4**Liste des lois en vigueur dans le domaine
de la santé et des services sociaux**

- Loi sur le conseil de la santé et du bien-être
- Loi sur le conseil médical de Québec
- Loi sur les services de santé et de services sociaux
- Loi sur les services de santé et de services sociaux pour les Autochtones, Cris
- Loi sur les sages femmes
- Loi sur l'assurance maladie
- Loi sur la régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)
- Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui
- Loi sur la protection de la santé publique
- Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées
- Loi sur l'assurance hospitalisation
- Loi sur les inhumations et exhumations
- Loi sur les cimetières non catholiques
- Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux
- Loi sur le tabac
- Loi sur l'assurance médicaments
- Loi sur Héma-Québec et sur le comité d'hémovigilance
- Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec
- Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec
- Loi sur la protection de la jeunesse

TABLEAU 5**Projet de loi n° 25****Loi sur les Agences de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux****POINTS MAJEURS**

- ❖ Création des Agences de développement de réseaux de services de santé et de services sociaux, lesquelles succéderont, de plein droit et sans autre formalité, aux Régies régionales de la santé et des services sociaux.
- ❖ Chacune de ces agences aura pour mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.
- ❖ Chacun des réseaux locaux devra comprendre une instance locale formée pour regrouper les établissements identifiés par l'Agence, qui offrent les services d'un centre local de services communautaires, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée et d'un centre hospitalier.
- ❖ La décision du ministre d'accepter le modèle d'organisation devra être approuvée par le gouvernement.

TABLEAU 6**Projet de loi n° 30****Loi concernant les unités de négociation dans le secteur social
et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives
dans les secteurs publics et parapublics****POINTS MAJEURS**

- ❖ Le projet de loi établit les unités de négociation qui peuvent être constituées en fonction de cinq catégories de personnel.

- ❖ Il précise qu'une seule association de salariés peut être accréditée pour représenter, au sein d'un établissement, les salariés d'une unité de négociation et prévoit qu'une seule convention collective peut être applicable à l'ensemble des salariés de cette unité de négociation.

TABLEAU 7

**Projet de loi n° 90 (2002, chapitre 33)
Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives
dans le domaine de la santé – adoption**

Date d'entrée en vigueur : 30 janvier 2003

PRINCIPALES DIFFÉRENCES ENTRE LES CADRES JURIDIQUES DE 1973 ET DE 2003	
1973	2003
<ul style="list-style-type: none"> - Le législateur crée des professions à exercice exclusif à titre réservé. - Des lois particulières sont adoptées pour les infirmières, les médecins, les pharmaciens et les technologues en radiologie qui deviennent ainsi des professions à l'exercice exclusif. - Les professions à titre réservé n'ont pas de loi propre, mais leurs activités sont définies dans le Code des professions. Ce sont les diététistes, les ergothérapeutes, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes, les physiothérapeutes et les technologues médicaux. - Les règlements sur les actes médicaux et les infirmières déléguées entrent en vigueur en 1980. - Les frontières sont étanches entre les professions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le législateur assouplit les modalités du système professionnel. - Toutes les professions ont un champ de pratique qui les distingue, mais elles partagent tout ce qui a trait aux activités d'information, de promotion de la santé et de prévention de la maladie. - Toutes les professions ont des activités réservées, mais certaines sont attribuées à plus d'une profession, par exemple, la décision d'utiliser des mesures de contention. - La nouvelle Loi a préséance sur le règlement de délégation des actes infirmiers et le règlement de délégation des actes médicaux. - Les frontières sont moins étanches entre les professions.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, dans Le journal de l'OIIQ, édition spéciale, janvier 2003, p. 4.

TABLEAU 8**Concept de réseau local de services (RLS)**

« Le ministère de la Santé et des Services sociaux a défini le concept de réseau local de services intégrés... »

Extrait du texte ministériel

Les réseaux locaux de services intégrés constituent un réseau de partenaires qui deviendront ensemble, responsables d'offrir à la population d'un territoire défini des services de base tant dans le domaine de la santé que dans le domaine social.

Au cœur du réseau de partenaires, est définie une instance locale qui regroupe les services offerts par un centre local de services communautaires (CLSC), un centre d'hébergement (CHSLD) et un centre hospitalier (CH).

L'instance locale aura la responsabilité de coordonner l'offre de services de l'ensemble des partenaires de son territoire et devra établir des ententes de services pour les services plus spécialisés offerts par des établissements à vocation régionale (centres hospitaliers spécialisés et surspécialisés), centres jeunesse, centres de réadaptation.

Agence de développement de réseaux locaux des services de santé et des services sociaux, Le projet régional d'organisation de services intégrés : un défi de proximité, d'accessibilité et de continuité, document soumis au conseil d'administration de l'Agence, le 29 février 2004.

TABLEAU 9

Sens du travail

Selon Morin (2001), lors de sa conférence *Une vision humaniste de l'organisation du travail*,

La signification du travail pour les Québécois, réfère à :

- Une activité utile (quelque chose qui profite aux autres, qui apporte une contribution à la société, qui ajoute de la valeur à quelque chose).

- Les facteurs du sens du travail se regroupent ainsi :
 - Les facteurs d'efficacité personnelle (pouvoir atteindre les objectifs...).
 - Les facteurs de réussite au travail (faire un travail [...] qui mène à des résultats qu'on valorise et qui sont reconnus).
 - Les facteurs de sécurité (faire un travail [...] où on peut compter sur l'aide de ses collègues lorsqu'on a des difficultés).
 - Les facteurs du plaisir au travail (faire un travail [...] qui permet d'assumer des responsabilités et de s'épanouir).

Selon Morin (1996),

- Le sens est un effet, un produit de l'activité humaine. Il reprend une définition du dictionnaire *Webster*, en référence aux chercheurs Brief et Nord : « Le premier aspect du mot « sens », à savoir la signification implique la compréhension ou la connaissance d'un objet, en l'occurrence le travail [...], à savoir ce qui existe dans la pensée comme but ou raison. »

Estelle M. Morin, « Une vision humaniste de l'organisation du travail », dans Conférence donnée lors du 3^e colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, 2001, pp. 5-7.

TABLEAU 10

L'éthique

Selon Durand, Duplantie, Laroche, Laudy (2000),

- L'éthique fait appel à l'intériorité : convictions propres, motivations, attitudes [...]. Elle est le jaillissement de l'intelligence créatrice et responsable en quête des voies qui peuvent assurer au mieux la promotion de chaque être humain et le futur de l'humanité.

Selon Fortin (1995),

- L'éthique nous aide à comprendre la question « Comment vivre ? ». Elle peut être définie comme la réflexion – l'analyse et la critique – sur les règles et les fins qui guident l'action humaine [...]. Elle peut être considérée comme la recherche d'un art de vivre qui fait appel à la créativité et à la responsabilité.

Selon Morin (2001),

- L'éthique du travail doit ou devrait guider l'agir au quotidien.
Faire un travail qui montre de la considération pour la dignité humaine, qui respecte les valeurs humaines et vos convictions personnelles dans un milieu qui respecte les personnes où priment les valeurs de justice et d'équité.

Guy Durand, Andrée Duplantie, Yvon Laroche et Danielle Laudy, Danielle, dans Histoire de l'éthique médicale et infirmière. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, Éditions INF, 2000, 361 p.

Pierre Fortin, dans La morale. L'éthique. L'éthicologie. Collection éthique / Québec : Presses de l'Université du Québec, 1995. 124 p.

Estelle M. Morin, « Une vision humaniste de l'organisation du travail », dans Conférence donnée lors du 3^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, 2001, pp. 5-7.

TABLEAU 11

Responsabilité éthique Réflexion éthique

Selon Bouliane (1990),

- L'éthique fait appel à l'intériorité : convictions propres, motivations, attitudes [...]. Elle est le jaillissement de l'intelligence créatrice et responsable en quête des voies qui peuvent assurer au mieux la promotion de chaque être humain et le futur de l'humanité.

Selon Fortin (1995),

- L'éthique nous aide à comprendre la question « Comment vivre ? ». Elle peut être définie comme la réflexion – l'analyse et la critique – sur les règles et les fins qui guident l'action humaine [...]. Elle peut être considérée comme la recherche d'un art de vivre qui fait appel à la créativité et à la responsabilité.

Selon Morin (2001),

- L'éthique du travail doit ou devrait guider l'agir au quotidien.
Faire un travail qui montre de la considération pour la dignité humaine, qui respecte les valeurs humaines et vos convictions personnelles dans un milieu qui respecte les personnes où priment les valeurs de justice et d'équité.

Bruno Bouliane, « Du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux à une réforme axée sur le citoyen, philosophie de gestion et enjeux éthiques », dans La réforme de la santé au Québec, questions éthiques, extrait des Cahier de recherche éthique 22, sous la direction de Pierre Fontaine, Éditions Fides, 1999, pp. 48-51.

Pierre Fortin, dans La morale. L'éthique. L'éthicologie. Collection éthique / Québec : Presses de l'Université du Québec, 1995. 124 p.

Estelle M. Morin, « Une vision humaniste de l'organisation du travail », dans Conférence donnée lors du 3^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, 2001, pp. 5-7.

TABLEAU 12**Principes directeurs
pour guider la gestion des ressources humaines
dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux**

1. Un environnement de travail stimulant
dans lequel chaque individu peut trouver quotidiennement des sources de motivation et de satisfaction.
2. Une gestion axée sur les résultats
où chaque gestionnaire dispose de la latitude appropriée pour organiser le travail avec ses équipes en fonction des résultats attendus.
3. Une organisation de travail moderne, flexible et adaptée
où chaque membre de l'organisation sent qu'il a une emprise sur son travail et où les responsabilités de chacun sont situées au bon niveau.
4. Une valorisation de la compétence des personnes
par laquelle chaque travailleur sait que les efforts pour en développer et se maintenir à la fine pointe des connaissances seront reconnus et encouragés.
5. Une préoccupation constante sur la formation et la préparation de la relève
où chaque organisation planifie de façon stratégique ses besoins de main d'œuvre et prépare avec attention la relève.

TABLEAU 13**Vision de l'infirmière de l'an 2010****Portrait**

L'infirmière impliquée et intégrée au sein de la communauté détient soit un contrat, un poste dans le secteur public, gère sa propre entreprise ou œuvre dans le secteur privé. Elle se définit ainsi :

- ❖ Fière de sa profession
- ❖ « Sécure », solidaire, autonome et préoccupée par le maintien de sa compétence
- ❖ Centrée sur les besoins de santé des individus
- ❖ Partenaire avec la clientèle, soit l'individu, la famille et les personnes significatives
- ❖ Éducatrice de la santé
- ❖ Impliquée dans l'évolution des soins infirmiers par son engagement dans la recherche
- ❖ Préoccupée par la protection du public en matière de santé
- ❖ Soucieuse de dispenser des soins de qualité
- ❖ Habile à composer avec les valeurs et croyances reliées aux différentes ethnies
- ❖ Responsable et imputable de ses gestes

Centre hospitalier universitaire de Québec, L'Hôtel-Dieu de Québec, Les défis de la pratique infirmière – vision de l'an 2010 – CHUQ – L'HDQ, Réflexion d'un groupe d'infirmières sur la vision d'avenir de la profession infirmière, états généraux, 6 et 7 mai 1996, Centre des congrès de Québec, avril 1996.

TABLEAU 14

**Douze principes susceptibles d'orienter les gestionnaires
face à l'implantation de l'outil informatique
dans le domaine des soins infirmiers**

1. Reconnaître initialement l'utilité du changement dans une perspective d'accroître la productivité et de contribuer à un processus d'amélioration continue de la qualité.
2. Gérer le projet d'informatisation à la Direction des soins infirmiers implique, outre le risque et les bénéfices, d'en évaluer les nouvelles pratiques de gestion et le modèle structurel de l'unité de soins.
3. Adapter la technologie informatique en cohérence avec le profil de pratique.
4. Développer le concept d'équipe multidisciplinaire à la base et ceci, dans un contexte de gestion participative.
5. Adopter une stratégie d'implantation en cohérence avec les valeurs de gestion du milieu et la philosophie des soins infirmiers.
6. Poursuivre le développement ou implanter l'outil informatique en respectant les étapes du changement planifié.
7. Favoriser la formation initiale des utilisateurs en laboratoire, tant pour l'implantation que pour le développement de l'outil informatique à l'unité de soins.
8. S'engager à effectuer les changements requis.
9. Créer le cycle du mouvement implantation-suivi-développement.
10. Reconnaître que l'utilisateur génère le changement en utilisant un moyen : l'informatique.
11. Intégrer le système d'information de gestion informatisé de la Direction des soins infirmiers au plan directeur informatique du centre hospitalier.
12. Reconnaître la qualité de l'information indispensable à la pratique infirmière.

Denyse Bolduc, Évaluation de l'outil informatique en support à la prise de décision pour l'infirmière, Projet d'intervention dans le cadre de l'obtention de la maîtrise en administration publique, Université du Québec, 1993.

TABLEAU 15

**Quinze principes susceptibles d'orienter les gestionnaires
face à la restructuration du réseau de la santé
et des services sociaux**

En référence à Fortin (1995) qui nous rappelle que « l'éthique se définit d'abord comme un discours appréciatif des finalités qui sont proposées pour requêter l'agir humain ; ce discours est généralement nuancé, parfaitement, délicatement nuancé » ; nos actions et implications se traduisent en quinze principes :

1. Susciter l'espoir intergénérationnel
2. La fonction « ressources humaines »
3. La philosophie de gestion
4. La visée éthique au sein du travail des cadres
5. Les habiletés politiques
6. Les conseils
7. Le sens du travail
8. Le respect et la dignité
9. La formation sur mesure
10. Écouter l'autre
11. Gérer à partir de résultats
12. Réviser les pratiques professionnelles et la pertinence des actes
13. Favoriser la communication et se préoccuper de solutions organisationnelles
14. Diriger
15. Le travail d'équipe : une richesse collective

TABLEAU 16

Philosophie de gestion

Cité par Boulianne (1999), selon Pierre G. Bergeron (1997),

- Un processus de planification, d'organisation, de direction et de contrôle des ressources humaines, financières, matérielles et physiques, par lequel on veut atteindre un objectif précis.

Selon Bruno Boulianne (1999), en référence à des auteurs,

- Une philosophie de gestion des ressources humaines est un ensemble de valeurs, de principes et de croyances que la direction d'une entreprise ou d'un organisme s'engage face à son personnel.

Cité par Boulianne (1999), selon Dominique Bouteiller et Gilles Guérin (1989), en référence au continu d'une philosophie de gestion,

- La nature de la relation qui lie l'employeur et l'employé.
- Le niveau de participation des employés à la prise de décision.
- L'importance respective des ressources internes et externes.
- L'importance respective de l'effort individuel et collectif.
- Le degré d'implication sociale.

Un des constats du *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (1988), s'énonce ainsi :

En matière de gestion des ressources humaines, le défi des années à venir exige de revoir la philosophie de gestion. L'environnement a changé et se traduit par de nouvelles valeurs : désir de participation aux décisions et de nivellement des statuts, préoccupation grandissante pour la qualité de vie au travail, volonté de démocratisation, désir de tous les employés d'être considérés dans leur travail et non traités comme des rouages d'un appareil et enfin, volonté de valorisation personnelle dans et par le travail.

Bruno Boulianne, « Du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux à une réforme axée sur le citoyen, philosophie de gestion et enjeux éthiques », dans La réforme de la santé au Québec, questions éthiques, extrait des Cahier de recherche éthique 22, sous la direction de Pierre Fortin, Éditions Fides, 1999, pp. 48-51.

Gouvernement du Québec, Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1998, p. 258.

TABLEAU 17

Le processus de dialogue dans une organisation

Selon Pauchant, Mitroff (1995) : [...] Le processus de dialogue dans une organisation permet la découverte ou la création d'un sens partagé.

Ces auteurs citent Estelle Morin : [...] la notion de « sens » inclut trois composantes :

1. La définition de visions, de directions ou d'orientations pour l'avenir...
2. L'assise de ces visions sur des valeurs profondes qui donnent un sens aux personnes, en leur procurant une signification personnelle profonde ainsi qu'une raison de vivre, de travailler et d'agir.
3. L'émergence de projets d'actions, de desseins, d'intentions, basée sur un engagement authentique des personnes dans des activités valorisées et valorisantes qui permettent le développement d'un « esprit d'entreprise ».

Thierry C. Pauchant et Ian T. Melroff, « La gestion des crises et des paradoxes », dans Prévenir les effets destructeurs de nos organisations, Éditions Québec Amérique inc., 1995, pp. 221-222.

BIBLIOGRAPHIE

- Association des hôpitaux du Québec. 2002. Dans Artère, vol. 20, n° 5, juin, p. 2.
- Association des hôpitaux du Québec. 2003. Dans Artère, vol. 21, n° 1, février, p. 1.
- Association des hôpitaux du Québec. 2003. Dans Artère, vol. 21, n° 9, novembre, p. 1.
- Association des hôpitaux du Québec. 2004. Dans Artère, vol. 22, n° 1, février, p. 1.
- Association des hôpitaux du Québec. 2004. Dans Artère, vol. 22, n° 2, mars, pp. 1-2.
- Audet, Michel. 1999. « Les organisations de services publics devront se transformer une fois de plus ! ». Dans Conférence donnée lors du 1^{er} Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, p. 18.
- Auteur inconnu. 1996. « Peut-on limiter les effets d'une restructuration ». Dans Best of Ressources Humains, L'expansion Management Review, juin, p. 48.
- Banque Royale du Canada. 1991. Bulletin de la Banque Royale, vol. 72, n° 3, mai-juin, pp. 1, 3 et 4.
- Beauchemin, Roch. 2002. « Un univers encore trop méconnu : les impacts humains des technologies à venir dans le réseau ». Dans Conférence donnée lors du 4^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, p.28.
- Bernatchez, Ginette. 1989. « Un palais pour les malades ». Dans Histoire du Québec, Cap-aux-Diamants, hors série, p. 21.

- Boitte, Pierre. 1995. Éthique, justice et santé : allocation des ressources en soins dans une population vieillissante. Montréal : Corporation des Éditions Fides, 272 p.
- Bolduc, Denyse. 1993. « Évaluation de l'outil informatique en support à la prise de décision pour l'infirmière ». Dans Projet d'intervention dans le cadre de l'obtention de la maîtrise en administration publique, Université du Québec, p. 88.
- Bouchard, Christian. 1989. « Préparer la relève ». Dans Histoire du Québec, Cap-aux-Diamants, hors série, p. 68.
- Bouliane, Larochelle, Vandelac. 1998. « Éthique et société ». Dans Magazine Réseau.
- Cahiers de recherche, op. cit., p. 49. Citant Dominique Bouteiller et Gilles Guérin, « La philosophie de gestion des ressources humaines : un outil de gestion ». Dans Gestion, vol. 14, n° 2, mai 1989, p. 21.
- Cardinal, L. 1999. « Tendances dans les trajectoires et les motivations professionnelles des gestionnaires ». Dans Revue internationale de gestion, vol. 24, n° 2, pp. 23-31.
- Centre hospitalier universitaire de Québec. 2001. Santé en tête,. vol. 3, n° 2, p. 21.
- Centre hospitalier universitaire de Québec. 2002. Pochette d'accueil du personnel infirmier.
- Centre hospitalier universitaire de Québec. 2003. Santé en tête,. automne, p. 15.
- Colloque en gestion des ressources humaines. 1999. Expériences et perspectives : Nouvelles tendances en gestion des ressources humaines. Cahier du participant. Québec : Centre hospitalier universitaire de Québec.
- Colloque en gestion des ressources humaines. 2000. Expériences et perspectives : Travailler en synergie. Cahier du participant. Québec : Centre hospitalier universitaire de Québec.

- Colloque en gestion des ressources humaines. 2001. Expériences et perspectives : Oser, découvrir, transformer, créer. Cahier du participant. Québec : Centre hospitalier universitaire de Québec.
- Colloque en gestion des ressources humaines. 2002. Expériences et perspectives : Explorer de nouveaux espaces. Cahier du participant. Québec : Centre hospitalier universitaire de Québec.
- Colloque en gestion des ressources humaines. 2003. Expériences et perspectives : Développer sans cesse l'intelligence d'être ensemble. Cahier du participant. Québec : Centre hospitalier universitaire de Québec.
- Conférence sur l'approche du Flow ! 2003. Faites l'expérience du Flow ! Comment cette approche peut-elle être utile en gestion de la relève. Centre hospitalier universitaire de Québec.
- Conférence sur la révision des modèles de distribution de soins. 2004. Révision des modèles de distribution de soins. Enjeux et Impacts. Université Laval, Université du Québec en Outaouais, CHSRF/CIHR chair in Nursing Health Humain Ressources.
- Conférence sur vivre dans un univers de paradoxe au Centre hospitalier universitaire de Québec. 2002. Vivre dans un univers de paradoxe. Québec : Université Laval.
- Dallaire, Clémence. 2003. « Leadership et habiletés politiques : le sens politique ». Dans Conférence donnée lors du Colloque Les dirigeants en soins infirmiers : la gestion de demain, organisé par l'Association des hôpitaux du Québec.
- De Koninck, Thomas. 1995. De la dignité humaine. France : Presses universitaires de France, 244 p.
- Desrosiers, Denise. 1986. « Une pratique humaniste : un rêve réalisable ? un rêve utopique ? ». Dans Actes du colloque – colloque L'éthique à venir : une question de sagesse ? une question d'expertise, Groupe de recherche Éthos, p. 169.
- Dubé, L. ; Paquet, C. 2003. « Les émotions, l'aspect négligé dans l'organisation des soins de santé centrée sur le client ». Dans Revue internationale de gestion, vol. 28, n° 3, pp. 26-32.

- Durand, Guy ; Duplantie, Andrée ; Laroche, Yvon ; Laudy, Danielle. 2000. Histoire de l'éthique médicale et infirmière. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, Éditions INF, 361 p.
- Durivage, A. 2004. « La gestion des compétences et la dotation de personnel au Mouvement Desjardins ». Dans Revue internationale de gestion, vol. 29, n° 1, pp. 10-18.
- Etchegoyen, Alain. 1991. La valse des éthiques. Paris : Éditions François Bourin, collection Agora, 244 p.
- Forest, Martin. 2001. « Pourquoi les meilleurs viendraient-ils travailler avec nous ». Dans Conférence donnée lors du 3^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, p. 7.
- Fortin, Pierre. 1995. Guide de déontologie en milieu communautaire. Collection éthique 3 Québec : Presses de l'Université du Québec, 147 p.
- Fortin, Pierre. 1995. La morale. L'éthique. L'éthicologie. Collection éthique / Québec : Presses de l'Université du Québec, 124 p.
- Gaha, C. ; Mansour, N. 2004. « Le management des connaissances : la structure et la stratégie des ressources humaines comme leviers d'exploitation et d'exploration ». Dans Revue internationale de gestion, vol. 29, n° 2, pp. 19-25.
- Giertz, C. 1973. The interpretation of cultures, New York, Basic Book, p. 44.
- Goleman, Daniel. 1998. L'intelligence émotionnelle 2 : Accepter ses émotions pour s'épanouir au travail. Paris : Éditions Robert Lafont, S.A., 384 p. Paris : Éditions J'ai le Bien-être 7202.
- Gouvernement du Québec. 1988. Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Bibliothèque nationale du Québec, article 4, 808 p.
- Gouvernement du Québec. 1996. « Sommet sur l'économie et l'emploi ». Dans La santé et les services sociaux, enjeux et orientations d'un système en transformation, Bibliothèque nationale du Québec, pp. 7-8.

- Gouvernement du Québec. 2000. « Les solutions émergentes ». Dans Rapport et recommandations de la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux, Bibliothèque nationale, p. 112.
- Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 2001. Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèque nationale du Québec, p. 27.
- Gouvernement du Québec. 2002. « Une image chiffrée ». Dans Le système de santé et de services sociaux du Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 183 p.
- Gouvernement du Québec. 2002. « Proposition d'organisation des services médicaux de la région de Québec ». Rapport synthèse, 27 septembre.
- Kremer-Marietti, Angèle. 1995. « Que sais-je ? », collection encyclopédique. Dans La morale, Presses universitaires de France, p. 109.
- L'Hôtel-Dieu de Québec. 1992. La Prose santé, vol. 2, n° 1, p. 27 et février, p. 4.
- L'Hotellier, Alexandre. 2001. Tenir conseil : Délibérer pour agir. France : Éditions Seli Arslan SA, 254 p.
- La revue de référence infirmière SOINS. 2001. N° 655, mai, p. 13.
- La revue de référence infirmière SOINS. 2001. N° 658, septembre.
- La revue de référence infirmière SOINS. 2001. N° 661, décembre.
- Lapierre, L. 1994. « Composer avec ses défauts » Dans Revue internationale de gestion, vol. 19, n° 3, pp. 12-13.
- Messier, Omer Denis. 1989. « Une œuvre féconde ». Dans Histoire du Québec, Cap-aux-Diamants, hors série, p. 26.

- Moreault, Francis. 2002. « Introduction générale à la bioéthique, histoire, concepts et outils », texte de Guy Durand. Dans Recueil de textes du Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Rimouski, Fides Cerf, Montréal/Paris, automne, pp. 196-197.
- Morin, Estelle M. 2001. « Une vision humaniste de l'organisation du travail ». Dans Conférence donnée lors du 3^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, pp. 5-7.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. 2004. Colloque des CII, conférence de A.P., Conbrandriopolos, Dasum et Grés, Université de Montréal, 5 mai, pp. 10-18.
- Paquette, Claude. 2002. Pour que les valeurs ne soient pas du vent, Victoriaville : Éditions Contreforts / Claude Paquette.
- Pauchant, Thierry C. ; Metroff, Ian I. 1995. La gestion des crises et des paradoxes : Prévenir les effets destructeurs de nos organisations. Montréal : Éditions Québec / Amérique inc., 332 p.
- Pauchant, Thierry C. 2000. Pour un management éthique et spirituel : Défis, cas, outils et questions. Montréal : Éditions Fides, sauf pour le chapitre 7, J. R. Ouimet, pour le chapitre 7, 418 p.
- Pauchant, Thierry C. et collaborateurs. 2001. La quête du sens : Gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature. Montréal : Éditions Québec / Amérique Inc. 1996 – réimpression : 2001, 359 p.
- Poirier, Julie. 2003. Autres gestionnaires, autres mœurs, Café rencontre du 4 novembre 2003, Comité jeunesse, OIIQ.
- Proulx, Bernard. 1999. Valeurs et le sens de l'existence, Collection Philosophie, Éditions Les Greffons d'argile, Sainte-Foy : Québec, 287 p.
- Racine, Louis ; Legault, Georges A. ; Bégin, Luc. 1991. Éthique et ingénierie. Montréal : McGraw-Hill Éditeur, pp. 1-104.

- Recueil de textes de l'UQAR - Déontologie professionnelle (ETH-74092). Bilan critique et perspective de l'expérience québécoise en déontologie, vision préliminaire non datée, G.A. Legault, p. 84.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Rapport annuel des activités 2001-2002, p. 71.
- Revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2004. Vol. 1, n° 3, janvier-février, p. 7.
- Rivard-Royer, H. ; Beaulieu, M. 2003. « L'évolution du commerce électronique et la performance de la chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé : changement de paradigme ». Dans Revue internationale de gestion, vol. 27, n° 4, pp. 17-23.
- Robitaille, L. 2003. « La modernisation de la gestion des ressources humaines ». Dans Revue internationale de gestion, vol. 28, n° 2, p. 10.
- Rousseau, François. 1989. La croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de L'Hôtel-Dieu de Québec I : 1639-1892. Sillery : Éditions du Septentrion, p. 454.
- Rousseau, François. 1989. La croix et le scalpel : Histoire des Augustines et de L'Hôtel-Dieu de Québec II : 1892-1989. Sillery : Éditions du Septentrion, p. 489.
- Roy, David J. ; Williams, John R. ; Dickens, Bernard M. ; Beaudoin, Jean-Louis. 1995. La bioéthique : ses fondements et ses controverses. Québec : Éditions du Renouveau pédagogique inc., 548 p.
- Simard, Jean-Yves et Sandra Dumont. 2001. « Pour un milieu qui y ait une âme ». Dans Conférence donnée lors du 3^e Colloque en gestion des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Québec, p. 7.
- Sous la direction de Olive Goulet et Clémence Dallaire. 2002 Les soins infirmiers : Vers de nouvelles perspectives. Boucherville : Gaëtan Morin Ltée, 465 p.
- Sous la direction de Pierre Fortin. 1999. La réforme de la santé au Québec, Cahier de recherche éthique 22, Fides, p. 35.

- St-Onge, Sylvie ; Audet, Michel ; Hains, Victor ; Petit André. 1998. Relever les défis de la gestion des ressources humaines. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur Ltée, 701 p.
- Tremblay, B. ; Archambault, C. 2003. « Transformer les conceptions du métier de gestionnaire : une expérience auprès des cadres d'une grande entreprise ». Dans Revue internationale de gestion, vol. 28, no 1, pp. 18-27.
- Université du Québec à Rimouski. 1987. Actes du colloque « L'éthique à venir : une question de sagesse ? Une question d'expertise ? », Les Éditions du Groupe de recherche Éthos, p. 215.
- Vanier, Thérèse. 1989. « Hôtel-Dieu, lieu d'hospitalité et d'interpellation ». Dans Conférence donnée dans le cadre des Fêtes du 350^e anniversaire de la Fondation de L'Hôtel-Dieu de Québec.
- Veilleux, Christine. 1989. « De Dieppe à la côte du Palais ». Dans Histoire du Québec, Cap-aux-Diamants, hors série, p. 11.
- Viens, C., Lavoie-Tremblay, M. et Mayrand Leclerc. 2002. Dans Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers, Cap-Rouge : Presses inter-universitaires, chapitre 5.
- Zghal, R. 2003. « Culture et gestion : Gestion de l'harmonie ou des paradoxes ». Dans Revue internationale de gestion, vol. 28, n^o 3, pp. 26-32.