
ETHIQUE CLINIQUE ET ÉTHIQUE ORGANISATIONNELLE DANS LES ORGANISATIONS DE SANTÉ : UNE ÉTUDE DES DILEMMES ÉTHIQUES DES CADRES DE SANTÉ

Laure Lavorata

Professeure des Universités- Université de Reims Champagne Ardenne
Laboratoire Regards - Chaire ESS

Place du Préau – BP 60076-10901Troyes cedex 9
laure.lavorata@univ-reims.fr

Angélique Maquart

Cadre de Santé- Doctorante – URCA – Laboratoire Regards – Chaire ESS
Centre Hospitalier Auban-Moët – 137 rue de l'hôpital Auban-Moët – 51200 EPERNAY
angelique.maquart@ch-epernay.fr

Résumé

Confrontés à de profondes mutations concernant la gouvernance des établissements et la gestion du personnel, les cadres de santé font face à des dilemmes éthiques de plus en plus présents. Intermédiaires entre le personnel soignant et les institutions, ils doivent promouvoir une éthique organisationnelle tout en respectant l'éthique clinique. L'objectif de cet article est de clarifier les liens entre ces deux concepts au travers d'une étude qualitative menée auprès de 35 cadres de santé et de proposer des pistes d'amélioration. Cette recherche a permis d'identifier 20 dilemmes éthiques en lien avec l'institution, associés au management ou bien issus de la relation avec le patient ou le médecin, qui montrent la complexité de la prise de décision éthique. Plusieurs implications managériales sont alors proposées : la formation des cadres de santé à la prise de décision éthique ainsi que la mise en place de séminaires éthiques auprès du personnel soignant pour les sensibiliser ; l'instauration de plus de communication ainsi que d'un climat éthique bienveillant au sein des organisations de santé.

Mots-clés

Éthique, dilemme éthique, éthique clinique, cadres de santé, climat éthique

Abstract

In a context of reforms in institutional governance and personnel management, health executives are faced with more and more ethical dilemmas. Intermediaries between caregivers and the institutions, they have to promote clinical and organizational ethics at the same time. The article's objective is to clarify links between these two concepts through a qualitative study conducted among 35 health managers and to propose ways of improvement. This research identifies 20 ethical dilemmas related to the institution, associated with management or resulting from the relationship with the patient or the doctor which show the complexity of ethical decision-making. Many managerial implications are proposed : the formation of health managers in order to better manage ethical conflicts and the training of caregivers in narrative ethics ; the communication between managers and the establishment of a benevolent ethical climate.

Keywords

Ethics, Ethical Dilemma, Clinical Ethics, Health Managers, Ethical Climate

INTRODUCTION

Les organisations de santé, en particulier les établissements de soins (hôpitaux publics, cliniques privées), ont connu des mutations importantes depuis quelques décennies. La mise en place d'instances de contrôles et la volonté de gérer ces établissements comme des centres de profit (recherche de l'efficience et de la performance entre autres) ont ainsi transformé en profondeur leur organisation interne ainsi que leur gouvernance. Le contrôle de gestion mis en place en 2001 a modifié les modalités et les objectifs de la gestion publique contribuant à promouvoir « *la culture du résultat afin d'améliorer l'efficacité (capacité à atteindre les objectifs fixés) et l'efficience (capacité à minimiser les ressources employées pour atteindre les objectifs)* » (Chatelain-Ponroy & Sponem, 2009, p. 164). La mise en place de cette gestion publique, les nombreuses réformes sur la gouvernance des établissements et leur financement ont fortement impacté les établissements de santé ce qui a eu

des conséquences directes sur la gestion du personnel hospitalier. La reconnaissance espérée par le personnel soignant est souvent difficile à obtenir de la part de l'organisation et on assiste en parallèle à une « *dépersonnalisation de la relation avec les patients* » (Bourdil & Ologeanu-Taddei, 2018, p.83). On peut ainsi s'interroger sur la possibilité de concilier efficacité et performance au sein de ces organisations de santé publique alors que leur mission première est de soigner et de prendre en considération le bien-être du patient tout en veillant au respect de sa personne. « *L'exigence éthique s'avère chaque jour davantage incompatible avec des décisions structurelles qui fragilisent un système de soin mis en cause dans son identité, ses missions* » (Hirsch, 2010, p. 13) ce qui conduit souvent à des tensions au sein des organisations de santé. La crise sanitaire actuelle du COVID-19 révèle d'ailleurs la situation difficile dans les hôpitaux mais souligne également que « *l'éthique est plus que jamais indispensable à l'occasion de cette crise coronavirale* »¹.

Ces transformations dans les organisations de santé nous ont amenées à nous interroger sur les dilemmes éthiques rencontrés par le personnel de santé et les liens entre l'éthique clinique et l'éthique organisationnelle. L'éthique clinique intègre à la fois le soin porté au patient par le praticien et l'étude des situations complexes qui nécessitent une concertation interdisciplinaire afin de prendre la décision la plus juste (Jacquemin, Mallet & Cobbaut, 2003). Cependant, l'éthique n'est pas seulement une question individuelle mais également un problème organisationnel (Paine, 1994) et « *c'est un concept particulièrement pertinent pour aborder les collectifs humains orientés vers des buts que représentent les organisations* » (Brasseur, Kefi & Ngijol, 2012, p. 3). Mais dans le contexte particulier de l'organisation de santé, comment l'éthique organisationnelle se traduit-elle ? Selon Dupuis (2014), elle cherche à la fois le bien des soignants et des personnes soignées tout en faisant la promotion des comportements organisationnels éthiques à travers le management et les politiques de changement. La question qui se pose est de déterminer le type de management à mettre en place afin de répondre à ces questions éthiques et la manière d'intégrer l'éthique dans l'organisation et la gestion des ressources humaines. En effet, les équipes soignantes sont bien souvent confrontées à des dilemmes éthiques définis « *comme un problème, une situation ou une opportunité qui oblige les personnes à choisir entre plusieurs mauvaises solutions ou décisions non éthiques* » (Tahssain-Gay & Cherré, 2012, p. 19). Intermédiaire entre la direction hospitalière et les patients, le personnel soignant doit faire face, d'un côté, aux demandes parfois contradictoires d'efficacité et d'efficience, et de l'autre, à des situations humaines complexes. Le manager et plus largement le collectif sont ainsi confrontés à des injonctions jugées

[1] Axel Kahn dans La Tribune n°6912 du 8 mai 2020.

intenables provenant du décalage entre le discours et la réalité de terrain ce qui peut créer des tensions dans l'organisation de santé (Ancelin-Bourguignon, 2018). Si les paradoxes sont incontournables dans les organisations, il est cependant important d'en atténuer les effets les plus délétères tout en améliorant l'organisation (Brulhart, Grimand, Krohmer, Oiry & Ragaigne, 2018). C'est dans ce contexte complexe que l'éthique organisationnelle prend tout son sens et « *les dérives professionnelles sont autant d'appels à l'élaboration de nouveaux modèles de management* » (Brasseur, Kefi & Ngijol, 2012, p. 4). La difficulté est de définir ce que l'on entend par l'éthique organisationnelle dans les organisations de santé et nous chercherons dans cet article à clarifier ses liens avec l'éthique clinique et à proposer des solutions afin d'aider les cadres de santé et leurs institutions à mieux gérer ces dilemmes éthiques. Dans une première partie, nous définirons les notions d'éthique, d'éthique clinique et organisationnelle en mettant en avant le concept de climat éthique. La seconde partie présentera les dilemmes éthiques rencontrés par les cadres de santé en développant la méthodologie suivie dans cette recherche. Nous approfondirons, dans un troisième temps, les résultats de l'étude qualitative menée en 2019 auprès de 35 cadres de santé dans des établissements publics principalement dans la région Grand Est. Nous développerons les implications managériales et les solutions proposées dans la dernière partie.

1. LIENS ENTRE ÉTHIQUE, ÉTHIQUE CLINIQUE ET ÉTHIQUE ORGANISATIONNELLE

L'éthique est d'abord un concept philosophique : introduit par Aristote dans son livre à son fils (*Ethique à Nicomaque*), il s'agit d'abord de la recherche du Bien au sens large. Au sens étymologique, le terme « éthique » vient du grec ethos qui signifie dans son sens premier « l'endroit habité », puis « le lieu où l'on habite ». À l'origine, on associe l'ethos à un comportement conforme aux mœurs mais aussi aux normes, à la tradition et aux lois (Lavorata, 2007). On rapproche souvent ce terme de la morale qui se réfère aux règles de la société ce qui conduit d'ailleurs certains auteurs à faire la distinction entre ces deux termes (Comte-Sponville, 1994) : l'éthique est du domaine du particulier alors que la morale se veut universelle. Cette distinction entre éthique et morale est d'ailleurs généralement admise car elle permet de clarifier les deux concepts (Crane & Matten, 2004) : la morale est composée d'impératifs qui s'appliquent à l'ensemble de la société et influence l'éthique. Un autre concept qui lui est souvent associé, est celui de déontologie défini comme « *un ensemble de règles dont se dote une profession au travers d'une organisation professionnelle* » (Mercier, 2014, p. 6). La déontologie s'adapte au contexte professionnel et formalise

des règles s'appuyant sur des valeurs morales afin de régir un collectif. Elle caractérise également les devoirs des salariés envers l'entreprise (Crane & Matten, 2004). Dans cette recherche, nous retiendrons la distinction faite entre les trois concepts et adopterons la définition de l'éthique proposée par Lavorata, Pontier & Nilles (2005, p. 8) comme étant « *la recherche du bien vivre et du bien faire, fondée sur une disposition individuelle à agir de manière constante en vue du bien d'autrui* ».

1.1 L'éthique clinique : une préoccupation des organisations de santé ?

La réflexion autour de l'éthique dans les organisations de santé, s'est principalement centrée autour des enjeux bioéthiques (prélèvement d'organes, IVG, PMA...) et de l'éthique clinique. Des lois ont rapidement été promulguées et des instances ont été mises en place au sein des établissements afin de réglementer ces différents sujets. Le comité consultatif national d'éthique (CCNE) a été institué par le décret n°83-132 du 23 février 1983 et la loi n°2004-800 du 6 août 2004 lui donne un statut d'autorité indépendante. Selon Hardy (2007), c'est Fletcher qui, le premier en 1976, a introduit le terme d'éthique clinique dans le milieu médical afin de qualifier les problèmes éthiques associés aux soins et à la pratique médicale. Elle permet aux professionnels de prendre soin des personnes de façon optimale et de s'en servir comme d'un outil afin d'analyser les pratiques de soins. L'éthique clinique est élaborée autour d'échanges entre les professionnels qui jugent chaque situation comme étant singulière afin de prendre la meilleure décision (Jacquemin, Mallet & Cobbaut, 2003). Il existe cependant plusieurs difficultés associées à sa mise en place (op. cité) : des conflits en équipe ; des difficultés associées aux moyens et à la politique de santé ; des problèmes en lien avec les attentes que le soignant peut se faire sur la mise en place de l'éthique. Des auteurs se sont également interrogés sur d'autres concepts associés à l'éthique clinique comme celui du « *care* ». Développée par Gilligan en 1982, l'éthique du *care* se définit comme « *une éthique relationnelle structurée par l'attention aux autres* » (Brugère, 2017, p. 7) ou bien « *l'affirmation de la place de l'humain, du sens du collectif et de la prise en compte d'autrui* » (Olivaux, Arezki & Keramidas, 2017, p. 58). Elle « *consiste à maintenir, entretenir, et produire en permanence du lien* » avec les personnes fragiles (Meurin & Youf, 2009, p. 23) et permet de réfléchir à la pratique professionnelle du personnel soignant notamment dans un contexte de vulnérabilité et de dépendance des patients (op. cité). En prônant une vision humaniste du management, l'éthique du *care* offre de nouvelles possibilités organisationnelles (Rynes, Bartunek, Dutton & Margolis, 2012) mais il existe un débat autour de ses différentes approches (Ahronheim, Moreno & Zuckerman, 2005) : elle peut être considérée comme un instrument et priviliege alors le bien-être des patients et de leur famille ; c'est une aide à la décision ou bien

c'est un moyen pour améliorer les relations entre tous les acteurs (patients, famille, professionnels de santé). Dans cette recherche, nous adopterons cette troisième approche et considérerons l'éthique du *care* comme une composante de l'éthique clinique intégrant les relations avec le patient (prendre soin de lui) et celles entre le personnel soignant.

1.2 De l'éthique organisationnelle au climat éthique

Si la législation encadre légitimement les problèmes éthiques que les organisations de santé peuvent rencontrer, qu'en est-il de l'éthique organisationnelle ? En effet, « *sa difficulté majeure réside dans le fait de pouvoir concilier et traduire les exigences éthiques (qualités des soins, respect des individus) dans les pratiques des organisations de soins* » (Boitte & Cobbaut, 2012, p. 24). Par conséquent, mettre en place une éthique dans l'entreprise suppose de régler les problèmes éthiques à travers des politiques, des pratiques et des programmes (Crane & Matten, 2004) et Mercier (2014, p. 6) la définit comme « *la manière dont l'entreprise intègre ses valeurs clés dans ses politiques, pratiques et processus de décision* ». L'éthique d'entreprise peut être formalisée à travers la mise en place de codes éthiques qui sont les outils les plus utilisés par les entreprises et qui précisent les pratiques et les comportements éthiques des salariés (Crane & Matten, 2004 ; Mercier, 2014). Ces procédures peuvent fournir une fondation pour une éthique durable de l'entreprise tout en traitant les problèmes de management et en assurant la satisfaction éthique des salariés (Adelsein & Clegg, 2016). En effet, « *l'existence de ces repères déontologiques encourage les comportements éthiques et garantit la prévisibilité dans les conduites des personnes* » (Chouaib & Zaddem, 2012, p. 66).

En conséquence, il faut tenir compte des personnes dans leurs tâches, leurs rôles et les valeurs partagées qui constituent autant d'éléments pouvant façonner les manières de penser, d'agir, de réagir de chacun (Rynes, Bartunek, Dutton & Margolis, 2012) et influencer ainsi le climat de travail de l'organisation. On peut alors parler d'une éthique dite informelle, associée aux pratiques et aux comportements des managers qui est souvent difficile à appréhender. Ce constat a conduit des chercheurs à proposer d'utiliser le terme de climat éthique plutôt qu'éthique de l'entreprise (Lavorata, 2007 ; Mercier, 2014). Défini par Victor & Cullen (1988, p. 101) « *comme une perception prédominante par les salariés des pratiques et des procédures de l'entreprise qui ont un contenu éthique* », le climat éthique intègre à la fois les pratiques éthiques formalisées comme les codes éthiques (éthique formelle) et le système de valeurs mis en place dans les entreprises (éthique informelle) (Lavorata, 2007). Le climat éthique devient une co-construction qui n'est rendue possible que si le leader transmet des qualités positives auprès de son équipe (Dupuis, 2014) et

si lui-même adopte un comportement exemplaire favorable à l'instauration d'un tel climat (Wiley, 1998 ; Paine, 1994).

2. UNE ÉTUDE DES DILEMMES ÉTHIQUES AUPRÈS DES CADRES DE SANTÉ

Chaque salarié dans une entreprise est soumis à des dilemmes éthiques différents avec des répercussions plus ou moins importantes selon sa fonction. Il s'agit d'effectuer un choix entre ce qui est juste ou non et bien souvent de choisir entre deux solutions non satisfaisantes : « *le dilemme éthique est une problématique qui crée des tensions et des contradictions lors du processus réflexif de l'individu* » (Langlois, Blouin, Montreuil & Sexton, 2005, p. 15). Les dilemmes éthiques se révèlent souvent complexes et « *certaines pourront penser que des dilemmes ne sont que des situations délicates, mais solubles avec des méthodes de gestion rationnelles. Des situations anodines peuvent cependant se révéler catastrophiques sur le plan humain* » (Tahssain-Gay & Cherré, 2012, p. 19). La meilleure décision n'est pas toujours évidente et peut créer un conflit éthique : face à des situations de soins palliatifs, « *la prise de décision est difficile et interroge les équipes soignantes sur le contenu de leur mission* » (Gagnou-Savatier, 2018, p.95). En outre, le cadre de santé a une fonction particulière : bien souvent ancien infirmier, il est l'intermédiaire entre l'institution et le personnel soignant et, en tant que manager, il est le garant de l'éthique clinique et de l'éthique organisationnelle. Il doit à la fois prendre des décisions et accompagner le personnel soignant dans les situations quotidiennes des soins. En conséquence, en tant qu'intermédiaires entre l'organisation et les personnes qu'ils encadrent, les cadres de santé font face à leurs propres dilemmes éthiques envers l'institution et doivent répondre à ceux de leur personnel soignant : ce constat explique notre choix de les interroger dans cette recherche. Afin d'identifier les dilemmes éthiques auxquels sont confrontés les cadres de santé dans la gestion des soins au quotidien, nous avons mené une étude qualitative sous forme d'entretiens semi-directifs entre décembre 2018 et mars 2019 auprès de 35 cadres de santé et nous avons utilisé la méthode des scénarios.

2.1 Intérêt de la méthode des scénarios

En management, lorsque l'on veut étudier des situations difficiles, on utilise, bien souvent, la méthode des incidents critiques développée par Flanagan (1954) dont Gremler (2004) a souligné l'intérêt dans le domaine des services. Cependant cette méthode qualitative, qui consiste à interroger des personnes afin de faire émerger ces situations difficiles, est plutôt utilisée afin d'évaluer la satisfaction des patients

ou des clients, la fidélité des clients ou la relation entre deux acteurs bien identifiés (op.cité). Dans le cas de notre recherche, il ne s'agissait pas de relever tous les incidents critiques mais de nous centrer sur des dilemmes éthiques. Une autre méthode utilisée par les chercheurs qui travaillent sur l'éthique est la méthode des scénarios. On les définit comme « *des courtes descriptions d'une personne ou d'une situation sociale qui contiennent des références précises sur les facteurs les plus importants dans la prise de décision ou l'élaboration du jugement chez les répondants* » (Alexander & Becker, 1978, p.95). Les scénarios sont une variante des techniques projectives (issues des méthodes qualitatives) dont l'objectif est de s'intéresser aux attitudes et aux comportements des acteurs et ils sont souvent mobilisés en gestion pour des recherches sur le comportement éthique. Généralement, la méthode des scénarios est utilisée de deux façons : « *soit on construit des scénarios à partir d'entretiens réalisés auprès des répondants, soit on utilise des scénarios élaborés dans le cadre d'études antérieures* » (Lavorata, Pontier & Nillès, 2005, p. 5).

Dans le cas de cette étude, nous avons interrogé les cadres de santé sur les dilemmes éthiques auxquels ils étaient ou avaient été confrontés. Suivant les recommandations des chercheurs (Alexander & Becker, 1978 ; Lavorata, Pontier & Nillès, 2005), nous leur avons demandé de nous décrire un dilemme qu'ils avaient rencontré eux-mêmes, ou bien vécu par leur personnel soignant. Cette méthode pourrait s'apparenter à la narration éthique définie comme « *une éthique pluridisciplinaire, pragmatique et appliquée aux pratiques technico-scientifiques dont elle cherche à « dire le sens »* » (Gagnou-Savatier, 2018, p. 96). Poser un dilemme éthique, c'est inciter à la réflexion et à la construction de sens et l'éthique narrative permet ainsi « *de comprendre l'importance de la continuité de l'action dans l'organisation* » (op.cité, p.98). Elle met l'accent sur le discours et les relations entre les personnes : celles-ci doivent raconter leurs actions de manière objective et décrire la manière dont cela s'est déroulé et le contexte. La prise en compte des différentes dimensions (humain, organisation, moyens...) est également analysée. Cependant, l'utilisation de cette méthode suppose de réaliser une étude longitudinale ce qui n'était pas l'objectif de notre recherche. A contrario, la méthode des scénarios est plus rapide et les situations courtes présentées peuvent être utilisées par la suite pour mener une étude quantitative. C'est pourquoi nous avons privilégié cette méthode dans cette étude qualitative.

2.2 Échantillon et méthode d'analyse

Une première étude a été menée à distance auprès de 10 cadres de santé en décembre 2018 : ils ont été interrogés par mail avec 2 grandes questions : Pouvez-vous décrire une situation managériale qui vous a posé un problème éthique ? Quels

questionnements éthiques ont été soulevés dans cette situation ? L'un des auteurs de cet article étant cadre de santé, la relation personnelle qu'il avait avec les interviewés a permis de poser ces questions sans frein. Une seconde étude a ensuite été réalisée dans la région Grand-Est, les Hauts de France et la Nouvelle-Aquitaine auprès de 25 cadres de santé ou assimilés (7 hommes et 18 femmes) en mars 2019. Dix-huit entretiens téléphoniques puis sept entretiens en face-à-face ont été réalisés. Trois autres questions ont complété le premier guide d'entretien : Quel problème avez-vous rencontré dans cette situation ? Quelle réponse avez-vous apportée ? Quelle réponse la structure ou votre direction vous ont apporté ? Les cadres de l'échantillon sont issus de différents secteurs d'activités d'établissements publics : chirurgie, médecine, bloc opératoire, santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), foyer médicalisé. Chaque entretien a été enregistré puis retranscrit intégralement et, suivant les recommandations des chercheurs (Gavard-Perret, Gotteland, Haon & Jolibert, 2018), une analyse de contenu thématique et manuelle a été réalisée afin d'identifier les principaux dilemmes éthiques. Ce type d'analyse n'oblige pas à considérer l'ensemble des données mais à prendre en compte les informations pertinentes en lien avec les thèmes identifiés (op.cité). Les dilemmes ont ensuite été classés selon quatre types de problèmes rencontrés : liés soit à l'institution ou bien au management ; les relations soignants/patients ou celles avec les médecins.

3. IDENTIFICATION DES DILEMMES ÉTHIQUES ET DISCUSSION

Selon les travaux des chercheurs (Mercier, 2014 ; Tahssain-Gay & Cherré, 2012), les conflits éthiques peuvent être regroupés en fonction de leur nature (interpersonnels, intra-organisationnels, inter-organisationnels, extra-organisationnels). Nous avons ainsi identifié 20 dilemmes éthiques qui ont été regroupés selon quatre critères : liés à l'institution (tableau 1), liés au management (tableau 2), concernant les relations soignants/patients (tableau 3) ou bien celles entre les soignants et les médecins (tableau 4).

3.1 Des dilemmes éthiques en lien avec l'institution

Les principaux dilemmes sont liés à des problèmes de restructuration (externalisation de services) ou bien de moyens et d'organisation (tableau 1). Dans ce tableau, nous avons classé des situations difficiles pour les cadres de santé et qui sont liés à des problèmes de gouvernance générale de l'hôpital sur lesquels ils n'ont aucune prise.

Tableau 1. Dilemmes liés à l'institution

| CADRE | DILEMME ÉTHIQUE |
|-----------------|--|
| CADRE 1 | Externalisation de la blanchisserie. Problème de réapprovisionnement en linge. Problème de maltraitance en faisant des toilettes avec des taies d'oreiller ou des draps |
| CADRE 3 | Suspicion de viol d'un résident adulte handicapé sur une résidente adulte handicapée. Quelle considération pour ces personnes handicapées ? |
| CADRE 6 | Hospitalisation en psychiatrie en secteur adulte d'un adolescent de 15 ans présentant des troubles du comportement au lieu d'un service de pédiatrie. Frustration dans la prise en soins |
| CADRE 7 | Transfert aux urgences d'un détenu hospitalisé dans un service de psychiatrie. Il est sous la responsabilité de l'hôpital et doit être accompagné par un soignant et non une équipe de détention. Quelle est la responsabilité du soignant ? |
| CADRE 17 | Appliquer une décision institutionnelle qui va à l'encontre de ses valeurs ou de ses convictions |

Les situations présentées par les cadres de santé génèrent du stress et/ou de la frustration dans leur gestion au quotidien, ce qui corrobore les résultats de l'étude de Rivière (2019) auprès du personnel hospitalier. Dans le cas présent, ces situations suscitent également des interrogations quant au métier du personnel soignant comme le fait de devenir un gardien pendant une période (cadre 7). On retrouve ainsi la notion de tension de rôle de l'individu présente « *lorsqu'il est confronté à des attentes de rôle qui sont ambiguës ou incompatibles entre elles* » (Rivière, 2019, p. 14). Les cadres de santé souhaitent des réponses claires de l'institution car ils se trouvent souvent seuls face à ces situations : « *je n'ai pas eu de soutien de la direction ni de personne d'ailleurs comme la MDPH, le département ou l'ARS. Je me suis vraiment sentie seule* » (cadre 3) ; « *je n'ai pas eu de soutien du cadre supérieur ni de la direction. Il y avait un vide par rapport à l'organisation* » (cadre 6) ; « *je n'ai pas eu de soutien hiérarchique* » (cadre 7). D'autres citent les réponses faites par leur institution/direction et en soulignent leur cynisme : « *nous ne fournirons pas de linge de toilette car nous sommes en plan de retour à l'équilibre* » (cadre 1).

Dans la dernière situation, le cadre de santé (cadre 17) considère que l'ordre donné par sa hiérarchie n'est pas conforme à ses valeurs et la difficulté réside dans le fait d'appliquer cette décision institutionnelle. Truchot & Bestagne (2018) soulignent les contradictions entre les valeurs et la gouvernance, entre des injonctions institutionnelles et la pratique, et l'émergence de conflits éthiques qui peuvent amener les cadres de santé à ressentir du mal-être au travail les conduisant parfois jusqu'au *burn out*. Si la loyauté envers l'institution est posée, une réponse éthique serait de ne pas s'y conformer : on se trouve face à l'opposition entre l'éthique et le légal.

Pivots entre différentes organisations administratives, de soins, éducatives, sociales ou techniques, les cadres de santé ont un rôle central mais délicat voire inconfortable : le rapport sur la mission des cadres hospitaliers, remis au gouvernement en 2009, avait déjà pointé la difficulté du cadre hospitalier « *à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle* » soulignant ainsi un malaise récurrent face à des « *contradictions et des conflits de loyauté* » (p. 1) ². Les réformes mises en place depuis 1970 avec la recherche d'une plus grande efficience, ont sans doute montré les limites de la centralisation. Gay & Steffen (2020, p.122) indiquent d'ailleurs que « *l'État Français a un rôle ambivalent mais renforcé par les réformes successives affectant le secteur sanitaire* ». La crise sanitaire souligne encore plus fortement la fracture entre cette gouvernance centralisée des hôpitaux et la réalité pour le personnel soignant. Une solution pour les organisations de santé serait sans doute de leur accorder plus d'autonomie, par exemple en suivant le même principe que pour les universités. On comprend la difficulté de l'exercice puisque fournir à tous les patients la même égalité de traitement de soins suppose une harmonisation des pratiques de soins (op. cité).

3.2 Des dilemmes éthiques en lien avec le management des équipes

Nous avons réuni dans le tableau 2 les dilemmes qui se posent aux cadres de santé dans le management de leur personnel.

Tableau 2. Dilemmes liés au management du personnel soignant

| CADRES | DILEMME ÉTHIQUE |
|-----------------|--|
| CADRE 17 | Avoir un lien d'ordonné à subordonné avec quelqu'un que l'on connaît personnellement. Comment gérer ce lien personnel-professionnel pour rester toujours équitable ? |
| | Manque d'équité envers un agent pour en favoriser un autre dont on a besoin pour des missions particulières |
| CADRE 18 | Cadre de santé qui travaille en étroite collaboration avec une autre collègue cadre qui est aussi son amie. Elle pallie ses incompétences et couvre ses manquements auprès de sa hiérarchie. Quel positionnement à adopter ? |
| CADRE 23 | Prise de poste : annotations de la précédente cadre portant des jugements de valeurs sur les membres de l'équipe. Remise en question du professionnalisme du cadre avec ces jugements de valeurs : utilité managériale ? |

[2] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

Les deux premières situations présentées dans le tableau 2 montrent la difficulté pour le cadre de santé de gérer du personnel avec qui il/elle a des relations d'amitié ou de confiance. Bien que ces situations soient liées au management de l'équipe, on sent le besoin pour ces cadres d'avoir des règles plus précises de la part de l'institution afin de délimiter les contours de leur métier. On est bien dans l'éthique individuelle telle qu'elle a été développée dans la partie 1. Et ces dilemmes se posent pour tous les managers en gestion : selon Minkes, Small & Chatterjee (1999), ceux-ci doivent veiller à ce que la meilleure décision éthique soit prise et développer un climat de travail qui permette cette décision. Ils soulignent que l'éthique est par nature individuelle et de la responsabilité de chacun. En conséquence, la meilleure décision n'est pas toujours évidente et peut créer un conflit éthique. Les travaux de Wiley (1998) sur les responsables des ressources humaines avaient également montré les conflits de rôle qui peuvent se produire entre leur éthique professionnelle (et la loyauté envers leurs employés) et leur appartenance à l'organisation (et ses objectifs) pouvant alors engendrer des dilemmes éthiques.

Une réponse est souvent la mise en place de codes de déontologie dans l'entreprise mais Girard (2007) souligne que ces derniers ne peuvent tout résoudre. La rédaction d'une liste de dilemmes éthiques avec des réponses claires pourrait être une solution plus pragmatique : cela donnerait un cadre opérationnel qui aiderait les managers à mieux gérer ces situations évitant ainsi des pratiques non éthiques. C'est également la conclusion de l'étude de Minkes, Small & Chatterjee (1999) qui proposent de réfléchir à des solutions pratiques en définissant des standards de comportements correspondant aux valeurs de l'organisation.

3.3 Le personnel soignant confronté à des dilemmes éthiques face à ses patients

Les dilemmes les plus couramment présentés par les cadres de santé sont liés aux relations entre le personnel soignant et leurs patients (tableau 3). Les dilemmes qui ont été classés dans ce tableau sont ceux qui posent un problème éthique aux soignants dans le traitement médical de leurs patients : soit à titre individuel (face à la maladie, à l'accompagnement des personnes...), soit face à des comportements de collègues jugés problématiques. Il est important pour les cadres de santé d'aider leurs équipes à gérer ces situations et ils n'ont pas toujours de solutions.

Tableau 3. Dilemmes des soignants envers leurs patients

| CADRES | DILEMME ÉTHIQUE |
|-----------------|--|
| CADRE 8 | Résident de 68 ans vivant en EHPAD, Alzheimer et grabataire. Demande d'euthanasie de la famille qui a un vécu douloureux. Questionnement sur l'accompagnement des personnes en fin de vie, sur la sédation |
| CADRE 12 | Opposition aux soins de la part d'un résident (EHPAD) et confrontation de façon systématique aux soignants avec agressivité et insultes. Remise en question de la qualité des soins |
| CADRE 15 | Une aide-soignante de nuit a des pratiques déviantes : elle n'effectue pas les petites toilettes et le change de protection en fin de nuit, ni la prévention d'escarre. Question de maltraitance ? Vulnérabilité des personnes ? |
| CADRE 16 | Patient schizophrène hospitalisé en santé mentale pour stabilisation. Lors de son hospitalisation, son frère décède accidentellement. La décision médicale, en concertation avec le personnel soignant et les parents, est de ne pas lui annoncer le décès mais d'attendre la stabilisation de son état. Le décès lui a été annoncé quelques semaines après. |
| CADRE 19 | Un couple s'est formé en EHPAD. L'une des deux personnes a des troubles cognitifs légers et la deuxième personne a des troubles cognitifs prononcés. L'une des personnes est mariée. Questionnement sur le laisser faire ou non ? |
| CADRE 24 | Un agent hospitalier a installé une personne sur le scanner, dénudée et la porte était ouverte. Respect de la pudeur et des droits du patient |

Les situations vécues par les soignants et présentées par les cadres, s'apparentent bien à des dilemmes éthiques, c'est à dire qu'un choix a été effectué entre plusieurs mauvaises solutions (Tahssain-Gay & Cherre, 2012), mais aussi qu'il y a eu des tensions et des contradictions lors de la prise de décision (Langlois, Blouin, Montreuil & Sexton, 2005). Bien souvent, ces situations concernent le non-respect des droits des patients ou leur dignité. Pourtant, il existe différentes lois comme celles sur la fin de vie qui devraient aider à la prise de décision éthique (loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et celle du 2 février 2016). Cependant leur application est difficile voire impossible à mettre en œuvre car chaque situation est singulière et il faut essayer de prendre la décision qui semble la meilleure (Jacquemin, Mallet & Cobbaut, 2003).

Contrairement aux autres dilemmes, des solutions ont cependant été trouvées au sein des équipes, sans doute parce qu'ils sont de l'ordre de l'éthique clinique (donc de celle du *care*). Tout d'abord, une réponse collective, c'est-à-dire que la décision a été prise après concertation entre l'équipe et la famille : « *nous avons organisé une*

*réunion pluridisciplinaire avec l'équipe de l'HAD, le médecin traitant, les soignants de l'EHPAD, la psychologue, la famille et moi-même... » (cadre 8) ; « nous avons organisé une réunion pluridisciplinaire comprenant l'équipe paramédicale, le médecin et moi-même... » (cadre 12) ; « une réunion pluridisciplinaire et en présence de ses parents a été effectuée » (cadre 16) ; « je me suis entretenu avec le fils du résident. J'ai échangé en équipe pluridisciplinaire sur la situation » (cadre 19). Dans le cas présent, les cadres privilégient la réflexion sur la pratique des soignants envers les personnes fragiles ou le souci des personnes (Meurin & Youf, 2009) ainsi que la prise en compte d'autrui (Olivaux, Arezki & Keramidas, 2017), et l'on peut parler d'une éthique du *care*.*

Le second type de réponse apportée à ces dilemmes éthiques se fait à un niveau individuel comme les situations évoquées par le cadre 15 sur les pratiques déviantes d'une aide-soignante : *le problème était clairement les pratiques déviantes et je devais faire face à cette réalité* » ; ou celle d'un agent hospitalier (cadre 24) : « *le problème était celui du respect de la pudeur* ». Dans ces deux cas, le cadre de santé a pu régler ce problème de manière individuelle : « *je me suis entretenue avec l'aide-soignante et l'infirmière de nuit* » (cadre 15) ; « *j'ai donc fait la remarque* » (cadre 24). Nous sommes bien dans l'éthique informelle qui va se traduire à travers le comportement des managers. Le cadre de santé va devoir adapter son mode de management afin de faire cesser ces pratiques non éthiques et élaborer ainsi un nouveau modèle de management (Brasseur, Kefi & Ngijol, 2012).

3.4 La relation entre les soignants et les médecins

Dans ce dernier tableau, les dilemmes présentés par les cadres portent sur la relation entre les soignants et le médecin (tableau 4.).

Ces situations décrivent la difficulté au quotidien pour les soignants de gérer des ordres qu'ils n'estiment pas toujours justifiés ou qui, selon eux, vont à l'encontre des intérêts de leurs patients. Les dilemmes éthiques évoqués par les cadres de santé sont des situations dont l'enjeu éthique est élevé et la prise de décision difficile, ce qui peut parfois remettre en cause la mission du personnel soignant. En effet, les relations entre le personnel soignant et les médecins sont complexes puisque les premiers doivent appliquer les décisions des seconds sans pouvoir donner toujours leur avis ou être écoutés.

Tableau 4. Relations soignants/médecins

| DILEMME ÉTHIQUE | |
|------------------------|---|
| CADRE 5 | Refus de traitement d'une personne âgée. Opposition avec le médecin qui ne veut plus la prendre en charge |
| CADRE 13 | Situation d'accompagnement de fin de vie chez une personne âgée, Alzheimer, dépendante à tous les niveaux. Difficulté pour les médecins de passer en soins palliatifs (volonté de soigner-guérir). Questionnement sur la bienveillance face à une alimentation forcée |
| CADRE 25 | Une patiente est hospitalisée pour une prise en charge palliative suite à un cancer. Elle bénéficie de soins de confort, bien-être et alimentation plaisir. Le médecin décide de poser une sonde nasogastrique pour l'alimenter avec une poche et rééquilibrer les troubles nutritionnels. La patiente exprime son refus de soins. Obstination déraisonnable du corps médical ? |
| CADRE 9 | La situation concerne une résidente de 98 ans, Alzheimer hospitalisée en cardiologie. Lors de son retour en EHPAD après son hospitalisation, la résidente revient avec un courrier du médecin de cardiologie précisant que toute hospitalisation serait inutile. La résidente n'a pas formulé de directives anticipées et elle n'a pas désigné de personne de confiance. Qui décide de quoi en termes d'hospitalisation ? |
| CADRE 22 | Annonce d'une maladie chronique grave par un médecin dans un couloir au moment des visites. Questionnement sur le respect de la confidentialité |

Par ailleurs, alors que la relation avec le patient et le contact avec la souffrance font partie du métier des cadres ce qui lui donne d'ailleurs du sens, ce n'est pas le cas pour les relations avec les médecins qui vont pourtant générer des tensions de rôle ainsi que du stress et bien souvent des conflits éthiques (Rivière, 2019). Les cadres de santé sont ainsi tenaillés entre leur propre éthique, l'éthique du *care* et des procédures complexes régies par une législation très lourde (lois sur la fin de vie, les codes de déontologie des médecins...).

Pour conclure cette partie, nous avons constaté que les 4 types de dilemmes identifiés dans cette étude montrent la difficulté pour les cadres de santé de faire face à des situations soit individuelles (face au patient ou dans la gestion de leur personnel soignant), soit en lien avec l'organisation (décisions pas toujours comprises ni acceptées). Les cadres sont en attente de communication et d'outils qui puissent les aider, d'une part à mieux accompagner le personnel soignant et d'autre part à adhérer au projet de l'institution. Nous proposons des solutions dans la dernière partie afin de répondre à ces attentes.

4. IMPLICATIONS MANAGÉRIALES ET PROPOSITIONS

Les dilemmes éthiques rencontrés par les cadres de santé montrent la nécessité pour les institutions de proposer des solutions et de les aider à mieux gérer ces conflits éthiques. Nous avons identifié quatre pistes d'amélioration : (1) aider à la prise de décision par la formation ; (2) former les cadres de santé à la méthode des scénarios ; (3) renforcer la communication et (4) instaurer un climat éthique bienveillant au sein de l'institution.

4.1 Aider à la prise de décision éthique par la formation du personnel

La première recommandation serait d'aider le personnel soignant à mieux gérer leurs dilemmes éthiques à travers la formation. Il serait pertinent de mettre en place des séminaires afin de le former à l'éthique narrative. En effet, cette méthode est très intéressante dans le contexte hospitalier : on demande au personnel d'expliciter la situation posant difficulté afin de donner du sens ce qui les aide à mieux comprendre ces dilemmes. Ces séminaires pourraient également promouvoir une éthique du *care* par la mise en place de ces pratiques narratives tout en identifiant le contexte organisationnel et la place du manager (Rynes, Bartunek, Dutton & Margolis, 2012).

Suivant les recommandations de Gagnou-Savatier (2018), nous proposons de construire trois séminaires : le premier permettrait aux différents membres de l'équipe d'exposer une situation difficile et de livrer leurs émotions. Ils pourraient présenter le choix qu'ils ont dû faire, les difficultés rencontrées et confronter leur décision à la déontologie des différents professionnels, aux textes législatifs en vigueur, aux recommandations professionnelles. Puis un mois plus tard par exemple, un second séminaire serait programmé permettant au personnel soignant de reprendre le récit de la situation, de prendre du recul et d'avoir un regard critique afin de comprendre ce qui a favorisé la prise de décision.

Le troisième séminaire serait l'occasion de vérifier que, face à ce même type de situations, le personnel soignant a pu apporter une réponse et ne s'est pas senti tiraillé comme précédemment. Ces séminaires pourraient être animés par une personne extérieure au service et en charge au sein de l'institution de ces questions éthiques : cette fonction existe déjà au sein des comités éthiques des organisations de santé mais elle est sans doute sous-exploitée. On pourrait ainsi envisager d'impliquer davantage un des membres du comité éthique dans l'animation de ces séminaires.

4.2 Former les cadres de santé à la méthode des scénarios

Pour aider les cadres de santé dans leur pratique quotidienne et dans le management de leurs équipes, nous proposons de les faire réfléchir sur différents scénarios dont

les réponses ont des enjeux différents sur le plan éthique. La législation contrignant la marge de manœuvre des cadres de santé, face aux dilemmes éthiques, la prise de décision se révèle complexe. Le soutien institutionnel est peu présent voire absent dans certains cas bien qu'il y ait de nombreuses injonctions. Cependant, dès l'instant où une décision engage d'autres personnes que lui-même, le cadre de santé doit favoriser une démarche éthique. On pourrait ainsi proposer aux cadres de santé de suivre des formations à la prise de décision éthique en utilisant par exemple les questionnements suivants (tableau 5) regroupés par Mercier (2014).

Tableau 5. Les questionnements éthiques (adapté de Mercier, 2014)

| Prise de décision éthique | Blanchard et Peale (1988) | Lacznak et Murphy (1993) |
|--|---|--|
| Légalité de la décision | La décision est-elle conforme à la loi ? | La décision est-elle légale ? |
| L'équité | La décision prise par l'individu est-elle équitable ? | |
| La satisfaction | L'individu est-il fier de la décision qu'il a prise ? | |
| Les obligations morales de la société et de l'entreprise | | La décision suit-elle la morale de l'entreprise ? |
| L'intention et le résultat | | Sont-ils préjudiciables ? |
| Les options possibles | | Y a-t-il des options possibles pour des gains similaires voire mieux ? |
| Le droit des personnes | | Le respect de la parole de chacun est-il pris en compte ? |
| La place du groupe | | La décision peut-elle délaisser ou priver une personne ou un groupe ? |

On pourrait alors imaginer de construire des scénarios à partir des situations proposées dans l'étude qualitative et suivant les travaux de Lavorata, Pontier & Nillès (2005), de mettre ces cadres en situation. Il s'agirait ainsi de réfléchir de manière collective à la meilleure décision éthique à prendre en utilisant les questionnements proposés dans le tableau 5. L'enjeu est important puisque les différentes situations rencontrées par les cadres de santé et le personnel soignant peuvent engendrer un ressenti difficile à vivre, remettre en question leur identité professionnelle, leurs valeurs et parfois conduire à une perte de sens au travail.

Nous avons ainsi rédigé quatre scénarios qui reprennent des situations présentées dans la partie 3 et nous proposons pour chacun trois réponses possibles (annexe 1). Ces scénarios permettraient lors de groupes de discussion entre les cadres de santé d'échanger sur les implications éthiques de chaque scénario, de réfléchir aux réponses et ainsi de les aider à prendre la décision la plus éthique.

4.3 Renforcer la communication et la discussion

Nous avons pu remarquer lors de notre étude que les dilemmes éthiques naissaient parfois de la non compréhension de la stratégie de l'institution (tableau 1) ou de l'absence de communication (tableau 4).

Dans la continuité des séminaires sur l'éthique (cf 4.1.), il serait alors intéressant de mettre en place des groupes réguliers de travail sur l'éthique. La crise de la COVID-19 a d'ailleurs relancé la question des cellules de soutien éthique dont le CCNE, dans son avis du 13 mars 2020, avait recommandé la constitution³. Les récentes avancées sur le rôle des espaces de réflexion éthiques régionaux de Novembre 2020⁴ soulignent la volonté de proposer des outils collaboratifs et de développer une « *éthique de proximité* » (p. 3 du rapport). D'autres (Detchessahar, Gentil, Grevin & Stimec, 2015) ont montré l'importance des espaces de discussion pérennes afin d'améliorer le climat social dans l'entreprise et diminuer les difficultés au travail : leur recherche-intervention dans une clinique a montré la déconnection des managers avec leurs équipes et souligne l'importance d'instaurer un dialogue dans la durée. Ces espaces de discussion, en modifiant les conditions du management, ont permis d'améliorer la communication et les conditions de travail entre des acteurs aux positions hiérarchiques différentes.

Suivant les résultats de cette étude, on pourrait proposer que les espaces de dialogues autour de l'éthique réunissent à la fois les cadres de santé, le personnel soignant et les médecins. Les dilemmes présents dans le tableau 4 semblent montrer l'absence de discussion avec ces derniers. La légitimité de leur métier ne doit pas faire oublier l'importance de la concertation et les résultats positifs de l'étude de Detchessahar, Gentil, Grevin & Stimec (2015) semblent le démontrer.

[3] <https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/la-contribution-du-ccne-la-lutte-contre-covid-19-enjeux-ethiques-face-une-pandemie>

[4] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pres_dgos_cse_erer_ap_181120_envoye_171120.pdf

4.4 Instaurer un climat éthique bienveillant au sein des organisations de santé

La dernière recommandation serait de faire adhérer les cadres de santé à un projet collectif et il nous semble que l'éthique peut être fédératrice. Il est important que les principes éthiques de l'organisation se traduisent au quotidien dans les attitudes et les comportements des managers (Minkes, Small & Chatterjee, 1999). L'hôpital est déjà soumis à des réglementations très nombreuses et l'éthique clinique est très encadrée. On pourrait cependant aller au-delà des procédures en développant un climat éthique bienveillant. Selon Victor & Cullen (1988), il existe plusieurs types de climat éthique basés soit sur le respect, les règles, la loi, la responsabilité individuelle ou l'intérêt personnel. Chouaib & Zaddem (2012) les ont regroupés en trois catégories : le climat égoïste, centré sur l'intérêt individuel qui peut occasionner de la méfiance entre les personnes ; le climat déontologique qui formalise les règles éthiques ; le climat bienveillant, fondé sur un partage de valeurs qui favorise le bien-être collectif et l'engagement envers une organisation.

Compte tenu de l'étude menée, il semble que, pour aider les personnels de santé, ce soit le climat éthique bienveillant qui doive être mis en place : il montre la volonté de l'entreprise de prendre en compte le bien-être au travail tout en favorisant la communication et l'écoute au sein des organisations de santé (Chouaib & Zaddem, 2012). Rynes Bartunek, Dutton & Margolis (2012) ont d'ailleurs souligné que la mise en place d'un climat bienveillant facilite les échanges, libère les émotions et favorise la construction de sens et Paine (1994) a montré l'importance des managers dans la construction d'un tel climat. On pourrait ainsi imaginer de mettre en place un guide de bonnes procédures managériales afin d'aider les cadres de santé à clarifier les dilemmes éthiques en leur proposant des solutions. De ce fait, il s'agirait de l'utiliser comme un outil qui permettrait d'agir sur les comportements des personnes et d'influencer positivement le climat éthique (Mercier, 2014).

CONCLUSION

Cette étude a été menée avant la crise de la COVID-19 mais les dilemmes éthiques présentés par les cadres de santé soulignaient déjà la tension dans les hôpitaux et leur difficulté à gérer les restrictions budgétaires avec le soin envers leurs patients. Les enjeux éthiques mis en évidence par cette crise lors de la prise en charge des malades montrent l'importance de réfléchir sur les contours entre l'éthique clinique et l'éthique organisationnelle. L'utilité médicale qui consiste à « *donner les ressources rares et vitales à celles et ceux qui en ont le plus besoin et parmi eux* »

*à ceux pour lesquels les traitements auront une fort probable chance de succès*⁵

n'est sans doute pas satisfaisante et souligne la difficulté quotidienne des personnels soignants. Notre recherche montre que l'éthique clinique est très structurée et encadrée notamment autour des enjeux de bioéthiques. L'hôpital est soumis à des réglementations précises et les cadres s'appuient sur la législation, des procédures, des protocoles où des textes réglementaires qui régissent la profession ou les pratiques. Pourtant, ces programmes ne suffisent pas puisque les situations présentées dans cette étude montre qu'il existe souvent des vides juridiques et que le cadre de santé ne sait pas toujours comment prendre la décision la plus éthique.

Bien qu'il existe des instances d'éthique très présentes dans ces organisations de santé, l'éthique organisationnelle semble vague pour les cadres de santé et les institutions doivent aider les cadres à proposer des solutions et gérer les conflits éthiques. Si la crise de la Covid-19 a montré la difficile coordination entre les différentes instances (Gay & Steffen, 2020), elle révèle également la nécessité de réfléchir de manière décentralisée à l'opérationnalisation d'une éthique organisationnelle. Le concept de climat éthique pourrait ainsi aider les organisations de santé à mieux définir l'éthique organisationnelle qu'elles souhaitent initier dans leur management. En effet, si les professionnels de la santé sont sensibilisés aux notions d'éthique clinique, il n'en demeure pas moins que mettre l'éthique en pratique, n'est pas la chose la plus aisée. Réfléchir en revanche au type de climat éthique à instaurer pourrait être une réponse plus concrète pour ces cadres de santé.

Cette recherche comporte cependant des limites car le champ d'étude de l'éthique organisationnelle et des pratiques managériales s'avère complexe et multiple. Nous avons privilégié dans un premier temps une étude qualitative auprès des cadres de santé mais il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude qualitative auprès du personnel soignant afin d'identifier leurs propres dilemmes éthiques, l'impact sur leur vie au travail, leurs attentes et leur perception face au management. Cela permettrait de déterminer les différences éventuelles entre les discours des cadres de santé et celui des équipes soignantes. Il serait également pertinent de compléter les recherches en gestion sur le climat éthique en menant une étude quantitative au sein des organisations de santé. On pourrait ainsi interroger les cadres de santé avec un questionnaire permettant de mesurer le climat éthique au sein de leur institution ainsi que leur comportement : les scénarios proposés dans la partie 4 pourraient être utilisés dans ce contexte. S'appuyant sur les typologies de climat éthique présentées dans l'article, il serait intéressant de mettre en évidence le climat éthique

[5] Citation de Guillaume Durand et le Pr Gérard Dabouis dans le Quotidien du Médecin du 25/03/2020

prédominant. Enfin, cette étude a été menée avant la crise sanitaire et il pourrait également être pertinent d'interroger à nouveau ces cadres de santé afin de comparer l'évolution des dilemmes éthiques.

RÉFÉRENCES

- ADELSEIN, J., & CLEGG, S. (2016). Codes of ethics : A stratified vehicle for compliance. *Journal of Business Ethics*, (138), p. 53-66.
- ALEXANDER, C.S., & BECKER, H.J. (1978). The Use of Vignettes in Survey Research. *Public Opinion Quarterly*, (42), p. 93-104.
- AHRONHEIM, J., MORENO, J & ZUCKERMAN, C. (2005). *Ethics in clinical practice*. Jones and Bartlett Publishers : Sudbury Massachusetts, second edition.
- ANCELIN-BOURGUIGNON, A. (2018). La dynamique des doubles contraintes dans les organisations. *Revue Française de Gestion*, (270), p. 143-157.
- BLANCHARD, K., & ET PEALE, N-V. (1988). *The power of ethical management*. William Morrow & Company : New York.
- BOITTE, P., & COBBAUT, J-P. (2012). Vers une gouvernance réflexive de la démarche éthique dans les institutions de soins. *Journal International de Bioéthique*, 3-4 (vol .23), p. 15-31.
- BOURDIL, M., & OLOGEANU-TADDEI, R. (2018). Les patients, premier champ de reconnaissance au travail : étude au sein d'un CHU. *@GRH*, 4(29), p. 61-92.
- BRASSEUR, M., KEFI, H., & NGIJOL, J. (2012). Éthique et management : repenser l'organisation. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme et Entreprise*, (1), p. 3-6.
- BRUGÈRE, F. (2017). *L'éthique du care*. QSJ, PUF.
- BRULHART, F., GRIMAND, A., KROHMER, C., OIRY, E., & RAGAIGNE, A. (2018). Management des paradoxes – Compétences, performances et outils de gestion. *Revue Française de Gestion*, (270), p.65-69.
- CHATELAIN-PONROY, S., & SPONEM, S. (2009). *Culture du résultat et pilotage par les indicateurs dans le secteur public*. Vuibert.

- CHOUAIB, A., & ZADDEM, F. (2012). Le climat éthique au travail : pour promouvoir des relations interpersonnelles de confiance. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme et Entreprise*, (1), p. 53-70.
- COMTE-SPONVILLE, A. (1994). *Valeur et vérité. Études cyniques*. PUF.
- CRANE A., & MATTEN D. (2004). *Business Ethics*. Oxford University Press.
- DETCHESSAHAR, M., GENTIL, S., GREVIN, A., & STIMEC, A. (2015). Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations ? Réflexions méthodologiques à partir de l'intervention dans une clinique. *@GRH*, 3(16), p. 63-89.
- DUPUIS, M. (2014). *L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé*. Seli Arslan.
- FLANAGAN, J-C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), p. 327-358.
- GAGNOU-SAVATIER, E. (2018). La narration éthique, une ressource dans le processus de sensemaking ?. *Revue Française de Gestion*, (275), p. 95-111.
- GAVARD-PERRET, M-L., GOTTELAND, D., HAON, C., & JOLIBERT, A. (2018). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion*, 3^e Édition, Pearson, Montreuil.
- GAY, R., & STEFFEN, M. (2020). Une gestion étatique centralisée et désordonnée. *Chronique Internationale de l'IRES*, 3 (171), p. 122-138.
- GIRARD, D. (2007). Culture organisationnelle, contexte d'affaires et prise de décision éthique. *Gestion*, (32), p. 101-111.
- GREMLER, D. (2004). The critical incident technique in service research. *Journal of Service Research*, 7 (1), p. 65-89.
- HARDY, L. (2007). L'hôpital en marche vers une éthique de tous les métiers ? *Recherche en soins infirmiers*. ARSI, (90), p. 95-101.
- HIRSCH E. (2010). *L'existence malade*. Cerf.
- JACQUEMIN D., MALLET D., & COBBAUT, J-P. (2003). Éthique et pratiques cliniques. *Laennec*, (51), p. 22-32.
- LANGLOIS, L., BLOUIN, R., MONTREUIL, S., & SEXTON, J. (2005). *Éthique et dilemmes dans les organisations*. Les presses de l'université Laval.
- LAVORATA, L. (2007). Proposition d'une échelle de mesure du climat éthique dans l'entreprise : une application au domaine de la vente en B to B. *Recherches et Applications en Marketing*, (22/1), p.1-24.

- LAVORATA, L., PONTIER, S., & NILLÈS, J.-J. (2005). La méthode des scénarios : une méthode qualitative innovante pour le marketing. Application au comportement éthique du vendeur en B to B. *Décisions Marketing*, (37), p. 67-75.
- LACZNIAK, G. & ET MURPHY, P. (1993). *Ethical marketing decisions : the higher road*. Allyn and Bacon : Boston.
- MERCIER, S. (2014). *L'éthique dans les entreprises*. Editions La Découverte.
- MEURIN, G., & YOUF, D. (2009). L'éthique du *care*, une éthique de l'interdépendance. *Les Cahiers Dynamiques*, ERES, (44), p. 22-26.
- MINKES, L., SMALL, M-W. & CHATTERJEE, S. (1999). Leadership and business ethics : Does it matter? Implications for Management. *Journal of Business Ethics*, 20 (4), p. 327-335.
- OLIVAUX, M., AREZKI, D., & KERAMIDAS, O. (2017). L'éthique du *care*, levier de la mobilisation collective des agents hospitaliers. Le cas du pôle gériatrie d'un centre hospitalier régional universitaire. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme et Entreprise*, (25), p.51-76.
- PAINÉ, L-S. (1994). Managing for Organizational Integrity. *Harvard Business Review*, (2), p. 106-117.
- RYNES, S., BARTUNEK, J., DUTTON, J., & MARGOLIS, J. (2012). Care and compassion through an organizational lens : opening up new possibilities. *Academy of Management Review*, 37(4), p. 503-523.
- RIVIÈRE, A. (2019). Tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public – L'effet modérateur des stratégies d'ajustement. *Revue Française de Gestion*, (282), p. 11-35.
- TAHSSAIN-GAY, L., & CHERRE B. (2012). Le comportement éthique est-il mesurable ? Réflexion autour des dilemmes. *Revue Gestion 2000*, (29), p. 15-29.
- TRUCHOT, D., & BESTAGNE, I. (2018). Le burn-out des cadres infirmiers : la première étude nationale. *Objectif Soins et Management*, (262), p. 18-21.
- VICTOR, B., & CULLEN, J. (1988). The organizational bases of ethical work climates. *Administrative Science Quarterly*, 33 (1), p. 101- 125.
- WILEY, C. (1998). Reexamining perceived ethics issues and ethics roles among employment managers. *Journal of Business Ethics*, 17 (2), p. 147-161.

ANNEXE 1. EXEMPLES DE SCÉNARIOS

| Scénarios | Situation présentée | Quelle est votre décision ? |
|--|---|---|
| Scénario 1 (construit à partir du cadre 1, tableau 1) | Vous êtes cadre de santé en EHPAD. Le personnel soignant vous interpelle sur le fait qu'il manque de gants de toilette et de serviettes pour effectuer correctement les soins d'hygiène des résidents. Il vous exprime son mécontentement car la situation est répétitive et qu'il se retrouve dans l'obligation d'utiliser d'autres moyens non adaptés tels que des taies d'oreillers ou des draps. | a. Vous contactez la direction pour l'informer de cette situation b. Vous donnez des instructions au personnel soignant sur les précautions à prendre c. Vous dites à vos équipes de le faire |
| Scénario 2 (construit à partir du cadre 17, tableau 2) | Vous êtes cadre de santé dans un service de médecine de 30 lits. L'hôpital est actuellement en tension. L'administrateur de garde vous téléphone pour vous informer qu'il faut ouvrir les lits « tampons » car il y a des personnes à hospitaliser en attente aux urgences. Vous répondez à l'administrateur que vous n'avez pas le personnel nécessaire pour assurer des soins de qualité et sécuritaire. L'administrateur vous répond : « débrouillez-vous, ce n'est pas mon problème » ? | a. Vous transmettez ces instructions à vos équipes b. Vous décidez de ne pas le faire c. Vous vous concernez avec vos équipes pour vous organiser |
| Scénario 3 (construit à partir du cadre 15, tableau 3) | Vous êtes cadre de santé dans un service de médecine neurologique (accueil de personnes suite AVC, démence...). Une infirmière habituellement de jour effectue un remplacement de nuit et remarque des pratiques déviantes de sa collègue aide-soignante : elle n'effectue pas les petites toilettes, les changements de protection en fin de nuit, ni les préventions d'escarre. L'infirmière vous informe de ces pratiques déviantes. | a. Vous décidez de ne rien faire b. Vous dites à l'infirmière de gérer ce problème c. Vous vous entrezenez avec l'aide-soignante |
| Scénario 4 (construit à partir du cadre 22, tableau 4) | Vous êtes cadre de santé dans un service de médecine générale. Lors de votre passage dans le service, vous entendez le médecin faire l'annonce dans le couloir d'une maladie chronique grave à un patient au moment des visites de famille. | a. Vous estimez que c'est de la responsabilité du médecin b. Vous en informez votre direction c. Vous organisez une réunion pour en discuter avec le médecin |